



ОБЛАСНИЙ
КЛІНІЧНИЙ ЦЕНТР
УРОЛОГІЇ
І НЕФРОЛОГІЇ
ім. В.І. ШАПОВАЛА

УРОЛОГІЯ АНДРОЛОГІЯ НЕФРОЛОГІЯ

МАТЕРІАЛИ ЮВІЛЕЙНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ

ХАРКІВ 5-6 ЖОВТНЯ

URO 2017

«УРОЛОГІЯ, АНДРОЛОГІЯ, НЕФРОЛОГІЯ – 2017»: Матеріали ювілейної науково-практичної конференції / Під ред. В.М.Лісового, І.М.Антоняна та ін. – Харків, 2017. - 328 с.

У збірнику всебічно висвітлені питання найбільш поширених захворювань сечовидільної та статевих системи. У тематичних розділах представлені статті та тези, присвячені найбільш актуальним проблемам онкологічної, геріатричної та педіатричної урології; представлені досягнення візуальної та лабораторної діагностики, досвід хірургів-урологів і лікарів-репродуктологів. Особливу увагу приділено актуальним проблемам нефрологи, трансплантації та діалізу.

Матеріали представляють науковий і практичний інтерес для урологів, андрологів, гінекологів, нефрологів, трансплантологів, хірургів, сексопатологів, сімейних лікарів і лікарів-інтернів.

Редакційна колегія: В.М. Лісовий, І.М. Антонян, Н.М.Андон'єва, Д.В.Щукін, І.А.Гарагатий, А.В.Аркатов, В.І. Савенков, Г.Г.Хареба, І.А.Туренко, Р.В.Стецишин, Т.О.Торак

Редакція не відповідає за зміст статей, які представлені авторами.

УДК 616-616.6

ISBN

ЗМІСТ

ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНІСТЬ ХАРКІВСЬКОЇ УРОЛОГІЇ

ИСТОРИЯ УРОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА: КАК ЭТО БЫЛО...

Лесовой В.Н., Гарагатый И.А., Антонян И.М.

г. Харьков..... 18

К 165 -ЛЕТИЮ ПОДРЕЗА АПОЛЛИНАРИЯ ГРИГОРЬЕВИЧА

Лесовой В.Н., Гарагатый И.А., Белевцова Я.С.

г. Харьков..... 21

110-ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ШУПИКА ПЛАТОНА ЛУКИЧА

Лесовой В.Н., Гарагатый И.А., Белевцова Я.С., Антонян И.М.

г. Харьков..... 22

О ШАПОВАЛЕ. ВОСПОМИНАНИЕ СТАРОГО ВРАЧА УРОЛОГА

Вольфовский В.Д.

г. Карлсруэ, Германия..... 23

К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ КЛЕПИКОВА ФЕДОРА АЛЕКСЕЕВИЧА

Россихин В.В., Антонян И.М.

г. Харьков..... 31

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ВРАЧАМИ-ИНТЕРНАМИ. НАШ ОПЫТ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ-УРОЛОГОВ

Антонян И.М., Мегера В.В., Бухмин А.В., Россихин В.В., Стецишин Р.В.,
Щукин Д.В., Шусь А.В., Зеленский А.И., Белов В.Ю.

г. Харьков..... 32

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ НА КАФЕДРЕ ОБЩЕЙ, ДЕТСКОЙ И ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ ХМАПО

Антонян И.М., Мегера В.В., Бухмин А.В., Россихин В.В., Стецишин Р.В.,
Туренко И.А., Шусь А.В., Зеленский А.И., Белов В.Ю.

г. Харьков..... 33

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ РОБОТИ «ОБЛАСНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ УРОЛОГІЇ І НЕФРОЛОГІЇ ІМ. В.І. ШАПОВАЛА» ЗА 2016 Р.

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

г. Харьков..... 34

ЗНАМЕНАТЕЛЬНЫЕ И ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ В ИСТОРИИ УРОЛОГИИ В 2017 ГОДУ

Россихин В.В., И.М. Антонян, Бухмин А.В., Блохина В.А.

г. Харьков..... 39

ОНКОУРОЛОГІЯ

РОЛЬ МДКТ В ОЦЕНКЕ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ И ИНВАЗИИ В СТЕНКУ НПВ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

Алтухов А.А., Щукин Д.В., Хареба Г.Г., Бабич М.Н., Демченко В.Н., Гарагатый А.И.,
Товажняянская В.Д.

г. Харьков..... 43

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДИСЕМІНОВАНИХ ПУХЛИННИХ КЛІТИН В КІСТКОВОМУ МОЗКУ У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ <i>Возіанов С.О., Сакало В.С., Жильчук Ю.В., Сакало А.В., Черниченко О.А.</i> м. Київ.....	45
ТЕХНІЧНІ МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ З МАЛИМИ НИРКОВИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ <i>Добровольський В.А., Лесняк О.М., Строй О.О., Грицина Ю.Р., Лесняк М.О., Банира О.Б.</i> м. Хмельницький, м. Львів.....	46
ДІАГНОСТИКА РАННІХ ФОРМ РАКА ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ <i>Довбиш М. А., Бачурін Г. В., Губарь А. О., Попович А. О., Унгурян А. Б., Довбиш І. М.</i> м. Запоріжжя.....	47
ПРОГНОСТИЧНІ ФАКТОРИ ВИЯВЛЕННЯ РАКУ ПРОСТАТИ У ПАЦІЄНТІВ З ЇЇ ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ <i>Зайцев В.І., Ілюк І.І., Марчук О.А.</i> м. Чернівці.....	49
РІДКИЙ ВИПАДОК ТОТАЛЬНОГО НЕКРОЗУ ПРУТНЯ <i>Зайцев В.І., Федорук О.С., Миндреску О.І., Колесніков С.Б., Ілюк І.І., Проданчук І.Г., Ключевська Я.Д.</i> м. Чернівці.....	51
КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ПОВЕРХНЕВОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА ШЛЯХОМ ТУР'а ТА РАННЬОЇ ІНСТИЛЯЦІЇ ХІМІОПРЕПАРАТУ <i>Зеляк М.В., Вальчишин М.П., Вальчишин А.М., , Закала І.С. , Романчук В.Р.</i> м. Івано-Франківськ.....	52
ВОЗМОЖНОСТИ УМЕНЬШЕНИЯ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Криворотько Ю.В., Мещанин Р.Г., Гарагатый И.А.</i> г. Харьков.....	54
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ САРКОПИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Криворотько Ю.В., Хареба Г.Г., Щукин Д.В.</i> г. Харьков.....	55
ОСОБЛИВОСТІ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ З РАКОМ НИРКИ T1a ПОХИЛОГО ВІКУ <i>Лесняк О.М., Добровольський В.А., Строй О.О., Грицина Ю.Р., Лесняк М.О., Банира О.Б.</i> м. Хмельницький, м. Львів.....	56
МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ И . РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Лесовой В.Н., Хареба Г.Г., Щукин Д.В., Дубинина А.Н.</i> г. Харьков.....	57
ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПСА У ПАЦІЄНТІВ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ <i>Молчанов Р.М., Пілін Є.В.</i> м. Дніпро.....	59

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ГЕРМІНОГЕННІ НЕСЕМІНОМНІ ПУХЛИНИ ЯЄЧКА ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ

Сакало А.В.

м. Київ..... 60

ГЕНЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ У ХВОРИХ ІЗ РАКОМ СЕЧОВОГО МІХУРА.

Федевич В.С., Борис Ю.Б., Макух Г.В., Пасічник С.М

м. Львів..... 60

НЕЙРОЕНДОКРИННАЯ ФЕНОТИПИЯ РПЖ – СИНОНИМ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА?

Хареба Г.Г., Щукин Д.В., Товажнянская В.Д.

г. Харьков..... 63

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ, КОГДА РПЖ НЕ ПОДТВЕРЖДЁН

Хареба Г.Г., Щукин Д.В., Ханжсин В.В., Ващенко З.В., Гарагатый А.И.

г. Харьков..... 64

РЕПРОДУКТИВНЕ ТА СЕКСУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я

ТЕСТИКУЛЯРНЫЙ ИМПЛАНТАТ – ЭСТЕТИЧЕСКОЕ РЕШЕНИЕ ВАЖНОЙ ПРОБЛЕМЫ

Антонян И.М., Туренко И.А., Бухмин А.В.

г. Харьков..... 66

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛЕТОК СТРОМЫ КОСТНОГО МОЗГА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Антонян И.М., Лесовой В.Н.

г. Харьков..... 67

НЕГАТИВНИЙ ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА СТАН КРОВОПОСТАЧАННЯ ЯЄЧОК У ЧОЛОВІКІВ

Баранник С.І., Панікова Т.М., Бараннік К.С.

м. Дніпро..... 70

КАК СТАНОВЯТСЯ МУЖЧИНАМИ В РАЗНЫХ КУЛЬТУРАХ

Бухмин А.В., Россихин В.В., Суманов С.В., Мамедов Ф.С.

г. Харьков..... 71

НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РЕКУРРЕНТНОЙ ДИЗУРИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Гарагатый И.А., Андреев С.В., Логвиненко И.В., Ольховская А.А.

г. Харьков..... 72

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ТИВОРТИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ У МУЖЧИН

Горпинченко И.И., Гурженко Ю. М., Спиридоненко В.В.

г. Киев..... 74

МЕТА-АНАЛІЗ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ ВИКОРИСТАННЯ ПРАПАРАТУ УДЕНАФІЛ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ

Гурженко Ю.М.

м. Київ..... 76

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА ФОРМЕН КОМБИ <i>Гурженко Ю.Н.</i> г. Киев.....	90
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНСЕРВАТИВНЫХ И ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭЯКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ <i>Книгавко А.В., Горленко А.С., Майборода О.Ф.</i> г. Харьков.....	96
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРО-ТЕСЕ ПРИ СЕКРКТОРНЫХ ФОРМАХ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ <i>Лесовой В.Н., Панасовский Н.Л., Аркатов А.В., Ситникова Е.И., Феськов А.М.</i> г. Харьков.....	97
ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯИЧЕК У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ ОСЛОЖНЕННЫХ АЗООСПЕРМИЕЙ <i>Костев Ф.И., Богацкий С.В., Шаталюк С.С. Дехтярь Ю.Н. Тучин Д.Ф.</i> г. Одесса.....	98
СНИЖЕНИЕ ВЕНОЗНОЙ ГИПЕРЕМИИ ПРОСТАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА ПРИ КОМОРБИДНОМ ВАРИКОЦЕЛЕ <i>Кривицкий В.А., Книгавко А.В., Аркатов А.В., Горленко А.С.</i> г. Харьков.....	104
МОЖЛИВОСТІ СОНОЕЛАСТОГРАФІЇ ЯЄЧКА ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ <i>Наконечний Й.А., Воробець Д.З.</i> м. Львів.....	105
ЭМБРИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЦИКЛОВ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ МЕТОДАМИ ВРТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ ЭПИДИДИМАЛЬНЫХ СПЕРМАТОЗОИДОВ <i>Петрушко М.П., Панасовский Н.Л., Аркатов А.В., Павлович Е.В., Юрчук Т.А. Пиняев В.И., Гапон А.А.</i> г. Харьков.....	106
ФОРМИРОВАНИЕ ЖЕНСКИХ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ НА ФОНЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА <i>Ромащенко О.В., Билоголовская В.В., Яковенко Л.Ф.</i> г. Киев.....	108
СПОСІБ НЕІНВАЗИВНОЇ ІНСТРУМЕНТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ НЕЙРОПАТІЇ СТАТЕВОГО НЕРВА У ЧОЛОВІКІВ <i>Руденко О.В., Кузнєцов Д.О.</i> м. Одеса.....	112
ФАЛЛОНЕВРОРАМИДОРЗОКОАГУЛЯЦИЯ - МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ. <i>Синицкий Ю.Ю.</i> г. Херсон.....	112
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЧЕТОЧНИКОВ ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ ОСЛОЖНИЛАСЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	

Сорокина И.В., Мирошниченко М.С. г. Харьков.....	115
ІНДЕКС ГЕМАТОЕЯКУЛЯТОРНОЇ МІГРАЦІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ЧОЛОВІЧОГО БЕЗПЛІДДЯ	
Стусь В.П., Поліон М.Ю. м. Дніпро.....	117
ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ДНК-ФРАГМЕНТАЦИИ И ЗРЕЛОСТЬ СПЕРМАТОЗОИДОВ В ЦИКЛАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ)	
Феськов А.М., Иванова А.В., Жилкова Е.С., Сомова Е.В. г. Харьков.....	118
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЦИКЛОВ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ) ПРИ АЗОСПЕРМИИ	
Феськов А.М., Иванова А.В., Рыжков А.В., Сомова Е.В. г. Харьков.....	119
РЕКОНСТРУКТИВНА ХІРУРГІЯ В УРОЛОГІЇ І АНДРОЛОГІЇ	
РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЯЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР БУЛЬБО-МЕМБРАНОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ	
Аркатов А.В., Панасовский Н.Л. г. Харьков.....	122
МОДИФІКОВАНИЙ СПОСІБ ФРЕНУЛОТОМІЇ З ПЛАСТИКОЮ ПЕРЕДНЬОЇ ШКІРОЧКИ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА	
Баранник С.І., Бараннік К.С. м. Дніпро.....	122
ПОДОВЖЕННЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА: НОВИЙ ХІРУРГІЧНИЙ МЕТОД CROSS-ПЛАСТИКИ ШКІРИ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕНІЛЬНОЮ ДИСМОРФОФОБІЄЮ	
Бойко М.І. м. Київ.....	123
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПРИХОВАНОГО СТАТЕВОГО ЧЛЕНА	
Бумін О.В., Туренко І.А., Россіхін В.В., Суманов С.В. м. Харків.....	124
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЁННЫМ И НЕОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ	
Возианов С.А., Шамраев С.Н., Стусь В.Н., Васильева В.Д., Шамраева Д.Н. г. Киев.....	125
ПОЗАДУЛОННА І ЕНДОСКОПІЧНА РАДИКАЛЬНА ПРОСТАТЕКТОМІЯ: АНАЛІЗ БЕЗПОСЕРЕДНІХ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА УСКЛАДНЕНЬ	
Возіанов С.О., Шамраєв С.М., Леоненко А.М. м. Київ.....	128
УСКЛАДНЕННЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ ВИСОКОГО РИЗИКУ	
Головко С.В., Савицький О.Ф., Кобірніченко А.А. м. Київ.....	131

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ПРОГНОЗУ ОНКОЛОГІЧНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА КЛІНІЧНО МІСЦЕВО-РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Григоренко В.М., Вікарчук М.В., Данилець Р.О., Волков С.С., Чумак Н.М.

м. Київ..... 135

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНООККЛЮЗИВНОЙ ФОРМЫ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Авдосьев Ю.В., Книгавко А.В., Казиев С.Г.

г. Харьков..... 145

АУТО- И КСЕНОТРАНСПЛАНТАНТЫ В ПЕНИЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Товажнянская В.Д., Панасовский Н.Л.

г. Харьков..... 146

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОДЫ И ХИРУРГИЯ МУЖСКОГО ОБТУРАЦИОННОГО БЕСПЛОДИЯ

Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Панасовский Н.Л., Щербаков Р.В.

г. Харьков..... 147

ХИРУРГИЯ СУПРАДИАФРАГМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ НПВ БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

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

г. Харьков..... 148

ПОЛНОСТЬЮ ИНТРАПАРЕНХИМНЫЕ ОПУХОЛИ ПОЧЕК – РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ И ИНТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕЙ ХИРУРГИИ

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

г. Харьков..... 151

ЛЕЧЕНИЕ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Люлько А.А.

г. Запорожье..... 153

ПОКАЗАНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕТРОПЕРИТЕНЕОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Люлько А.А., Бурназ А.О., Никитюк И.Н., Варвашеня М.В., Сагань А.С.

г. Запорожье..... 153

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВЫРАЖЕННОМ СПАЕЧНОМ ПРОЦЕССЕ

Люлько А.А., Бурназ А.О., Никитюк И.Н., Варвашеня М.В., Сагань А.С.

г. Запорожье..... 154

МОЖЛИВОСТІ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОЇ ХІРУРГІЇ В ЛІКУВАННІ ПУХЛИН НІРКИ. КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Пасечніков С.П., Яковлев П.Г.

м. Київ..... 154

ВЛИЯНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОРГАНАХ ТАЗА НА УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН

Савенков В.И., Гарагатый А.И., Колупаев С.М.

г. Харьков..... 157

**МОДУЛЯЦІЯ СКОРОТЛИВОЇ АКТИВНОСТІ ІЗОЛЬОВАНОГО СЕГМЕНТУ
ТОНКОГО КИШКІВНИКА IN VITRO (експериментальне дослідження)**

Савчук Р.В., Жуковський Д.О.

м. Одеса..... 159

**ДОПУСТИМИ МЕЖІ КОНСЕРВАТИВНО-ОЧІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ
ЗАКРИТІЙ ТРАВМІ НИРКИ?**

*Саричев Л.П., Філоненко А.Ф., Саричев Я.В., Пустовойт Г.Л., Сухомлин С.А.,
Супруненко С.М., Панасенко С.М., Савченко Р.Б.*

м. Полтава..... 159

**ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ С ПРИМЕНЕНИЕМ
ЭЛЕКТРОУРЕТЕРОГРАФИИ**

Серняк Ю.П., Роцин Ю.В., Слободянюк Е.Н., Ткаченко С.В., Фуксзон А.С., Мех В.А.

г. Лиман..... 160

ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПРИ ПУХЛИНАХ НИРКИ

Стаховський Е.О., Вітрук Ю.В., Войленко О.А., Вукалович П.С., Стаховський О.Е.

м. Київ..... 161

**ЕКОНОМІЧНИЙ АСПЕКТ ВПРОВАДЖЕННЯ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА
ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК НИРКИ**

*Стаховський Е.О., Сайдакова Н.О., Вітрук Ю.В., Войленко О.А., Вукалович П.С.,
Стаховський О.Е.*

м. Київ..... 162

**АНАЛІЗ РАДИКАЛЬНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ НА
РАК СЕЧОВОГО МІХУРА ЗА 5 РОКІВ**

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

м. Дніпро..... 163

**СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ОПЕРАТИВНОГО
ЛІКУВАННЯ РАКУ ПІДКОВОПОДІБНОЇ НИРКИ**

Ухаль М.І., Ухаль О.М., Рачок І.В., Пустовойт І.П., Лунга Ю.М.

м. Одеса..... 164

**ПУТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОНИЖЕННОЙ МУЖСКОЙ
ФЕРТИЛЬНОСТИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-УРОЛОГА**

Черниченко О.А., Яковлев П.Г.

г. Ужгород, г. Киев..... 165

**ТРАНСОБТУРАТОРНЫЕ СЛИНГОВЫЕ ОПЕРАЦИИ, ПОЗАДИЛОБКОВАЯ
ВЕЗИКОПЕКСИЯ И ВВЕДЕНИЕ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩИХ АГЕНТОВ В
ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН**

Шамраев С.Н., Ридченко М.А.

г. Киев..... 166

**МОНОПОЛЯРНАЯ ЭНУКЛЕОРЕЗЕКЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:
ПЕРВЫЙ ОПЫТ**

Шамраев С.Н., Ридченко М.А.

г. Киев..... 167

**БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ НОВОЇ МЕТОДИКИ ФОРМУВАННЯ ВУА
ПРИ ЕНДОСКОПІЧНІЙ РАДИКАЛЬНІЙ ПРОСТАТЕКТОМІЇ**

Шамраєв С.М., Леоненко А.М.

м. Київ..... 168

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ БОАРИ

Щукин Д.В., Гарагатый И.А., Мозжаков П.В., Демченко В.Н.,
Гарагатый А.И., Лийченко В.А.

г. Харьков..... 171

ЗАМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ТУБУЛЯРНЫМ ЛОСКУТОМ ЛОХАНКИ: ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Щукин Д.В., Гарагатый И.А., Мозжаков П.В.,
Демченко В.Н., Гарагатый А.И., Лийченко В.А.

г. Харьков..... 174

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЧЕЧНЫХ АНГИОМИОЛИПОМ

Щукин Д.В., Гарагатый И.А., Антонян И.М., Поляков Н.Н.,
Мегера В.В., Хареба Г.Г., Демченко В.Н.

г. Харьков..... 176

УРОЛОГИЯ И ОНКОХИРУРГИЯ: ЕСТЬ ЛИ ГРАНЬ МЕЖДУ ПАТОЛОГИЯМИ?

Яковлев П.Г., Крпельницький В.А.

г. Киев..... 177

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ НЕФРОЛОГІЇ, ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ТА ДІАЛІЗУ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ КОСТНО- МИНЕРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ПЕРИТОНИАЛЬНОМ ДИАЛИЗ

Андоньева Н. М. , Валковская Т.Л., Гуц Е. А., Дубовик М. Я.

г. Харьков..... 180

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА И КАЛЬЦИФИКАЦИИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ НА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ

Андоньева Н. М., Валковская Т. Л., Гуц Е. А., Дубовик М. Я., Олянич С. А.

г. Харьков..... 180

НЕФРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ БОЛЕЗНЕЙ КРОВИ

Андоньева Н. М., Грушка М. А., Гуц Е. А., Дубовик М. Я., Валковская Т.Л.,
Олянич С. А.

г. Харьков..... 184

ДИНАМІКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДІАЛІЗІ

Андон'єва Н. М., Гуц О. А., Дубовик М. Я., Олянич С. О

г. Харьков..... 187

ПРИЧИНЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ЭРИТРОПОЭЗ-СТИМУЛИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АНЕМИИ

Андоньева Н. М., Дубовик М. Я, Гуц Е. А., Валковская Т. Л., Грушка М. А.

г. Харьков..... 189

ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ

Андоньева Н. М., Дубовик М. Я., Гуц Е. А., Грушка М. А., Валковская Т. Л.

г. Харьков..... 191

ОСОБЕННОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ <i>Бирюкова И. Т., Лавриненко Г. И., Тарнакина Т. П.</i> г. Харьков.....	194
СИНДРОМ АЛЬПОРТА В ПРАКТИКЕ НЕФРОЛОГА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ <i>Котулевич Н. Я., Терещенко И. В., Олянич С. А., Валковская Т. Л., Железникова М. А.</i> г. Харьков.....	195
ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТА ДИСЛІПІДЕМІЯ У ПАЦІЄНТІВ НА ГЕМОДІАЛІЗІ <i>Котулевич Н. Я., Терещенко І. В., Школенко Л. І., Місула Р. З.</i> м. Харків.....	196
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК – ПРИЧИНЫ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ <i>Лесовой В.Н., Андоньева Н.М., Гуц Е.А., Дубовик М.Я., Олянич С.А., Валковская Т. Л.</i> г. Харьков.....	199
РОЛЬ НИРКОВОГО КОНТИНУУМА В ПРОГРЕСУВАННІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМА У ПАЦІЄНТІВ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДІАЛІЗІ <i>Лісовий В. М., Андон'єва Н. М., Дубовик М. Я., Гуц О. А., Грушка М. А.</i> м. Харків.....	202
ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Лесовой В. Н., Андоньева Н. М., Дубовик М. Я., Гуц Е. А., Олянич С. А.</i> г. Харьков.....	206
НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ДОНОРОВ ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ <i>Лесовой В. Н., Андоньева Н. М., Поляков Н. Н., Олянич С. А. , Железникова М. А.</i> г. Харьков.....	209
ЧАСТОТА РОЗВИТКУ ЛАТЕНТНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У РЕЦИПІЄНТІВ НИРКОВИХ ТРАНСПЛАНТАТІВ. <i>Лісовий В. М., Железнікова М. О., Поляков М. М., Андон'єва Н. М., Валковська Т. Л., Олянич С. О.</i> м. Харків.....	210
РАЗВИТИЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Лесовой В. Н., Поляков Н. Н., Андоньева Н. М., Железникова М. А.</i> г. Харьков.....	211
ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ГЕМОДИАЛИЗЕ. <i>Махновская О.Г., Таратута Ю.А., Бронников И.В., Михайлюк Л.В.</i> г. Харьков.....	212
РОЛЬ ГИПЕРКАЛИЙЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Махновская О.Г., Таратута Ю.А., Бронников И.В., Михайлюк Л.В.</i> г. Харьков.....	214
ИНТРАДИАЛИЗНЫЙ МОНИТОРИГ И БЕЗОПАСНОСТЬ ГЕМОДИАЛИЗА У	

БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

Хрипаченко И.А., Птица А.Г., Гейко А.В., Драгомерецкий М.Н., Земляной И.В., Белозёрцева О.В.

г. Лиман, г. Краматорск..... 215

ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СЕЧОВИХ ТА СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Антонян І.М., Мегера В.В., Геглюк О.М., Шусь А.В., Мошель Ф.Г.

м. Харків..... 219

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ І ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ЖІНОК

Баранник С.І., Агафонов М.В., Сірьогін В.П.

м. Дніпро..... 221

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННО - ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ДИЗУРИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Бачурин В.И., Бачурин Г.В., Коломоец Ю.С.

г. Запорожье..... 223

ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ СОДЕРЖАНИЯ МЕТИЛГЛИОКСАЛЯ В КРОВИ И ТКАНЯХ ПОЧЕК В УСЛОВИЯХ МОДЕЛИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА И СОПУТСТВУЮЩЕГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Борисов С.А., Костев Ф.И., Борисов А.В.

г. Одесса..... 225

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ФЕРМЕНТАТИВНЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ЦЕЛЮЛИТОВ

Дубинин Н.С.

г. Харьков..... 227

РЕДКИЕ ФОРМЫ ПАРАНЕФРИТОВ

Лесовой В.Н., Дубинин Н.С.

г. Харьков..... 227

МЕТОД ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВНОГО ПЕРЕБІГУ ГІДРОНЕФРОЗУ

Лісовий В.М., Савенков В.І., Сорокіна І.В., Мирошніченко М.С.

м. Харків..... 229

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ФІТОПРЕПАРАТУ НА КОРЕКЦІЮ ПОРУШЕНЬ СИСТЕМ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ПІЕЛОНЕФРИТОМ ВАГІТНИХ

Литвинець В.Є.

м. Івано-Франківськ..... 230

ПРОЯВИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇЇ КОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ЕПІДИДИМООРХІТ

Литвинець Є.А., Балабанік В.Р.

м. Івано-Франківськ..... 231

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ: НОВІ МОЖЛИВОСТІ

<i>Литвинець Є.А., Кабіру А.</i> м. Івано-Франківськ.....	233
ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УРАЖЕНЬ ПЛОДУ У ВАГІТНИХ З СЕЧОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ <i>Пасієшвілі Н.М., Карпенко В.Г.</i> м. Харків.....	235
ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОМ ГЕПАТИТЕ <i>Попов Н.Н., Торяник И.И., Калиниченко С.В., Скляр А.И., Попова Н.Г., Брусник С.В., Мелентьева К.В., Попова Л.А.</i> г. Харьков.....	238
ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТА КАНЕФРОН Н НА ЕТАПАХ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ОБСТРУКТИВНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ <i>Россіхін В.В., Бухмін О.В., Суманов С.В. , Кривошей Г.В.</i> м. Харків.....	239
ДОПЛЕРОГРАФІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЛОКАЛІЗОВАНИХ ФОРМ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ <i>Саричев Л.П., Саричев Я.В., Пустовойт Г.Л.</i> м. Полтава.....	240
ВПЛИВ ОДНОБІЧНОГО ГОСТРОГО УРАЖЕННЯ НИРОК НА ХАРАКТЕР ПРИСТОСОВНИХ СУДИННИХ РЕАКЦІЙ ЇХ ПАРЕНХІМИ <i>Стусь В.П., Бараннік К.С.</i> м. Дніпро.....	241
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЭШЕРИХИОЗНЫХ ЦИСТИТОВ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ <i>Торяник И.И., Грищенко Н.И., Кривченко В.Н., Грищенко В.Н.</i> г. Харьков.....	243
СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ДЕТЕЙ С КРИПТОСПОРИДИОЗОМ, РАЗВИВШЕМСЯ НА ФОНЕ ВИЧ/СПИД-ИНФЕКЦИИ <i>Торяник И.И., Похил С.И., Тимченко Е.Н., Чигиринская Н.А., Костыря И.А., Круглова И.А., Прохоренко В.Л.</i> г. Харьков.....	243
РІВЕНЬ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ В КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АБАКТЕРІАЛЬНИЙ ПРОСТАТИТ <i>Тріщ В.І.</i> м. Івано-Франківськ.....	244
ПРОФІЛАКТИКА РЕФЛЮКС-ЗУМОВЛЕНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЧОЛОВІКІВ ПІСЛЯ ДРЕНУВАННЯ НИРОК ВНУТРІШНІМИ СТЕНДАМИ <i>Ухаль М.І., Ухаль О.М., Пустовойт І.П., Семанів О.М., Гозуленко О.В.</i> м. Одеса.....	246
РЕНОПРОТЕКТОРНА ДІЯ ПРЕПАРАТУ РОЗТОРОПШІ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ТОКСИЧНОМУ ГЕПАТИТІ <i>Федорук О.С., Степан В.Т., Візнюк В.В. , Левицький А.П.</i> м. Чернівці, м. Одеса.....	247

СЕЧОКАМ'ЯНА ХВОРОБА

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕТЕРОЛИТИАЗА: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛИТОКИНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Антонян И.М., Роцин Ю.В., Стецишин Р.В., Торак Т.А.

г. Харьков..... 249

ПРИЧИНИ НЕЗАДОВІЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ КОНКРЕМЕНТАМИ СЕЧОВОДІВ МЕТОДОМ ДИСТАНЦІЙНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ЛІТОТРИПСІЇ (ДУХЛ)

Возіанов С.О., Возіанов О.С., Шевчук О.О.

м. Київ..... 250

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНОГО (ФЛЮОРОСКОПІЧНОГО ТА УЛЬТРАЗВУКОВОГО) МЕТОДУ КОНТРОЛЮ ПРИ ЧЕРЕЗШКІРНИХ НЕФРОЛІТОТОМІЯХ

Возіанов С.О., Возіанов О.С., Мазурець В.О.

м. Київ..... 252

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МІНІЧЕРЕЗШКІРНОЇ НЕФРОЛІТОТРИПСІЇ У ЛІКУВАННІ ДОРОСЛИХ ТА ДІТЕЙ ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ

Журавчак А.З., Мельничук М.П., Дячук М.Д., Журавчак Р.А., Шейко М.С.

м. Київ..... 253

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ

Колупаев С.М., Емец Д.А., Гарагатый А.И.

г. Харьков..... 254

ЛАПАРОСКОПИЯ АБО ПЕРКУТАННА НЕФРОЛІТОТРИПСІЯ ПРИ КАМІНЦЯХ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ ВЕХНЬОЇ ТРЕТИНИ СЕЧОВОДУ (ЗА ТА ПРОТИ)

Кудрявцев Ю.М.

м. Суми..... 255

ВАРИАНТЫ РЕТРОГРАДНОЙ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ КАМНЕЙ ПОЧЕК

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

г. Одесса..... 257

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РЕНАЛЬНЫХ РЕФЛЮКСОВ

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

г. Одесса..... 260

ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Мальцев А.В., Дубинина А.Н.

г. Харьков..... 262

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ НЕФРОЛІТІАЗУ ЄДИНОЇ НИРКИ

Монастирський В. М.

м. Вінниця..... 267

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭУВЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКОРАЛЛОВИДНЫХ КАМНЕЙ ПОЧЕК

<i>Роцин Ю.В., Антонян И.М., Мех В.А., Ткаченко С.В., Слободянюк Е.Н.</i> г. Харьков, г. Лиман.....	269
КРИТЕРИИ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕТОЧНИКА СТЕНТОМ ПОСЛЕ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЙ УРЕТЕРОЛИТОТОМИИ (РПСУ) <i>Роцин Ю.В., Фуксзон А.С., Комиссаренко И.М., Форостина С.П.</i> г. Краматорск, г.Лиман.....	274
МІКРОПЕРКУТАННА ЛАЗЕРНА НЕФРОЛІТОТРИПСІЯ ТА ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНА УДАРНО-ХВИЛЬОВА ЛІТОТРИПСІЯ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕФРОЛІТІАЗ <i>Савенков В.І., Гарагатий І.А., Емець Д.О., Левченко Д.А.</i> м. Харків.....	279
КОМБІНОВАНЕ ВИКОРИСТАННЯ ОДНОГО СТАНДАРТНОГО ТА МНОЖИННИХ УЛЬТРА-МІНІПЕРКУТАННИХ ДОСТУПІВ У ХВОРИХ НА КОРАЛОПОДІБНИЙ НЕФРОЛІТІАЗ <i>Савенков В.І., Мальцев А.В., Емець Д.О., Левченко Д.А.</i> м. Харків.....	281
ИННОВАЦИИ В БЕЗДРЕНАЖНОЙ ХИРУРГИИ НЕФРОЛИТИАЗА. <i>Сагалевиц А.И., Возианов С.А., Сергейчук Р.В., Когут В.В., Джурян Б.В., Гайсенюк Ф.З.</i> г. Киев.....	283
ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАЗЕРНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКА <i>Стецишин Р.В.</i> г. Харьков.....	284
БІОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ УСКЛАДНЕНОЇ ВТОРИННИМ ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ, ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ МЕТОДОМ ДИСТАНЦІЙНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ЛІТОТРИПСІЇ В КОМПЛЕКСІ З ОЗОНОТЕРАПІЄЮ НА РІВНІ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ <i>Федорук О.С., Візнюк В.В., Степан В.Т., Владиченко К.А.</i> м. Чернівці.....	288
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОЛИТОТОМИЯ: РАННИЕ И ПОЗДНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ <i>Шамраев С.Н., Черноус В.А., Шамраева Д.Н.</i> г. Лиман, м. Киев.....	289

СИМПТОМИ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ

ГИПЕРАКТИВНОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ – СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ <i>Антонян И.М., Туренко И.А., Бухмин А.В.</i> г. Харьков.....	292
СОПУТСТВУЮЩИЕ УРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ЭНУРЕЗЕ У ДЕТЕЙ <i>Бухмин А.В., Туренко И.А., Россихин В.В., Кривошей А.В., Суманов С.В., Михайлова Э.А., Матковская Т.Н.</i> г. Харьков.....	294

КЛАСИФІКАЦІЯ СТРЕСОВОГО НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ЖІНОК

Горовий В.І., Капишук О.М., Яцина О.І., Трифонюк Л.Ю., Горовий О.В.

м. Вінниця..... 295

ГЕНІТАЛЬНИЙ ДИРОФІЛЯРІОЗ

Горовий В.І., Капишук О.М., Кобзін О.Л., Балацький О.Р., Горовий О.В.

м. Вінниця..... 298

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ІДІОПАТИЧНОГО ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА З НЕТРИМАННЯМ СЕЧІ

Дехтяр Ю. М., Костєв Ф. І.

м. Одеса..... 300

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ РОЗЛАДІВ СЕЧОВИПУСКАННЯ У ХВОРИХ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ДГПЗ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОПЕРЕДНЬОГО ЛІКУВАННЯ АЛЬФА1-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ

Ємець Д.О.

м. Харків..... 302

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА У ЧОЛОВІКІВ

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

м. Чернівці..... 303

ЕПІГЕНЕТИЧНА СТРУКТУРА ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Костєв Ф.І., Бахчієв Р.В., Красилуок Л.І., Кульбіда М.П., Літовкін К.В.

м. Одеса..... 305

СИМПТОМЫ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН

Фуксзон А. С., Литвинов А.И., Серняк П. Ю.

г. Киев..... 306

ПОЗА МЕЖАМИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ...

История медицины, Харькова и нравов

ХАРЬКОВСКИЙ «КОМИТЕТ ЗДОРОВЬЯ» - БОРЕЦ С ВЕНЕРИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПРОСТИТУЦИЕЙ

Россихин В.В.

г. Харьков..... 310

История медицины и нравов

ПУБЛИЧНЫЙ ДОМ В ЦАРСКОЙ РОССИИ...

(составлено на основе лекционных записей проф. И.И. Маклецова и проф. Ф.В. Клепикова -«Бордели в царской России. О правилах, порядках и «аттракционах»)

Россихин В.В., Бухмин А.В., Блохина В.А.

г. Харьков..... 314

«СЛАДКАЯ СМЕРТЬ» (Обзор по теме «Смерть, сопряженная с сексом»)

Россихин В.В., Яковенко М.Г.

г. Харьков..... 321

ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНІСТЬ ХАРКІВСЬКОЇ УРОЛОГІЇ

ИСТОРИЯ УРОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА: КАК ЭТО БЫЛО...

Лесовой В.Н., Гарагатый И.А., Антонян И.М.

Харьковский государственный медицинский университет, г. Харьков
Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

В январе 1887 г. фундатор харьковской и отечественной урологии Апполинарий Григорьевич Подрез (которому в этом году исполняется 165 лет со дня рождения) по официальному разрешению Министра внутренних дел России и Попечительского совета (которого добивался с 1884 г.) впервые в Российской империи, на базе своей частной урологической лечебницы учредил самостоятельную университетскую клинику. А спустя ровно 80 лет в 1967 г. усилиями Владимира Ивановича Шаповала в нашем городе открыт крупнейший в стране Урологический центр. А ровно 80 лет тому, в 1937 г. проф. Ашот Григорьевич Гаспарян впервые организовал самостоятельную кафедру урологии в составе Харьковского мединститута. Эта «магия чисел» впечатляет и завораживает...

Сегодня Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала отмечает 50-летие со дня основания. Он стал крупнейшим в стране, а по некоторым данным и в Европе, специализированным медицинским учреждением, оказывающим высококвалифицированную помощь урологического и нефрологического профиля.

Становление и развитие Центра — это неотделимая часть истории отечественной урологии. За прошедшие годы создана школа, которая воспитала не одно поколение врачей и ученых, возвратила здоровье сотням тысяч пациентов.

Идея создания и развитие Центра неразрывно связаны с именем профессора Владимира Ивановича Шаповала. Его богатейший жизненный и профессиональный опыт, способность к глубокому анализу, неумные оптимизм и инициативность позволили ценой колоссальных усилий провести в 1967 году воистину революционную реорганизацию урологической службы Харьковского региона, пионерскую для всего Советского Союза, которой он добивался с 1969 г. Многолетняя деятельность крупнейшего узкоспециализированного учреждения с мощной лечебно-диагностической базой, научно-практической школой, полностью оправдала правоту и прозорливость своего создателя, подтвердила высокую актуальность и в настоящее время — время активного реформирования системы охраны здоровья современной Украины.

До создания Центра урологическая помощь населению Харьковской области оказывалась на 40 койках отделения областной клинической больницы (организованного в 30-е годы заведующим кафедрой факультетской хирургии ХМИ, академиком В.Н. Шамовым), а также в маломощных урологических отделениях 1-ой и 2-ой Советских больниц города. Открытие урологического центра вначале на 150, а затем на 240 коек стало экспериментом в предоставлении специализированной помощи, поскольку противоречило традиционным устоявшимся положениям и правилам организации советского здравоохранения.

Жизнь показала, что эксперимент, конечно же, благодаря огромным усилиям организаторов, оказался успешным и совершенно развеял сомнения некоторых скептиков и критиков.

Мощность Центра росла из года в год, достигнув максимума в 650 коек в начале 90-х годов. Количество пролеченных больных в год увеличилось с 3 до 17 тысяч. Выросла хирургическая активность, уменьшилась послеоперационная летальность, улучшились другие показатели.

Одним из первых оценил данную идею, а затем и положительный опыт Главный уролог СССР академик Н.А. Лопаткин, который по образу и подобию Харьковского урологического центра организовал урологический центр в Москве, в последствии — НИИ урологии.

С первых дней открытия, благодаря высокому профессиональному уровню сотрудников, Урологический центр стал местом оказания медицинской помощи населению не только Харьковской области, но других регионов Украины, всего Советского Союза. За 50 лет в Центре пролечено более 500 тысяч больных, выполнено более 140 тысяч операций.

Безусловно, история Урологического центра связана с именем В.И. Шаповала. Ему удалось создать Урологический Центр в только что выстроенном в конце 60-х годов 4-хэтажном больничном корпусе, благодаря невероятной трудоспособности и энтузиазму, убежденности в своих идеях, а также огромной коммуникабельности и тесным контактам с областным партийно-хозяйственным руководством. Многих участников этой реформы, как и Владимира Ивановича, к сожалению уже нет в живых. Но те, кто еще с нами (дай Бог им здоровья и долгих лет), до настоящего времени помнят и любят В.И. Шаповала, навещают Центр и его семью и гордятся тем, что в свое время свершили.

В 1967 г. в Центре открылись урологические отделения ОКБ как база кафедры урологии (заведующий — проф. В.И. Шаповал) Харьковского медицинского института, а в 1968 г. перешло и урологическое отделение 2-ой городской больницы, которое являлось клиникой кафедры урологии Харьковского института усовершенствования врачей, возглавляемой проф. Г.Я. Алапиным. В 1968 г. переведены в Центр и кафедры анестезиологии (заведующий — проф. В.А. Аркатов) и клинической биохимии (заведующий — проф. Н.И. Панченко).

Концентрация урологических больных в одном крупном лечебном учреждении, объединение научного и практического потенциала различных клиник позволили направить дальнейшее развитие учреждения по пути специализации и всестороннего развития различных направлений специальности с выделением обособленных более узконаправленных клиник — детской, онкологической, фтизиатрической, андрологической, — дало возможность значительно расширить объем клинических наблюдений для проведения широкомасштабных научных исследований.

В марте 1968 года, осуществился один из давних замыслов В.И. Шаповала, который долгое время занимался проблемами туберкулеза почек — было открыто фтизиоурологического отделения (первое в стране), затем они совместно с профессором Ф.А.Клепиковым создали в составе Центра специализированное детское отделение, также ставшее первым таким отделением на Левобережной Украине.

Строительство нового 7-этажного корпуса также стало всецело заслугой профессора В.И.Шаповала. Расширившиеся после этого площади и коечный фонд позволили ему организовать в нефроурологическом центре онкоурологическое и андрологическое отделения. Вскоре к ним добавилось и отделение гемодиализа. Таким образом, вдохновителем и во многом непосредственным организатором почти всех структурных подразделений ныне существующего Центра стал Владимир Иванович. Под его руководством и при непосредственном участии ежедневно на протяжении 34 лет шел в Центре лечебно-диагностический процесс.

Профессор В.И. Шаповал был и остается легендой не только Харьковской медицинской школы, он известен практически всем урологам бывшего Советского Союза. Под его руководством школа Харьковских урологов заняла достойное место в ряду других известных школ. Талантливый хирург, ученый, Заслуженный деятель науки Украины, но в первую очередь непревзойденный организатор, В.И. Шаповал создал неповторимую атмосферу, царившую в коллективе. Доверие, взаимопонимание, взаимовыручка, демократизм в отношениях между сотрудниками Центра, в конечном счете, положительно сказывались на качестве лечебного процесса, развитии урологической науки.

У истоков Урологического центра стояла еще одна знаковая личность —заведующий кафедрой урологии Украинского института усовершенствования врачей профессор Федор Алексеевич Клепиков. При его участии и поддержке создан ряд отделений — 2-ое мужское, женское, детское отделения, лаборатория «искусственная почка». Его заслугой является широкое внедрение в практику клиники пластических операций на почках, мочеточниках и мочевом пузыре.

Возможно, именно совместная, иногда неоднозначная в оценке происходящего, деятельность этих разных, но в то же время по-своему одаренных людей стала залогом успешного развития и деятельности учреждения.

Во второй половине 90-х годов пришло время Владимиру Ивановичу Шаповалу передать бразды правления своим детищем преемнику — ученику и последователю — профессору Владимиру Николаевичу Лесовому. К этой роли учитель готовил ученика с аспирантских времен и не стеснялся об этом говорить. В 1996 г. Владимир Николаевич стал заведовать кафедрой, а в 2001 г. — нефроурологическим центром. На этом месте проф. В.Н. Лесовой достойно продолжил дело своего наставника и всесторонне преумножил созданное ним. С высоким профессионализмом, организаторскими способностями и творческим энтузиазмом он принялся за реструктуризацию и переоснащение Центра. Стратегической задачей стало приведение всех клиник и служб в соответствие с мировыми требованиями и подходами, а, таким образом, и выход возможностей, достижений и свершений на международный уровень. Достижение этой задачи стало возможным лишь при двух основных условиях — автономизации Центра как лечебного учреждения и создания команды единомышленников на каждом из направлений деятельности клиники. Не без существенных трудностей, с честью преодолевая преграды и сопротивление, Владимиру Николаевичу удалось выделить Центр из состава ОКБ в самостоятельное учреждение областного подчинения — областной клинический центр урологии и нефрологии, — и в хорошем смысле «заразить» своим энтузиазмом и видением путей развития и перспектив руководителей клиник и подразделений. Плодом совместной работы за эти 20 лет стали новые лечебно-диагностические технологии, современные ремонты и

реконструкції приміщень Центра, оснащення їх сучасною діагностичною і лікувальною апаратурою. В умовах фінансового і матеріального голода сучасності досягти цього було не просто, тому цей процес перманентен, продовжується постійно і во багато залежить від організаційних можливостей і здібностей як проф. В.Н. Лесового, так і його помічників. За ці роки суттєво змінилися існуючі і з'явилися нові клініки Центра.

Отменено як застаріле поділ на чоловічий і жіночий відділення, вони стали загальноурологічними з акцентом на вдосконалення хірургічної техніки в урології і розширенні арсеналу методик і посібників.

Онкоурологічна клініка занята освоєнням і впровадженням міжнародних стандартів діагностики і лікування злоякісних захворювань, пропонуючи свої авторські рішення в цій області.

Андрологічне відділення крім лікування захворювань чоловічої статевих систем, акцентувало свою науково-практичну роботу на вирішенні проблем чоловічого безпліддя в тісному співробітництві з репродуктивними клініками міста.

Фтизіоурологічне відділення перетворено в відділення уrogenітального туберкульозу з додаванням фтизіогінекологічної служби і організацією лікувально-діагностичного процесу на самому сучасному рівні, включаючи свою бактеріологічну фтизіолоботорію.

Нефрологічний блок включив в себе традиційне нефроотділення, поповнене службою перитонеального діалізу, три (замість одного, включаючи відділення в г.Лозова) відділення гемодіалізу з сучасним парком машин, якому позавидували б багато європейські клініки, і нарешті знову створене відділення трансплантації нирки, займає провідне місце в країні за можливостями і показателями.

Безумовною заслугою і досягненням проф. В.Н. Лесового стало як це відділення, так і абсолютно нова клініка ендouroлогії і литотрипсії. Вона стала гордістю Центра, т.к. оснащена найсучаснішим обладнанням, і во постійно оновлюється і удосконалюється, що дозволяє його співробітникам впровадити найновіші світові новинки в цій області і пропонувати свої оригінальні методики.

Так Володимир Николаєвич зберіг і продовжив справу всієї життя Володимира Івановича. По його ініціативі в 2003 г. Центру присвоєно ім'я засновника – професора В.І. Шаповала.

Сьогодні Центр є клінічною базою 3 кафедр. В його склад входять 12 спеціалізованих відділень загальною кількістю 420 ліжок, 2 операційних блоків, відділення анестезіології і реанімації, приймально-діагностичне відділення, консультативна поліклініка, клініко-діагностична лабораторія, рентгенодіагностичне і фізіотерапевтичне відділення, кабінети ультразвукової і функціональної діагностики, патологоанатомічне відділення.

В Центрі працює близько 600 співробітників, в т.ч. більше 100 лікарів і 200 середніх медичних працівників. Гордістю Центра є працівники, що працюють в ньому один член-корреспондент НАМН України, вісім професорів і двадцять кандидатів медичних наук, з них 14 доцентів, 8 Заслужених лікарів і 2 Заслужених працівники охорони здоров'я України.

В наші дні Харківський обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала залишається найбільшим в Україні закладом, де надається спеціалізована допомога пацієнтам з патологією сечовидільної системи. Керує ним Заслужений лікар України, Лауреат державної премії, член-корреспондент НАМНУ, доктор мед. наук, професор Володимир Николаєвич Лесовий, талановитий учень і послідовник професора В.І.Шаповала, змінивши його на посаді директора.

Щороку Центр надає стаціонарну медичну допомогу 17 тисячам хворих і амбулаторну 22 тисячам пацієнтів. Практично не існує такої операції, яку не можна виконати в Урологічному центрі.

Головне, неоцінюване багатство Урологічного центру — це наші прекрасні люди. Їх чесним і благородним трудом з дня в день множиться престиж і авторитет Центра.

В 2002 році колектив Центра нагороджений Почетною Грамотою Кабінету міністрів України. Вся професійна життя багатьох лікарів, медичних сестер пройшла в стінах нашого закладу. Тут вони залишили частину свого здоров'я, тепло своєї душі і вписали назавжди свої імена в славетну історію Харківського обласного клінічного центру урології і нефрології ім.В.І. Шаповала.

К 165-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПОДРЕЗА АПОЛЛИНАРИЯ ГРИГОРЬЕВИЧА

Лесовой В.Н., Гарагатый И.А., Белевцова Я.С.

Харьковский государственный медицинский университет, г. Харьков

В этом году исполняется 165 лет со дня рождения выдающегося уролога, профессора, доктора медицинских наук, статского советника, автора первого в Российской Империи отечественного учебного пособия по урологии и основателя первой на Украине самостоятельной университетской клиники урологии.

А.Г. Подрез, дворянин, родился 18 ноября 1852 г. в Купянском уезде Харьковской губернии.

В 1870 г. поступил на медицинский факультет Харьковского университета. Обучаясь на 3 курсе, написал первую научную работу "О восстановлении эпителиальной ткани", за что был награжден золотой медалью. По окончании университета А.Г. Подрезу было присвоено звание врача, и он был оставлен стипендиатом при факультетской хирургической клинике, которой в то время руководил проф. В.Ф. Грубе.

Во время сербско-турецкой войны (1876 г.) А.Г. Подрез на протяжении 6 месяцев руководил хирургическим отделением военного госпиталя, а в 1877 г., во время русско-турецкой войны, 10 месяцев возглавлял офицерское отделение госпиталя в Боржоме, а затем работал на перевязочных пунктах и в военных госпиталях в Малой Азии.

Вернувшись в Харьков, А.Г. Подрез 26 апреля 1879 г. защитил диссертацию на тему: "О вытяжении нервов", за что ему была присвоена докторская степень.

С 1879 по 1883 г.г. А.Г. Подрез проходил практику за границей в хирургических клиниках профессоров Бильрота и Диттеля в Вене, а также профессоров Тилляйкса и Вернейля в Париже.

По возвращении в Харьков в 1884 г. А.Г. Подрез добивается восстановления в Харьковском университете теоретического частного курса хирургии "Болезни мочеполовых органов" и преподаёт его в качестве приват-доцента, дополняя лекции внепрограммными вечерними практическими занятиями со студентами 4 и 5 курсов в своей собственной урологической лечебнице на 20 коек. В то же время Аполлинарий Григорьевич прилагает значительные усилия, чтобы сделать свою частную урологическую лечебницу официальной университетской учебной базой. На это впервые в стране он получает официальное согласие Министра внутренних дел России и Попечительского совета только в январе 1887 г. В этом же году он завершил подготовку к изданию и опубликовал первое отечественное пособие по урологии. Настоятельная необходимость этого шага была продиктована тем, что, несмотря на русскоязычное преподавание, подготовка по урологии в Российских университетах велась с использованием латинских и немецких пособий. После этого профессор А.Г. Подрез был назначен внештатным экстраординарным профессором кафедры факультетской хирургии по курсу "Болезни мочеполовых органов с клиникой". Таким образом, в январе 1887 г. впервые на территории Российской империи была официально открыта самостоятельная университетская клиника урологии. Вместе с тем, следует отметить, что это событие возникло не на пустом месте, а явилось скорее логическим продолжением цепи преобразований в медицинской науке. Так к этому моменту в Одессе уже существовало первое в России и 3-е в мире специализированное урологическое отделение практического звена здравоохранения. В программах Московского, Санкт-Петербургского, Харьковского и Казанского университетов читался теоретический курс по болезням мочеполовых органов, однако больные по-прежнему продолжали поступать в общем порядке на хирургические койки университетских клиник. В 1889 г. А.Г.Подрез получил статус штатного экстраординарного профессора кафедры факультетской хирургии, и ему, кроме урологии, было поручено преподавание хирургической патологии с пропедевтической клиникой. В мае 1894 г. по распоряжению Министра, он был переведен на должность заведующего кафедрой госпитальной хирургии, в состав которой перешла расположенная в отдельном двухэтажном здании клиника урологии, где он и работал до конца своей жизни.

С 1895 года профессор А.Г. Подрез читает курс мочеполовых болезней один раз в неделю по два часа, организует амбулаторный прием пациентов два раза в неделю с участием студентов, проводит регулярные обходы больных.

А.Г. Подрез был выдающимся преподавателем, талантливым научным работником и великолепным хирургом. За это он был отмечен орденами Святого Станислава II и III степеней. А.Г. Подрезом впервые в мире успешно была выполнена операция по поводу огнестрельного ранения сердца. Им впервые в России выполнена промежуточная аденомэктомия. Аполлинарий Григорьевич

первым в Харькове внедрил два великих достижения медицины конца XIX столетия: рентгенологический метод исследования и цистоскопию. В 1898 г. А.Г. Подрез впервые в России выполнил пересадку мочеточника в прямую кишку и в этом же году им был поднят вопрос об экстренной операции при ущемленной грыже.

А.Г. Подрез был талантливым хирургом и чутким человеком. Своим отношением к ординаторам и ассистентам Апполинарий Григорьевич заслужил их любовь и большое уважение, а благодаря своим выдающимся лекциям и операциям – и любовь студентов.

А.Г. Подрезом опубликовано 46 научных работ, в том числе по технике краниотомии, хирургии язвенной болезни, лечении перитонитов лапаротомией, о хирургическом лечении туберкулеза тазобедренного сустава и, конечно же, выдержавший два издания первый в истории России отечественный учебник по хирургическим заболеваниям мочеполовых органов.

Аполлинарий Григорьевич прожил очень короткую, но яркую жизнь. Умер А.Г. Подрез 9 ноября 1900 г. в возрасте 48 лет. Смерть его была случайной и трагичной. На очередной прогулке верхом он упал с коня и получил смертельную травму черепа. Похороны проходили под знаменем города Харькова и с участием Городского Головы. Ученики на руках пронесли гроб с телом А.Г. Подреза из часовни университета до кладбища мимо созданной им клиники.

А.Г. Подрез завещал свою двухэтажную частную урологическую клинику на 30 коек по адресу ул. Немецкая (ныне Пушкинская), 27 Харьковскому университету с условием сохранить там специализированную клинику хирургических заболеваний мочеполовых органов, а деньги, которые будут выручены от продажи его личного имущества, – возглавляемой им кафедре госпитальной хирургии. В настоящее время это единственный известный нам случай подобного завещания профессором-медиком своей собственности в России. Это здание и сегодня принадлежит Высшей медицинской школе. В нем расположена кафедра клинической фармации Украинской Национальной фармацевтической академии.

Профессор Аполлинарий Григорьевич Подрез вписал яркую страницу в историю медицины и по праву занимает достойное место в ряду основателей университетской урологической школы. Отдавая должное его заслугам в 2002 г. кафедре урологии, нефрологии и андрологии Харьковского национального медицинского университета присвоено имя А.Г. Подреза.

110-ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ШУПИКА ПЛАТОНА ЛУКИЧА

Лесовой В.Н., Гарагатый И.А., Белевцова Я.С., Антонян И.М.

Харьковский государственный медицинский университет, г. Харьков

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Заслуженному врачу Украины, профессору, кандидату медицинских наук, Министру здравоохранения Украины, заместителю Министра здравоохранения СССР Шупику П.Л. в этом году исполняется 110 лет со дня рождения.

Платон Лукич Шупик родился в 1907 г. в г. Лебедин Сумской области, рос в простой крестьянской семье, рано остался без матери. С десяти лет начал работать. По окончании профессионально-технической школы в г. Богодухов Харьковской обл. Платон Лукич поступил на рабфак при Харьковском медицинском институте (ХМИ), затем учился на лечебном факультете института, который закончил в 1931 г. В последующем работал в урологической клинике кафедры факультетской хирургии под руководством проф. В.Н. Шамова, а со временем стал доцентом кафедры урологии ХМИ, активно участвовал в работе урологической секции Харьковского научного медицинского общества.

В 1940 г. П.Л. Шупик защитил кандидатскую диссертацию "Диагностическая ценность измерения сопротивления электрическому току органов и тканей". В этом же году он был назначен директором (ректором) 2-го Харьковского медицинского института, где возглавил курс урологии. На плечи Платона Лукича, как директора, легла трудная задача – эвакуировать в 1941 г. институт в Киргизию в г. Фрунзе (г. Бишкек), организовать нормальную работу по подготовке медицинских работников в период Великой Отечественной войны. С этим заданием Платон Лукич успешно справился.

Почти 17 лет, с 1952 г. по 1969 г. П.Л. Шупик работал на должности Министра здравоохранения Украины, два из них – первым заместителем Министра здравоохранения Советского Союза. Под его непосредственным руководством на Украине был осуществлен ряд важных мероприятий, направленных на улучшение качества оказания медицинской помощи

населению, развитие высшего медицинского образования, переоснащен Киевский институт усовершенствования врачей, расширен объем проводимых научно-исследовательских работ. При его непосредственном участии был создан Киевский НИИ урологии и нефрологии, в настоящее время – Институт урологии НАМН Украины.

Платон Лукич – автор более 80 трудов по организации и управлению системой здравоохранения и изучению здоровья населения. С 1965 по 1979 гг. он руководил кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения Киевского государственного института усовершенствования врачей. Под его руководством было подготовлено 6 кандидатов медицинских наук.

На всех участках работы, которые поручали Платону Лукичу, он был требовательным, принципиальным и чутким к людям.

Заслуги П.Л. Шупика высоко оценены Родиной: он был награжденный двумя орденами Ленина, орденами Трудового Красного Знамени, Октябрьской революции, тремя орденами “Знак Почета”, многими медалями, удостоен высокого звания “Заслуженный врач Украины”.

Юбилейный год Киевской медицинской академии последипломного образования (80 лет со дня учреждения) ознаменовался присвоением ей, согласно постановлению Кабинета Министров Украины, имени выдающегося медика, организатора здравоохранения и государственного деятеля Платона Лукича Шупика.

О ШАПОВАЛЕ. ВОСПОМИНАНИЕ СТАРОГО ВРАЧА УРОЛОГА

Вольфовский В.Д.

г. Карлсруэ, Германия



Цитата от Марка Тулия Цицероне: « Можно ли сказать, что старость делает нас неспособными к тем делам? Каким именно? К тем, которые свойственны юношеству и требует силы. Но разве не существует ничего, к чему бы способен старик, при здоровом уме и ослабленном теле».

Я закончил лечебный факультет Харьковского медицинского института в далёком 1951 году. Однако, все выпускники - «иностранцы ашкеназийского производства» не проходили мимо «сталинских соколов» и партийных бонз, которые своим «всевидающим оком и собачьим нюхом выявляли их ненавистных»; чтобы загнать их туда грешных, куда, как гласит поговорка:

«Макар телят не пас». Лично меня и загнали в эти края (имея ввиду иностранца) в систему Гулага - в Карлаг, где мне пришлось «отслужить» врачом-хирургом всего на всего 5 лет, и с большими усилиями через самый «справедливый советский суд», наконец вырваться из этих пут. Затем мне повезло. Вернувшись в Харьков, меня взяли на работу в Областную больницу, где я работал 11 лет врачом-ординатором урологического отделения под руководством вначале ассистента, затем доцента Владимира Ивановича Шаповала. Я Вольфовский В.Д. являюсь первым учеником профессора В.И. Шаповала. Меня, обязал Владимир Иванович по разделам, сдавать ему всю урологию с топографической анатомией и оперативной хирургией. Я отнёсся к этим обязанностям очень серьёзно и это стоило того, так как меня В.И. экзаменовал по полной программе и довольно строго. Я выдержал всю поэтапную, как можно сказать «экзаменационную» освоения работы уролога и без бахвальства, мне это удалось. Я прожил не малую жизнь, соблюдая только один закон собственной человеческой совести. Я всю свою, почти пятидесятилетнюю врачебную службу всеми силами старался своевременно и главное квалифицированно оказывать врачебную помощь каждому нуждавшемуся в ней БОЛЬНОМУ ЧЕЛОВЕКУ, не обращая внимания на партийную и национальную принадлежность. Эту помощь я оказывал без всякого исключения и выбора. Всю свою сознательную жизнь я старался прожить в соответствии с мыслью, высказанной Конфуцием: «Владеть собой настолько, чтобы уважать других, как самого себя, и поступать с ними так, как мы желали бы, чтобы с нами так поступали. Вот что можно назвать человеколюбием. Выше этого нет ничего». (конец цитаты). Я хорошо понимаю, что мой жизненный цикл, прописанный Провидением близок к закату. А жаль, что человеческая жизнь столь быстротечна. Я хорошо помню, как проскочило моё золотое

детство, отрочество, юность омрачённая ужасной войной, как сумели отравить мои молодые годы «Сталинские соколики и Бериевские опричники», только за то, что я вдруг, совершенно не понятным способом стал «ашкеназийским инородцем», а затем всегда ощущая и помня об этом с опущенной головой, 48 лет работал врачом. И вот наступила... эмигрантская тишина и, как писал Сергей Есенин: «Жизнь моя, иль ты приснилась мне!» и «проскочил на розовом коне» Так быстро и незаметно. Однако, времени чтобы подумать о смысле бытия ещё кажется немного осталось. Итак, надо считать, что смысл жизни это духовно и естественная философская проблема, которая имеет определённое отношение к конечной цели существования человечества, человека, как биологического вида, человека индивида. Идеал человека в достижении какой-то призрачной цели, к которой он стремится на протяжении всей своей жизни. В этом и можно найти смысл жизни, основное назначение человеческой деятельности.

Вряд ли, в Нефроурологическом центре найдётся человек, тем более врач, который мог бы сказать, что он лучше и больше меня знал, каким был профессор Владимир Иванович Шаповал. Я в этом глубоко сомневаюсь.

Я постараюсь, если мне это удастся, показать всю многогранность его натуры, многие положительные стороны его характера и некоторые отрицательные его черты. У него этого всего было вполне достаточно, он был многолик и, от хорошего, до плохого у него был только один шаг. Мне известно, что В.И. родился в селе Трилеса Кировоградской области 20 октября 1924 года. Я был знаком с его матушкой, очень приятной, приветливой украинской женщиной, с его родной очаровательной сестрой Ольгой. Меня знакомил Владимир Иванович со своими близкими родственниками по фамилии Крымские. Не знаю в шутку ли, или в розыгрыш (который он любил делать) мне до сих пор не понятно, с какой целью это делалось. Он несколько раз хотел мне доказать, что через них, его ближайших родственников, в его родословной имеется еврейская кровь. Мне это было совершенно безразлично, какая разница, была или не была какая-то примесь в его крови, но он мне напоминал об этом многократно. Я не верил и говорил ему об этом прямо в глаза, и хорошо понимал, что это простая бравада, совершенно не нужная ему, тем более мне. Чтобы закончить эту тему, я хочу озвучить ещё один, никем не подтверждённый факт, что будучи в мальчишеском возрасте «Вова Шаповал» два года ходил в еврейскую школу (хедер), так как, с его слов другой школы там не было. Опять я ему не верил, хотя он меня продолжал убеждать.

В конце концов, я подумал, что он меня просто разыгрывает. А зачем, какой смысл? И всё же откуда, у него было чуть не патологическое увлечение фаршированной рыбой и мацой, которую я лично многократно с ним у него в кабинете снёдал, вместе со свиным украинским салом. Да, да, кроме рыбы (фиш) на столе стояло пахучее сало и жирный копчёный толстолобик и кроме мацы свежий хлеб. Полный еврейский набор, который меня со временем перестал удивлять. Мне помнится, что за таким столом сживали Евгений Иванович Заклевиц и Виктор Иванович Иванюта. Кроме того Владимир Иванович знал название еврейских праздников, старался под настроение употреблять еврейские словечки с ироническим акцентом, совершенно неизвестным мне.

Как то вскользь Владимир Иванович упомянул своего отца, которого репрессировали в 1937 году. Я не люблю влезать в душу человека, поэтому вопрос с отцом В.И. я не уточнял. Мне хорошо известно, что Владимир Иванович закончил семилетку и, поступил в городе Смела в фельдшерско-акушерскую школу, которую успешно закончил и стал работать фельдшером в своём родном селе, разумеется, заведующим этим пунктом. Там его застала Отечественная война, и он стал связным, а затем и бойцом партизанского отряда, в котором, наряду с разведкой и участием в боевых действиях, лечил раненых бойцов. Владимир Иванович рассказывал мне, что лечение раненых в то трагическое время было чрезвычайно затруднительным мероприятием, из-за дефицита лекарств и перевязочного материала. Случилось так, что В.И. познакомил меня с его командиром партизанского отряда, который произвёл на меня очень хорошее впечатление. Он рассказал мне много хорошего об отважном партизане В.И. Шаповале.

После воссоединения партизанского отряда с частями действующей Советской армии, служба В.И. продолжалась в качестве командира медико-санитарной роты. Под Корсунь-Шевченково В.И.Шаповал был тяжело ранен в правую руку, неоднократно в эвакогоспиталях стоял вопрос о высокой ампутации правой руки, от которой он категорически отказывался. В дальнейшем образовался ложный сустав. Вернулся в родное село и продолжил заведовать амбулаторией. Трудно себе даже поверить и представить, что Владимир Иванович с колоссальными усилиями, подключив всю свою стальную волю и энергию, сумел разработать движение пальцев правой кисти искалеченной руки. В 1945 году он поступает в Черновицкий мединститут и в 1950 году его

успешно заканчивает и начинает работать в городе Знаменка в городской больнице в хирургическом отделении, где совмещал работу патологоанатома и даже работу судмедэксперта.

В феврале 1957 года я начал работать под руководством ассистента кафедры факультетской хирургии Владимира Ивановича Шаповала в урологическом отделении. Всё становление В.И. я прошагал с ним рядом, плечом к плечу, был его опорой и его непосредственным помощником во время операций. Последующие 32 года моей работы уже в созданном им нефроурологическом центре. Итого немало и немного, всего 43 года, я проработал в Областной больнице. Подумать только!!! 43 года на одном месте; до этого 5 лет в Карлаге, да ещё 6 лет в мединституте, т.е. 54 года я был (если можно так сказать) «беременен медициной». Не плохой стаж для врача, правда? Почти вся жизнь была посвящена людям, медицине!

Итак, Основоположником Нefроурологического центра, его прародителем является профессор В.И.Шаповал, а я тот, кто был теснейшим образом связан с ним. На мне В.И. отшлифовывал свои мысли о создании его новой доктрины, единого нефроурологического центра. Я всегда поддерживал В.И. в его намерениях, и старался по возможности воздействовать на некоторые его мысли, конечно, с благими намерениями. Я хорошо освоил, что В.И. нужно было говорить только правду, он всегда мог перепроверить твою «правду, или не правду» нельзя было хитрить, вилать, потому, что он сам был большим хитрецом и быстро выводил хитрецов на чистую воду.

В результате длительных раздумий и консультаций с умными людьми, В.И. Шаповал стал излагать мне разработанную им доктрину. Он впервые, много лет тому назад, стал считать, что мелкие лечебные учреждения не должны существовать. Должны быть созданы крупные лечебные центры, где будет сосредоточено самое современное оборудование, где будут работать самые знающие специалисты и способная молодёжь, которая со временем заменит своих учителей. Лично меня Шаповаловская доктрина устраивала по всем параметрам, на все 100%. Одержимому своими идеями в организации единого центра урологии В.И.Шаповалу удавалось в своих, исходящих от его пылающего сердца речах убеждать начальство, в своей правоте, а главное соглашаться с ним. Свою идею, о создании крупных лечебных центров, Владимир Иванович вынашивал много лет. Он был уверен, что только через создание лечебных центров, можно значительно повысить квалифицированную и необходимую по объёмам специализированную помощь. Он продумал и разработал в мельчайших подробностях, вместе со специалистами - строителями все чертежи нового четырёхэтажного корпуса урологического центра. Он периодически, во время строительства этого корпуса брал меня с собой и мы вдвоём, как в бреду, как во сне, как сомнамбулы, бродили пахнущими краской коридорами. В.И. Шаповал был полностью одержим своей идеей, или как он называл доктриной. Ему удавалось в своих исходящих из самых глубин из пылающего сердца речах, убеждать, всех (меня в первую очередь) главное городское начальство, в своей правоте, о необходимости создания медицинских центров, в том числе урологического. Очень большую поддержку в строительстве центра В.И. получил от тогдашнего директора танкового завода Бакланова, который стал в дальнейшем членом правительства СССР.

Концентрация узко профильных больных в высококвалифицированном центре в дальнейшем дала возможность подготовить врачей специалистов хирургов урологов общего профиля, онкоурологов, детских урологов, фтизиоурологов, андрологов, нефрологов, врачей для гемодиализа

В 2001 году, на пике своей творческой жизни умер Владимир Иванович Шаповал, яркая личность, самородок высшей пробы, который из сельского паренька превратился в маститого учёного, умевшего видеть вперёд новые возможности здравоохранения и воплощать их в жизнь. Он прожил бурную и напряжённую жизнь. Сильная страстная натура не помешала ему оставаться трезвым практиком. Он был неплохим психологом и оставался мастером интриг; его дипломатическая ловкость среди партийных бонз вызывала у близко знающих его лиц восторг. Он сумел получить от партийных выскочек всё необходимое вплоть до финансовой поддержки нашего Центра. Он поил их дорогими коньяками, льстил, но за эти унижения он мог рассчитывать на любую помощь, а это очень дорого стоило. Он был мастером «политической игры». Периодически у него возникали уникальные ораторские способности, тогда он показывал незаурядность своего ума, свой темперамент. Я знал В.И., как видно совсем не мало, всего 43 года и видел в нём умелого, хладнокровного, настойчивого политика. По натуре он был непреклонен, но периодически по непонятной причине, становился мягким человеком, готовым оказать кому- либо любую услугу. Поставленную перед ним самим цель, он старался добиваться любыми путями, где умением, где правдой, или неправдой, где хитростью, т.е. любой ценой. Глядя на то, как В.И.Шаповал решал

порой сложные вопросы, мне казалось, будто он ходил по натянутому канату и я поражался, как он не падает с него.

В.И. не любил делать поспешных выводов, он всегда старался выслушать своих оппонентов и всё тщательно обдумав, выбирал оптимальный вариант ответа. Он очень любил выигрывать словесную баталию, но имел силу воли и проигрывать. После проигрыша, притаившись, выжидал определённое время, а затем, собравшись с новыми силами, добивался успеха.

Раньше, ещё при Ленине считалось, что: « Не личности играют роль в истории, что нет незаменимых людей, и даже кухарки могут управлять государством». Я абсолютно уверен, что кухаркам в деле управления, не дай Бог государством, делать нечего. Пусть они сидят на своих кухнях и стараются вкусно готовить свои пирожки с капустой. Управлять может только та личность, которая в полной мере и смысле этих слов, могла бы внести в свои действия ярчайший след и свой вклад. Каждый умный, а главное умелый руководитель - «Лидер» должен оставлять после себя уже наработанные идеи, которые необходимо осуществлять новому, сменившему старого руководителя. А что касается кухарок, то эта бредовая анархическая идея должна быть забыта навсегда.

Без сомнения Владимир Иванович Шаповал был непревзойдённым лидером. Он мог поднять в «атаку» самых трусливых подхалимов и самых хитрых двуликих наушников. А это свойство дано далеко не всем. Надо хорошо знать, а главное помнить всегда, что на свете всё штучно, особенно это касается лидеров и лидерства.

Вряд ли, кто-либо сможет полностью заменить Владимира Ивановича, который как ярчайший болид, пронёсся по своей начертанной им самим, жизненной орбите и оставил после себя людям уникальный подарок НЕФРОУРОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР.

Как открывалось Фтизиоурологическое отделение. Заветной мечтой В.И. Шаповала было открытие в Нефро -урологическом Центре фтизиоурологического отделения. Желание профессора было легко объяснимо. Его кандидатская диссертация была посвящена предложенной им классификацией туберкулёза почек. Ему очень хотелось воплотить свои новые, творческие мысли в практическую медицину, т.е. создать с чистого листа, фтизиоурологическое отделение, которое использовало его классификацию в практических целях. Насколько мне помнится, что через две, три недели, после нашего переезда в новый четырёхэтажный корпус, я был приглашён в кабинет Владимира Ивановича. Поговорив со мной на произвольную тему, (о том, о сём) хозяин кабинета заявил: « Пора браться за настоящее дело». Шаповал стал объяснять, что поручает мне возглавить новое фтизиоурологическое отделение на 40 коек, в качестве заведующего отделением. А сам он будет куратором этого отделения. Но это оказалось не всё. Фтизиоурологическое отделение будет располагаться на правом крыле на втором этаже, а на левом крыле будет располагаться общее урологическое мужское отделение, куратором которого будет профессор Ф.А.Клепиков. А заведовать отделением буду тоже я. То есть, я должен стать «слугой двух господ», спросил я? Да, В.И. это подтвердил. Я сказал Владимиру Ивановичу, что мои знания по фтизиатрии к сожалению минимальны. Он мне ответил: « Что за годы совместной работы, хорошо изучил меня и знает, что я и этот раздел с лихвой освою, как познал всё остальное». И сегодня, глядя с моего нового места жительства из Германии, я могу сказать, что «В.И. не ошибся» И я взялся, в первую очередь, за углублённое изучение общей фтизиатрии с непосредственной помощью и пристальным наблюдением надо мной, главного врача Областного тубдиспансера Кулибабы и её начмеда Балтера, моего сокурсника. В короткое время я освоил общую фтизиатрию и самым усердным образом углубил свои знания по фтизио урологии. Это позволило мне подготовиться к работе во фтизиоурологическом отделении своих двух ординаторов Д. Красноруцкого и Н.Сукманского. Они оказались способными и трудолюбивыми учениками. Работать с ними было легко и приятно. При становлении фтизиоурологического отделения мне надо было, как можно скорее обучить весь свой персонал к работе в отделении, где можно было вплотную соприкоснуться с палочками Коха, которые могли выделять наши больные. Я со своими врачами проводили занятия со всем персоналом. Нам стали помогать врачи эпидемиологи. Отделение стало активно работать под личным контролем профессора В.И. Шаповала. В процессе работы отделения, нами было установлено, что мочеполовой туберкулёз не щадит любой возраст и может быть обнаружен, как у детей, так и у пожилых людей. Надо отметить, что в то время, в Советском Союзе, кроме нашего отделения на 40 коек, было десяти коечное отделение фтизио - урологического профиля в городе Москве.

Наблюдения над нашими специфическими больными мы сообщали на межрайонных конференциях. Мы обратили внимание врачей на больных с хроническими воспалительными заболеваниями почек, которые плохо поддавались лечению стандартными препаратами. Эта

категория больных была обследована у нас в отделении и у некоторых, как мы и предполагали, выявили мочеполовой туберкулёз.

Мы обратили особое внимание врачей на больных с хроническими вяло текущими эпидидимитами, потому что они могли быть сигналом для более разрушительного мочеполового туберкулёза. Сравнительно, за короткий срок, наше специфическое отделение вышло на передовые позиции в диагностике, в лекарственном и даже в оперативном лечении мочеполового туберкулёза. Так, что задумка профессора В.И.Шаповала оказалась очень своевременной.

Таким образом, наше новое отделение мочеполового туберкулёза, без всякого бахвальства и саморекламы, благодаря чёткой, безупречной работе сотрудников отделения, по оценкам и многим комиссиям из Киевского института урологии и министерства здравоохранения Украины, стало одним из лучших отделений на Украине. Меня эта оценка очень радовала, да я думал, что моего шефа В.И.Шаповала это тоже должно было удовлетворять.

На основании тщательно собранных литературных и уже приобретённых мной в своей новой работе сведений, я написал целый «трактат» по мочеполовому туберкулёзу, или вернее, методические научно обоснованные рекомендации: «Методы диагностики консервативного и хирургического лечения мочеполового туберкулёза». По-видимому, я перестарался в этом. Мой шеф, вместо благодарности, начал смотреть на меня косо. Я на это не обратил особого внимания и продолжал с большим энтузиазмом работать. Мне на помощь был выделен доцент Э.К.Арнольди, который искренне, всеми силами стремился помочь в лечебных вопросах, тем более мы были с ним близкими друзьями. Особое моё внимание и большое сочувствие вызывали у меня больные, страдавшие туберкулёзом мочевого пузыря (микроцист с очень малой ёмкостью 10-15мл.)

Наблюдения за этими больными вызывали лично у меня большое сожаление и сочувствие, возникало непреодолимое желание, как-то помочь этим страдальцам. Эти больные лишались сна, становились вялыми, раздражительными, у них развивалось неверие в выздоровление. Меня всё время мучал вопрос ,как помочь больным с микроцистом В результате длительных размышлений и бесед со специалистами фтизиатрами, фармакологами химиками - аналитиками, фтизиатрами, мы пришли к определённому знаменателю о применении электрофореза при лечении микроциста. Мне стало понятным, что противотуберкулёзные препараты хорошо проникнут в мочевой пузырь путём, самое главное! На буфере (как мне советовали химики-аналитики) лидазы на лидокаине, вначале с раствором тубазида, в дальнейшем с другими противотуберкулёзными препаратами. Кроме того, производили промывание мочевого пузыря с инстилляциями, пока (как было написано в специальной литературе) метиленовой сини.

Этот метод стал установочной вехой в комплексной схеме лечения туберкулёзного поражения мочевого пузыря и не бесполезным. Даже эти жалкие попытки лечения больных «страдальцев» дало некоторое облегчение в их состоянии.

Электрофорез проводился совместно с общим лечением мочеполового туберкулёза.

Больные смотрели на меня, как на спасителя. А я усиленно продолжал всевозможные поиски лечения микроциста. Я лично был хорошо знаком с директором медицинской библиотеки и попросил его о библиографической помощи, которую он и осуществил в полном объёме. Я вместе с Э. Арнольди проработали, всю литературу по мочеполовому туберкулёзу, но к сожалению, ничего существенного не нашли, как в отечественной, так и в зарубежной литературе. Мы вдвоём понимали, что необходим новый подход к этой проблеме. Я детально, можно сказать скрупулёзно, начал изучать топографию органов тазового дна, уделил внимание гистологии слизистой мочевого пузыря и прямой кишки. И вдруг я наткнулся на то, что ранее знал, но не обращал на это своего внимания, что слизистая оболочка прямой кишки обладает возможностями всасывания лекарственных веществ, и её действие может быть эффективней, лечебных препаратов, проходящих через желудок, соприкасаясь с желудочным соком. Так родилась идея о создании уро-терапевтических ректальных свечей, которые должны были в первую очередь иметь в своей основе обезболивающий эффект, способствовать уменьшению тенезмов и частоты мочеиспускания у больных с туберкулёзным поражением мочевого пузыря.

Самое основное, появилось теоретическое обоснование и пути введения различных лекарственных средств, в виде ректальных свечей. Это дало нам, полное право думать, о новом введении. Имевшиеся в аптечной сети патентованные свечи совершенно не отвечали нашим требованиям. Вновь я обратился к химикам аналитикам, которые по своей работе были нацелены на лечебные препараты, а также к моему доброму знакомому известному фармакологу М.Б.Бруку. Они все дали ряд ценных советов, которые мне очень помогли создать целый ряд ректальных свечей

нового состава, которые были изготовлены в аптеке нашего Центра и впервые было применены у больных с мочеполовым туберкулёзом. Конечно, это не было мировым открытием, это был ещё один путь для введения противотуберкулёзных препаратов, правда вблизи от очага поражения (в данном случае микроциста).

Теперь подведём небольшой итог путей лечения больных с мочеполовым туберкулёзом.

Когда мы начали осуществлять лечение больных в нашем специфическом отделении, мы имели возможность вводить противотуберкулёзные препараты больным только: 1) через рот 2) внутримышечно и 3) внутривенно. В дальнейшем нам удалось расширить пути введения противотуберкулёзных и обезболивающих препаратов путём введения электрофореза с буфером лидазы (это 4-ый путь) и 5ый путь ректальный. Мною намечался и 6-ой путь введения противотуберкулёзных препаратов лимфатропный, который на мой взгляд, должен был быть наиболее перспективным. Более 50-ти лет назад лимфатическая система являлась малоизученной системой. Как известно, лимфатические сосуды, узлы, капилляры, селезёнка, миндалины и тимус объединены в организме в единое целое. Разрабатывая пути введения лекарственных средств, при мочеполовом туберкулёзе, меня не мог не заинтересовать вопрос о введении препаратов непосредственно в лимфатическую систему. Я себе представлял, что если мне удастся найти пути введения лечебных препаратов прямо в лимфаток, то тогда возможно, быстрее можно будет воздействовать на возбудителя туберкулёза палочку Коха и блокировать магистрали распространения инфекции. Человеческий организм имеет в три раза больше лимфатической жидкости, чем крови, но не имеет такого органа, как наше сердце. Поэтому, лимфаток полагается только на насосное действие глубокого дыхания, другими словами за счёт гидростатического (водного) онкотического (белкового давления). . Я понимал, что через лимфатическую систему к каждой клетке организма подводятся питательные вещества и кислород, которые первоначально поступают в лимфатическую систему и только из неё в кровеносную. Пытаясь найти возможность дренирования лимфатического резервуара, я понимал, что лимфатическая система предназначена на выведение из организма продуктов метаболизма токсических веществ, она очищает наши ткани и клетки. Количество средств, применяемых в клинических условиях для стимуляции лимфа-образования и ускорения лимфатока, даже на сегодняшний день ещё невелико, надо полагать, что не далёк тот час, когда их станет больше. Я представлял себе, что непосредственное поступление химиопрепаратов в лимфатические сосуды, или в лимфатические узлы даст возможность: 1) увеличить тканевую концентрацию препарата 2) Блокировать распространения бактерий по лимфатической системе. 3) Значительно повысить барьерную способность самих лимфа – узлов. 4) Снизить свёртываемость лимфы. По литературным данным, лимфа-тропно химиопрепараты нужно вводить 2 раза в сутки. Чтобы освоить и этот путь введения препаратов, мне нужна была команда помощников, которой у меня, к сожалению не была. В данном случае, я нашёл в себе силы, чтобы остановить моё неподъёмное, для того времени, желание, включение в разработку ещё лимфатической системы. (Если я был бы лет на 30 моложе, то я бы тряхнул стариной) Дренирование лимфатической системы требует определённой подготовки и знакомства с микрохирургией, вводить этот метод в комплекс лечебных мероприятий необходимо лишь в том случае, когда другие методы не эффективны. Я полагаю, что в настоящее время, окончательная победа над вирусом герпеса и половой формы в частности, за введение противогерпетических препаратов непосредственно в лимфаток, тогда вероятней всего, удастся лечебным препаратам воздействовать на лимфатические узлы, куда прячутся герпетические вирусы, особенно при (лечебной охоте) за ними. Можно думать, что тогда будут прекращены «герпетические атаки», другими словами герпетические рецидивы. Свечи получили широкое одобрение у харьковских и белгородских урологов. Дело в том, что я менял состав свечей по необходимости, были свечи с тубазидом и римфапицином (я их называл специфическими), были свечи просто противовоспалительные (с фурановыми препаратами и обезболивающими средствами) Свечи составлялись для разных заболеваний поразному Их стали изготавливать аптеки, расположенные в центре г. Харикова, по нашим рецептам. Насколько мне помнится доц. Э.К. Арнольди назвал эту пропись свечей: «Свечи по Вольфовскому». Я предлагал для широкого применения изготовления свечей заводским путём, но натолкнулся на такую глухую бюрократическую стену бумажной волокиты, что вынужден был и прекратить все свои начинания, и попытки. В дальнейшем мне стало известно, что некоторые «советские товарищи» без всякого зазрения совести, но с большим нахальством, на свои имена запатентовали мои прописи.

А автора этих свечей, то бишь меня, (ай-ай, просто забыли упомянуть) что не вызвало у меня «восторга». Одним словом, что это псевдо-авторство можно развеять в одну минуту, потому что моё

авторство, было осуществлено в фармакологическом справочнике под редакцией Мазманянца. Я составлял свои свечи не для того, чтобы как-то выделиться и не думал о своём авторстве, а только старался облегчить страдания больным людям. Я считаю, что это мне удалось сделать, что является лично для меня самым приятным ощущением и наградой. Прописи свечей менялись по мере необходимости. Так некоторые добавки в свечах дали возможность начать спать ночью нашим больным. Химики-аналитиками было установлено, что препараты фуранового ряда, проникают при ректальном введении в мочевой пузырь в большей концентрации и вызывают более конкретное противовоспалительное лечебное действие, чем при пероральном применении. Однако, надо честно признать, что наши свечи и ионофорез с буфером лидазы и с тубазидом, а также традиционное лечение полностью не избавляли больных с туберкулёзом мочевого пузыря, тем более (как написано в медицинской литературе «законченный процесс»)

Микроцистом. Луч надежды появился только тогда, когда мне пришла мысль о контактном лечении этого тяжёлого страдания путём непосредственного введения в очаг поражения, т.е. в мочевой пузырь лечебных средств.

Была составлена новая пропись под кодовым названием «Болтушка», затем она была переименована в более современное название «Коктейль». Состав этого нового лечебного средства не рекламировался, так как мы сами хотели убедиться в его эффективности. Этот «коктейль» мы готовили сами и о его составе знали только лечащие врачи и перевязочная сестра. В основу этого «коктейля» было взято облепиховое масло, особую роль было отведено кортикостероидам (в данном случае, я кажется не ошибся), за основу брался гидрокортизон в достаточно большой дозе 340 единиц (учитывая противовоспалительное действие) , большие дозы , комбинации антибиотиков(в соответствии высеивания бактериальной флоры мочи, «стрептомицин не вводили учитывая его свойства к рубцеванию»), ввели в состав тримикаин 1-2% «как обезболивающее средство» противотуберкулёзные препараты, которые можно было растворить в воде. Этот коктейль вводился в мочевой пузырь, после тщательного его промывания.

Комплексное лечение мочевого туберкулёза-внутримышечное введение стрептомицина, пероральное Паск. тубазид и т.д. , внутривенно римфацин, ректальные свечи , ионофорез с буфером лидазы, инстилляции мочевого пузыря с совершенно новым по своему составу, дали положительный эффект. По видимому, надо признать, что мне удалось вместе с моими сотрудниками правильно решить вопрос лечение больных с мочевоым туберкулёзом в те уже далёкие времена, а главное сдвинуть с места лечение микроциста без оперативного вмешательства лечебными средствами. В период становления фтизиоурологического отделения, мы сотрудники отделения, столкнулись с тяжелейшей категорией больных в запущенном состоянии и с больными «мучениками», особенно с туберкулёзным повреждением мочевого пузыря. Мы, сотрудники отделения хорошо поняли, какую неопределимую роль сыграл профессор В.И. Шаповал с инициативной организацией фтизиоурологического отделения, тем самым эта категория ранее обречённых больных, стала получать современное высоко - .. квалифицированное лечение. По мере и в тоже время по строгой необходимости, т.е. по показаниям, больные получали и хирургическое лечение. После активного трёхмесячного стационарного, специфического лечения, первично выявленные больные направлялись на ЮБК в специализированный санаторий, или направлялись на кумысолечение в Башкирию. Одним словом, была организована новая медицинская служба для больных с мочевоым туберкулёзом. Не буду, занимать внимание, как мы старались украсить свободное время больных уходом за экзотическими аквариумными рыбками. К нам приезжали целые делегации из Киевского института урологии и из других мест Советского союза, они набирались у нас опыта и были в восторге от нашей деятельности. Нам удалось подтвердить самое основное, т.е. практически всю концепцию классификации В.И.Шаповала по почечному туберкулёзу.

Нами был организован фтизиоурологический приём, где все эти больные были взяты на амбулаторный учёт. На этот приём направлялись больные с подозрением на фтизиоурологическую патологию. Мы имели возможность пользоваться виварием, который располагался в Областном тубдиспансере

Глядя через много, много лет из Германии, где я уже проживаю 19-ый год, я могу с уверенностью сказать, что мне повезло встретить на моём жизненном пути, такого как В.И. Шаповал, который доверил мне очень серьёзное дело, организацию фтизиоурологического отделения. В.И. знал и изучил меня в самом скрупулёзном виде. Мой возраст в то время, надо признать и мои способности (школа профессора А.З.Цейтлина, моя кандидатская диссертация) дали мне возможность создать

новую фтизиоурологическую службу, которая и в настоящее время работает под руководством проф. И.А.Гарагатого (мною очень уважаемого человека-учёного)

Созданное профессором В.И.Шаповалом совершенно новое отделение мочевого туберкулёза в Нефроурологическом центре начало приносить положительные плоды. Работа шла хорошо, можно сказать успешно. Я был полностью удовлетворён, что удалось вместе с коллективом, сделать продуманное в деталях, хорошо работающее отделение на пользу тяжело больным людям. Одним словом, лично я был счастлив, что удалось сделать всё, что мне поручалось. Но известный писатель Генрих Сенкевич по поводу счастья сказал: «Счастье - это глаза, которые могут засориться пылинкой, и из них потекут слёзы».

Вот, примерно так, случилось и со мной. В какое-то время моей работы во фтизиоурологическом отделении, я начал отмечать холодок, который стал возникать между мной и В.И. Я в данной статье не буду описывать все тонкости наших взаимных отношений. Я всё это описал в книге «Работа в клинике». Я постараюсь озвучить причину моего внезапного ухода с должности заведующего фтизиоурологическим отделением. В один из дней, в нашем отделении заканчивался обход куратора профессора В.И. Шаповала. Осталась одна женская палата. Мы зашли туда, ординатор стал докладывать о состоянии больной, я вставил, какое-то незначительное слово, которое упустил во время доклада ординатор. Последовал окрик Шаповала, относящийся непосредственно ко мне, приблизительно такого содержания: «Что я тут совершенно не нужен и, что я могу убираться». Продолжение тирады я уже не слышал, потому, что немедленно покинул обход. Я был потрясён, тяжелейшим образом обижен. У меня молнией мелькнула мысль: «Зачем, за что мне нужно слушать совершенно необоснованные, можно с уверенностью сказать, хамские оскорбления. Слава Богу, я уже давно вырос из «коротких штанишек». Я кандидат медицинских наук, я кое-что понимаю и разбираюсь в урологии, меня знают и уважают многие урологи нашей страны. Я покинул отделение, хотя В.И. брал свои слова обратно. Я стал заведующим вторым мужским отделением, в котором оставил после себя (на мой взгляд) не плохой след.

И наконец, концовка всего дела, которую я хочу озвучить, по прошествии стольких лет. Уже работая много лет заведующим

«2-ым мужским отделением, я как-то спросил В.И. « Почему он так поступил со мной? Ответ был такой : «Подумай сам» Думай не думай, а придумать ничего не возможно. И вот я пишу и сам думаю, что трудно себе даже представить, что я пишу правду!

Но, другого пути у меня нет . В.И. со мной сидели у него в кабинете за столом и кушали приготовленную старой еврейкой фаршированную рыбу «фиш». На столе была традиционная еда: фиш , украинское сало, копчёный толстолобик. В.И. у меня спросил : " «Я не буду спрашивать, что у тебя болит, я буду спрашивать, что ты будешь пить». Мой ответ: «Я буду пить традиционный русский напиток под названием «ВОДКА». Мы выпили вдвоём грамм по 30-40 русского «напитка», закусили по кусочку украинского сала, затем приступили к фиш. Я задаю В.И. уже ставший традиционным вопрос, о моём вынужденном уходе с должности зав. фтизио - отделения. Наконец, последовал ответ, которого я много лет ждал: « Ты сделал из отделения всё, что можно было представить лучшее, получалось так, что я оказался там не нужен!»

Я воскликнул: «Я всё делал под вас, а не для себя» Мы вдвоём помолчали, налили друг другу русского напитка, выпили и разошлись каждый со своей думой.

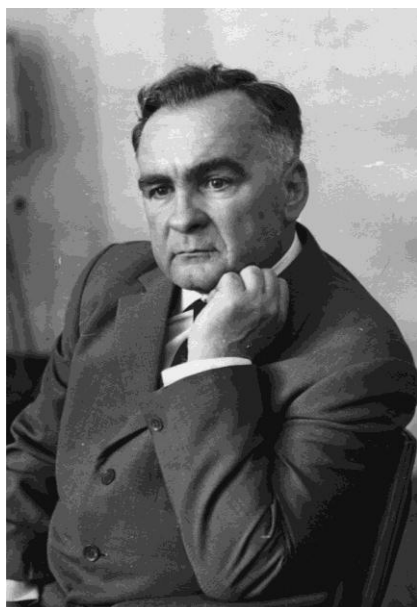
Я и моя семья уехали с Украины в 1998 году. Пошёл уже 19- ый год, как мы проживаем в Германии. В 2001 году с женой решили посетить нашу родину, побывать на кладбище, где покоятся наши родные. Мы поехали автобусом, приехали в Киев вечером, только там я почувствовал, что нахожусь дома. Мы ехали в Харьков почти всю ночь. Я не сомкнул глаз ни на одну минуту. Я с жадностью хватал родной воздух, мелькали такие знакомые, близкие моему сердцу города и посёлки. И вот я в родном Харькове, только зашёл в квартиру моего старшего сына. Одновременно с моим приходом, раздаётся телефонный звонок. В телефоне требуют меня. Я беру трубку и узнаю по голосу моего « трудно воспитуемого» И.Андреева. Он говорил: « что мне немедленно нужно приехать в клинику, умирает Владимир Иванович» Я , выхожу на улицу, где меня подхватывает Андреев и мы мчимся в клинику. В.И. лежал в реанимации. Я беспрепятственно прошёл к нему, взял его за руку, он открыл глаза и сказал одно слово : « А это ты» и вновь закрыл глаза и более их не открывал в течение получаса моего пребывания у его изголовья. После меня В.И. больше ни с кем не говорил. Не приходя в сознание, через несколько дней после моего посещения и отъезда из Харькова, Владимир Иванович умер.

Пользуясь случаем, хочу поздравить весь коллектив Центра с юбилеем, от себя лично и от лица моего сына Вадима Вольфовского, в прошлом сотрудника клинического отделения и пожелать от нас всем доброго здоровья, долголетия Вам и Вашим близким, дальнейших успехов в работе.

К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ КЛЕПИКОВА ФЕДОРА АЛЕКСЕЕВИЧА

Россихин В.В., Антонян И.М.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков



3 марта 2017 года исполняется 100 лет со дня рождения Ф.А. Клепикова. Федор Алексеевич родился в бедной крестьянской семье в с. Сергеевка, Панинского района в Воронежской области 3 марта 1917 г. В 1934 г. окончил ФЗУ при паровозоремонтном заводе, работал токарем и учился на рабфаке. В 1936 году поступил на лечебный факультет Воронежского медицинского института. Получив диплом врача в 1941 году, был призван в ряды Красной Армии, прошел всю Великую Отечественную войну в составе 136 стрелковой бригады, 153 стрелковой дивизии Калининского, Западного, 2-го Белорусского фронтов в должностях командира приемно-сортировочного взвода МСР 136 ст.бригады, командира санитарной роты 563 стрелкового полка 153 стрелковой дивизии, командира приемно-сортировочного взвода, затем хирурга-ординатора 250 ОМСБ, 153 стрелковой дивизии. Участвовал в боях за город Ржев, Великие Луки, Смоленск, Ельня, Витебск, Могилев, Шклов, Березино, Минск, Гродно, Августов, Кенигсберг. Федор Алексеевич особо вспоминал ожесточенные бои за Ржев и уничтожение противника

в "Минском котле". Член КПСС с 1943 года. Награжден двумя орденами Красной Звезды, орденом Отечественной войны 1 ст. и 8 медалями.

После демобилизации из ВС СССР в звании капитана медицинской службы в декабре 1945 года в городе Харькове прошел специализацию, затем клиническую ординатуру (1946-1949) на кафедре урологии Украинского института усовершенствования врачей (заведующий кафедрой, д.мед.н., профессор И.И. Маклецов). По окончании ординатуры был избран ассистентом в 1949 г., а затем – в 1956-ом - доцентом этой же кафедры.

Профессор Ф.А. Клепиков - пионер развития хирургии интестинальной пластики мочевых путей, урогинекологии, андрологии, детской урологии, хирургических методов экстракорпоральной детоксикации в СССР. В 1953 г. защитил кандидатскую диссертацию по специальности урология "Половой туберкулез у мужчин и связь его с туберкулезом мочевой системы", в 1966 г. - докторскую диссертацию по специальности урология "Пластика мочеточника тонкой кишкой". В 1967 году был избран заведующим кафедрой урологии УИУВ, которой руководил более 20 лет. С 1989 года - консультант кафедры. За время работы в институте занимал должности декана хирургического факультета, проректора по учебной работе Украинского института усовершенствования врачей (УИУВ). Федор Алексеевич автор более 300 научных работ по вопросам диагностики и лечения урологической патологии, в том числе трех монографий "Половые расстройства" (1972), "Неотложная помощь в урологии" (1988), "Диагностика и лечение ОПН" (1992) и автор 7 изобретений и 100 рацпредложений, которые были все внедрены в клиническую работу. Большинство научных исследований было посвящено восстановительной и пластической урологии, оптимизации лечения мочеполювого туберкулеза, мочекаменной болезни, урогинекологии, хирургии аномалий мочеполювых органов у детей, гемодиализа и гемосорбции при лечении ОПН. Им подготовлено 3 докторов и 25 кандидатов медицинских наук. Был членом правления Всесоюзного, республиканского и областного общества урологов, членом ученого совета УИУВ.

Одним из первых (в 1954 году) в СССР врач Клепиков Ф.А. использовал баллонный гемостаз ложа аденомы простаты после аденомэктомии. Впервые в УССР применил методику надлобкового ретропневмоперитонеума, транслумбальной и трансфеморальной аортографии, почечной ангиографии.

Впервые в СССР применил интестинальную пластику мочеточника, оригинальные антирефлюксные анастомозы кишечника с мочевыводящими органами. Разработал оригинальный и физиологичный способ нефропексии брюшинно-фасциальным лоскутом, который сегодня активно используется в видеолaparоскопическом исполнении. Разработал и внедрил в клинику оригинальный металлический литоэкстрактор. Внедрил в клинику авторские методы - ликвидации пузырно-влагалищных свищей, сфинктеропластики при недержании мочи у женщин, косую уретеролитотомию, одноментную аденомэктомию с сохранением мочевого дорожки.

Им были также разработаны оригинальный метод лечения гипоспадии, уретеропиелоанастомоз, а также - способы дренирования мочевого пузыря и лоханки с помощью индивидуально-самодельных орошающих дренажей.

Впервые в СССР широко внедрил метод перитонеального диализа, гемодиализа и гемосорбции при ОПН.

Под руководством д.мед.н., проф. Ф.А. Клепикова на возглавляемой им кафедре УИУВ подготовлено более 10000 урологов и нефрологов со всего СССР. Клиническую ординатуру и аспирантуру под его руководством закончили иностранные врачи из Доминиканская Республики, Перу, Палестины, Сирии, Афганистана, Индии, Иордании, Лаоса, Непала, Гвинеи. Его добросовестное отношение и высокий уровень ответственности за порученное дело были примером для учеников.

За успехи в лечебной, педагогической, научной и общественной работе Ф.А. Клепикову было присвоено звание "Заслуженный врач СССР" в 1977 г., был награжден Почетной грамотой Президиума Верховного Совета СССР в 1984 г.

В 1990 году Федор Алексеевич выходит на пенсию, передав управление кафедрой профессору А.С. Переверзеву. В том же году Федор Алексеевич был переведен в должности профессора на кафедру неотложной и детской урологии. Переживания о развале СССР, невнимания коллег, ограничения в практической работе не смогли не сыграть свою роль в ухудшении состояния здоровья.

В его профессорском кабинете под стеклом на столе лежал рукописный листок, сохранившийся со времен войны, с текстом, который он любил перечитывать:

*«Мой товарищ, в смертельной агонии
Не зови понапрасну друзей.
Дай-ка лучше согрею ладони я
Над дымящейся кровью твоей.
Ты не плачь, не стони, ты не маленький,
Ты не ранен, ты просто убит.
Дай на память сниму с тебя валенки.
Нам еще наступать предстоит».*

Весной 1995 года он сказал: «Ранее я перечитывал эти строки и представлял солдата, умирающего у меня на руках. А сегодня я чувствую - убит я сам!». Через полгода Федор Алексеевич - талантливый уролог с великолепной хирургической техникой и ясной памятью, гигантским багажом знаний и опыта - покинул нас.

Проф. Ф.А. Клепиков проработал врачом-урологом 55 лет. Бескорыстие и отзывчивость Ф.А. Клепикова, высокая внутренняя культура и скромность, помноженная на незаурядную работоспособность и высокую квалификацию, получили признание не только в Украине, но и за пределами республики.

Эрудиция, глубокая порядочность и неизменная доброжелательность Федора Алексеевича снискали искреннее уважение и любовь пациентов и коллег. Светлая память о нем навсегда сохранится в сердцах его коллег, учеников и излеченных больных.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ВРАЧАМИ-ИНТЕРНАМИ. НАШ ОПЫТ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ-УРОЛОГОВ

Антонян И.М., Мегера В.В., Бухмин А.В., Россихин В.В., Стецишин Р.В.,

Щукин Д.В., Шусь А.В., Зеленский А.И., Белов В.Ю.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Интернатура является завершающим этапом в подготовке врача-специалиста. От того, насколько качественно и полноценно проводится его подготовка, зависят не только здоровье

будущих пациентов, но и дальнейшее развитие медицинской науки и, в частности, урологии. К сожалению, в связи с отменой субординатуры, на завершающий этап обучения сегодня приходят менее подготовленные бывшие студенты. В связи с вышеизложенным, задачей кафедры является подготовка в короткие сроки специалиста, обладающего необходимыми практическими навыками для осуществления своей профессиональной деятельности. Помимо того, важной задачей является приобщение врача-интерна к постоянному общению с медицинской литературой, научному анализу результатов своей работы. Таким образом, подготовка врача-интерна проводится по трем направлениям: обучение практическим навыкам; теоретическая подготовка; развитие научного творчества.

Обучение интернов, относящихся к ХМАПО, проходит на базах кафедры. За время прохождения интернатуры, в соответствии с государственной программой, врачи-интерны проходят различные разделы урологии. Проходя соответствующие циклы, врачи-интерны работают в профильных отделениях под руководством заведующих отделениями и ответственных за данное отделение сотрудников кафедры. Они непосредственно участвуют в процессе лечения больных, выполняют перевязки, ассистируют на операциях или выполняют их самостоятельно под контролем старших коллег. Врачи-интерны регулярно участвуют в дежурствах, и в обязательном порядке докладывают о его результатах на утренней врачебной конференции. Необходимость выступать на утренней врачебной конференции заставляет молодого врача тщательно подготовиться к докладу, внимательно изучить и знать всю информацию о поступивших больных, участвовать в лечебных мероприятиях, осуществляемых про дежурству. На кафедре много внимания уделяется теоретической подготовке врачей-интернов. Однако мы не отошли от традиционного чтения лекций или проведения занятий, когда преподаватель делится своим опытом, не требуя ответов от присутствующих. Был составлен план семинарских занятий по основным разделам урологии, причем занятия проводятся один раз в неделю. К каждому семинарскому занятию составлены вопросы для самоподготовки и рекомендуемая литература. Занятие проводится путем опроса врачей-интернов с последующим заключением преподавателя по каждому из заданных вопросов. Такой подход к проведению занятий с интернами заставляет молодых врачей углубленно изучать литературу по соответствующей тематике. После окончания определенного цикла каждый интерн готовит отчет о проделанной работе, в котором проводит анализ результатов обследования и лечения курируемых им больных. Результаты проведенной работы врач-интерн докладывает на утренней врачебной конференции, где ему приходится отвечать как на практические, так и на теоретические вопросы по данному разделу урологии. Кроме того, каждый врач в обязательном порядке участвует в научной работе кафедры. Все эти мероприятия готовят врача-интерна к научному восприятию результатов своей работы. Таким образом, комплексный подход к подготовке врача-интерна, позволяет сформировать специалиста способного полноценно осуществлять свою профессиональную деятельность.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ НА КАФЕДРЕ ОБЩЕЙ, ДЕТСКОЙ И ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ ХМАПО

Антонян И.М., Мегера В.В., Бухмин А.В., Россихин В.В., Стецишин Р.В.,

Туренко И.А., Шусь А.В., Зеленский А.И., Белов В.Ю.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Разработка новых государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования, базирующейся на многоуровневой системе образования, в настоящее время переходит от стадии рассмотрения и обсуждения, на стадию внедрения. Система последипломного образования является наиболее мобильной и развивающейся частью непрерывного образования медицинского сообщества и обеспечивает повышение уровня их квалификации с использованием различных прогрессивных форм обучения.

В соответствии с концепцией развития последипломного образования интернатура является первой ступенью послевузовской подготовки, основная цель которой состоит в совершенствовании теоретических знаний и закреплении практических навыков выпускниками вузов в объеме, необходимом для повышения профессионального уровня и степени готовности их к самостоятельной профессиональной деятельности.

Наряду с традиционными формами обучения специалистов все более актуальной становится дистанционная форма.

Понятие «дистанционное обучение» означает, во-первых, «удаленное обучение», т.е. такое обучение, когда исключен непосредственный контакт преподавателя с обучаемым, во-вторых, предполагает наличие современных средств, позволяющих осуществлять удаленное (дистанционное) обучение.

При определении понятия дистанционного обучения в зарубежной литературе учитывается, что в основе современных форм дистанционного обучения лежат два различных источника: а) заочное обучение и б) очное обучение с использованием информационных технологий. Соответственно, существует две различных базовых модели дистанционного обучения, сформировавшиеся на основе этих источников: британская (или асинхронная, индивидуальная) и американская (или синхронная, групповая). Однако, для специалистов-урологов невозможно использовать только эти формы. При последипломной подготовке возможно сочетание различных форм обучения в том числе с элементами дистанционных форм обучения.

Дистанционная форма обучения предполагает приоритет самостоятельной системы обучения специалиста на удалении от учебного заведения, но при обязательном контакте посредством современных средств коммуникации.

Дистанционное обучение может быть построено через систему компьютерных интернет-сетей, посредством которых обучающийся получает учебный материал, задания. Специалист, выполнив задания, пересылает их преподавателю, получает заключение о выполненной работе и при положительном ответе имеет возможность получить новый материал и задание. Использование сетевых коммуникаций дает возможность индивидуализировать учебный процесс.

Одним из вариантов решения сложившейся проблемы является использование смешанного (комбинированного) обучения. Концепция комбинированного обучения предполагает, что в современных условиях обучающийся должен оптимально и в различных сочетаниях использовать все возможности, предоставляемые как классическим обучением, так и применением дистанционных технологий.

Дистанционное обучение обеспечивает доступность образовательных ресурсов и услуг. Структура обучающего модуля представлена следующими разделами: наименование разделов и тем, перечень знаний и умений, перечень заданий для вне-аудиторной (самостоятельной) и аудиторной работы интерна, алгоритмом выполнения практических заданий (контрольных работ), набором тестовых заданий для оценки степени усвоения учебного материала и списка рекомендуемой литературы.

В процессе обучения по дистанционной форме очень важна процедура обратной связи интерна с преподавателем. Инструментами общения с преподавателем могут быть различные средства: электронная почта, общение по скайпу (видеоконференцсвязь) и т.д.

В соответствии с разработанной системой дистанционной формы обучения специалист может получить задание, войдя на сайт кафедры. Выполнив задание, переслать его на сайт кафедры для оперативной проверки созданных интерном текстовых материалов и файлов преподавателем, их комментариев и при необходимости доработки в соответствии с методическими рекомендациями.

Таким образом, дистанционная форма обучения специалистов как одна из форм построения учебного процесса, делает возможным не только передавать информацию, но и управлять процессом обучения.

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ РОБОТИ «ОБЛАСНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ УРОЛОГІЇ І НЕФРОЛОГІЇ ІМ. В.І. ШАПОВАЛА» ЗА 2016 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

Згідно із штатним розкладом на 2016 рік в Центрі затверджено 770,0 посад працівників, з них 126,5 посад лікарів та 285,5 посад молодших медичних спеціалістів. Протягом року істотних змін в штатному розкладі Центру не відбувалося. У Центрі працюють 598 працівників (в 2015р. – 606, в 2014 - 623), з них 89 лікарів (2015р. – 90).

Зайнято 104,25 штатних лікарських посад – 82,4% (2015 р. – 108,75 посад - 86,0%). Розрив між штатними і зайнятими посадами серед лікарів склав 22,25 посади проти 17,75 в 2015 році.

Рівень укомплектованості штатних посад молодших медичних працівників значно вищий, ніж лікарів: укомплектованість зайнятими посадами складає 96,4% - зайнято 275,25 посад, що практично відповідає рівню попереднього року (276,5 посад, 96,8%).

Розрив між штатними і зайнятими посадами серед молодших медичних спеціалістів склав 10,25 посади проти 9,0 в попередньому році.

Молодших медичних спеціалістів працює 237 осіб (2015р. – 238). Укомплектованість штатних посад фізичними особами у 2015 році склала 83,0% (2015р. – 83,4%).

У 2016 році підвищили кваліфікацію на передатестаційних циклах 9 лікарів, на циклах тематичного удосконалення – 23 лікарі, нову спеціалізацію отримали 3 лікарі. Пройшли атестацію 20 лікарів.

Серед молодших медичних працівників – 45 навчалися на курсах удосконалення, 2 отримали спеціалізацію, 25 – атестовані.

На початок поточного року атестовані 79 лікарів (76 в попередньому році) – 88,8% від загального числа та 170 молодших медичних працівників (в попередньому році – 162) – 67,2%. Таким чином, рівень атестації в порівнянні з попереднім періодом суттєво підвищився як серед лікарів, так і серед молодших медичних працівників. Слід зазначити, що рівень атестації молодших медичних працівників в Центрі залишається нижчим, ніж в середньому в Україні (70,0%).

3 лікарів 59 (74,7%) мають вищу категорію, 11 (13,9%) – першу, 9 (11,4%) – другу категорію, 10 (11,2%) – мають сертифікат спеціаліста із стажем роботи до 5 років. Суттєвих змін в структурі атестованих лікарів за категоріями в порівнянні з попереднім роком не відбулося. Поряд з цим слід вказати, що протягом 2016 року питома вага лікарів з вищою та I категорією зросла з 74,7% до 78,7%.

Серед атестованого молодшого медичного персоналу 70,6% мають вищу категорію (в 2015 році цей показник складав 75,3%), по 14,7% - першу та другу.

Стосовно провідних лікарських спеціальностей: рівень атестації лікарів урологів досяг 100% при середньому в Україні 84,5%; знизився рівень атестації дитячих урологів з 100% до 80% (по Україні 86,3%), рівень атестації нефрологів залишився на рівні 57,1% (по Україні – 67,5%).

У клініці з урахуванням кафедр ХНМУ і ХМАПО працюють член-кореспондент НАМН України, Лауреат Державної премії, 7 докторів медичних наук, 7 професорів, 10 доцентів, 20 кандидатів медичних наук, 8 Заслужених лікарів України, 2 Заслужених працівники охорони здоров'я України.

Центр має багатоканальну систему фінансування. Загальне фінансування Центру у 2016 році збільшилось на 4,5 млн грн в порівнянні з 2015 роком і склало 144,4 млн грн.

З державного бюджету Центр отримав централізовану поставку лікарських засобів та виробів медичного призначення на суму 10,9 млн грн.: 10,6 млн грн. для перитонеального діалізу, 0,3 млн грн. – імуносупресорів.

Обсяг позабюджетних коштів, отриманих як благодійні внески, гранти та плата за послуги (за оренду майна та ін.) склав 12,5 млн грн (в 2015 році – 19,0 млн грн.). За рахунок цих коштів було придбано медикаменти та перев'язувальні матеріали, орг- та побутову техніку, меблі, господарчі товари, постільну білизну, великогабаритні контейнери для сміття, проведено частково поточний ремонт медичного обладнання, приміщень, монтаж пожежної сигналізації. Отримано систему водоочищення, а також 5 апаратів для гемодіалізу.

На заробітну плату витрачено 25,1 млн грн проти 20,5 млн грн в 2015 році. Заробітна плата протягом року підвищилася в середньому на 17%.

Витрати на медикаменти та вироби медичного призначення склали 103,1 млн грн., з них 101,5 млн грн для хворих, які отримують нирковозамісну терапію, і лише 1,6 млн. грн для забезпечення медикаментами усіх інших хворих:

- за рахунок медичної субвенції отримано 91,9 млн. грн ;
- за рахунок позабюджетних коштів – 0,1 млн грн;
- за рахунок централізованих поставок -10,9 млн грн

У розрахунку на 1 ліжко-день вартість медикаментів склала 10,07 грн (2015р.- 9,71 грн.).

На харчування витрачено 1,0 млн. грн., або 9,07 грн. на 1 ліжко-день (в 2015 році цей показник становив 8,71 грн.).

На інші витрати (в т. ч. комунальні послуги) витрачено 14,9 млн грн, що на 0,4 млн грн більше ніж у попередньому році (2015р. – 14,5 млн грн). Це обумовлено збільшенням вартості різноманітних послуг та підвищенням тарифів на комунальні послуги. Проведено поточний ремонт 3-х наркозних станцій "LEON" на суму 180,0 тис.грн.

Протягом 2016 року за кошти медичної субвенції капітальні ремонти не проводились, обладнання не придбалось.

В 2016 році лікарями поліклінічного відділення ОКЦУН ім. В.І. Шаповала виконано 18819 відвідувань (в 2015 р. – 18043 відвідування, в 2014 р. - 18756), тобто протягом звітного року обсяг амбулаторно-поліклінічної допомоги, наданої в поліклінічному відділенні, збільшився на 4,3% проти скорочення в 2015 році на 3,8%.

В структурі відвідувань питома вага профоглядів склала 14,3% (2687 відвідувань) проти 11,0% (1993 відвідування) в 2015 р. Кількість відвідувань з приводу захворювань збільшилася несуттєво: з 16050 до 16132 (+ 0,5%).

Збільшення кількості консультацій спостерігається у лікарів: нефролога – на 8,9%, дитячого уролога – на 7,1%, терапевта – на 32,5%, ендокринолога – на 31,0%. Практично на одному рівні залишається навантаження у лікаря- уролога: +0,9% в порівнянні з попереднім роком.

Структура відвідувань у консультативну поліклініку за місцем проживання протягом 2016 р. суттєво не змінилася. Було прийнято 4699 мешканців районів Харківської області (2015р. – 4630), що складає 41,3% від загальної кількості проконсультованих у поліклініці хворих (2015р. – 40,6%). Низька питома вага відвідувань мешканців районів області залишилася у дитячого уролога – 24,3%, андролога – 31,9%.

Рівень направлення на консультацію мешканців області підвищився з 3,78 до 3,83, у тому числі мешканців районів області - з 3,61 до 3,69 на 1000 населення. 5759 хворих (50,6%) під час консультацій отримали додаткові обстеження (лабораторні, ультразвукові, рентгенологічні тощо), що дещо менше, ніж в попередньому році – 5950 (52,6%).

Протягом 2016 року 5696 пацієнтів були консультовані завідувачами відділеннями, професорами, доцентами кафедр ХНМУ та ХМАПО, тобто 50,1% від усіх проконсультованих (в 2015 році 5743 консультацій, 50,7%).

Лікарями консультативної поліклініки у 2016 році направлено на госпіталізацію в стаціонарні відділення Центра 4319 хворих, що складає 38,0% від загальної кількості проконсультованих (2015р. – 4349 хворих – 38,4%). Високий відсоток госпіталізацій через дитячий урологічний кабінет (79,3%), онкологічний кабінет (47,2%), нефрологічний кабінет (46,1%); низький – через андрологічний (33,8%), урологічний (17,9%)

Амбулаторну допомогу в приймальному відділенні Центру отримали 6252 хворих (2015 р. – 5815 хворих, +7,5%). Госпіталізовано 6023 хворих (в 2015 році – 6152, -2,1%). Загалом в приймальному відділенні Центру отримали допомогу 12275 хворих, що суттєво перевищує обсяги попереднього року.

Стаціонарну допомогу в 2016 році отримали 10765 пацієнтів (в 2015 р. - 11157), у т.ч. 1570 сільських жителів (в 2015р. - 1551) і 992 дитини (в 2015р. - 1022).

Рівень госпіталізації скоротився з 3,72 до 3,60 на 1000 населення, у тому числі – з 3,06 до 3,00 серед мешканців районів області та з 4,32 до 4,14 на 1000 населення серед мешканців м. Харкова.

Протягом 2016 року в стаціонарі проліковано 676 хворих мешканців Луганської та Донецької областей (в 2015 р. – 695).

Крім того, 32168 відвідувань виконані хворими, які отримують амбулаторний гемодіаліз у формі денного стаціонару (в 2015 році – 30093 (+6,9%)).

Число пацієнтів, пролікованих у відділеннях хірургічного профілю зменшилося на 3,6% і склало 8950 (2015р. – 9281, скорочення на 1,4%).

Розглядаючи джерела направлення на стаціонарне лікування, відмічається зменшення кількості хворих, доставлених машинами швидкої допомоги – 2250 хворих – 20,9% (2015р. – 2446 , 2014р. – 2348), госпіталізованих за направленнями поліклініки – 3426 хворих – 31,8% (в 2015 році – 3555), лікувально-профілактичних закладів районів області: надійшли 1067 хворих - 9,9% від загальної кількості (в 2015 - 1183 хворих). військоматів - 253 хворих проти 468 в 2015 році.

Зросла питома вага пролікованих хворих – мешканців інших областей - 1033 хворих – 9,6% серед усіх пролікованих (в 2015 році 1051 хворих, 9,4%).

Суттєво скоротилася кількість хворих, госпіталізованих в ургентному порядку. За екстреними показаннями надійшло 2337 хворих, що склало 21,7% від усіх госпіталізованих (2015р. – 3637 хворих – 32,6%). До хірургічних відділень за екстреними показаннями госпіталізовано 2310 хворих – 25,8% проти 38,8% (3600 хворих) в 2015 році.

В 2016 році зайнятість ліжка зросла як в цілому по Центру, так і окремо по хірургічній та нефрологічній групах відділень. Протягом 2016 року ліжко працювало 355,9дня (2015 р. - 353,0 дні).

По хірургічній групі відділень у 2016 році цей показник становив 358,2 дня (2015р. – 354,8), по відділеннях нефрологічного профілю – 346,5 (2015р. – 345,2).

Аналіз зайнятості ліжка за відділеннями Центра показує, що відповідно до нормативу 340 днів ліжка було зайнято у 9-ти з 11-ти відділень Центру, як і попередньому році. За підсумками 2016 року зайнятість ліжка урологічного, дитячого урологічного та туберкульозного профілів вища за середньоукраїнські показники. Нижче від загальних показників по Україні зайнятість ліжок нефрологічного, онкологічного та радіологічного профілів.

Середній термін перебування хворого на ліжку по Центру склав 13,9 дня (2015р. – 13,3). Показник декілька підвищився як по відділеннях хірургічного профілю (з 13,0 до 13,6 дня), так і по відділеннях нефрологічного профілю (з 14,7 до 15,3 дня).

Зросла кількість хворих, які лікувалися більше ніж 30 днів: таких хворих було 309 проти 236 в 2015 році; в загальній кількості пролікованих їх питома вага зросла з 2,1 до 2,9%. При цьому слід зазначити, що кількість тривалих госпіталізацій хворих з урогенітальним туберкульозом практично не змінилася: в 2016 році їх було 67 (21,7% від загальної кількості тривалих госпіталізацій).

Кількість хворих, які лікувалися менше 5 днів, скоротилася з 1335 (12,0%) до 1102 (10,2% від усіх пролікованих).

Обіг ліжка в цілому по Центру у 2016 році скоротився і склав 25,6 (2015р. цей показник складав 26,6). Обіг ліжка рівнозначно знизився як по хірургічних відділеннях, так і по відділеннях нефрологічного профілю.

При аналізі результатів лікування за 2016 рік відмічено збільшення питомої ваги хворих, що виписані із стаціонару з поліпшенням – 80,1% (2015р. – 73,2%). При цьому зменшилася питома вага хворих, що виписані з одужанням – 14,6% (2015р. – 20,0%). Питома вага хворих, які виписані без змін склала 3,3% (2015р. – 3,9%).

Кількість повторних протягом року госпіталізацій суттєво не змінилася: якщо в 2015 році було 1723 таких випадків, то в 2016 році – 1699 (-1,4%). Їх питома вага збільшилася з 15,4% до 15,8%. Число повторних госпіталізацій збільшилося по відділеннях нефрологічного профілю (з 696 до 745 (+7,0%)) та скоротилося по хірургічних відділеннях (з 1027 до 954, -7,1%).

Протягом 2016 року у стаціонарі померли 42 пацієнти проти 54-х у 2015 році. 41 тіло піддане патологоанатомічному дослідженню, 1 – судовомедичному.

Показник летальності у цілому по клініці знизився з 0,48% до 0,39%. Відзначається істотне зниження показника летальності по відділеннях нефрологічного профілю – з 0,53% до 0,39%, по хірургічній групі відділень летальність знизилася з 0,47% до 0,39%.

В структурі летальності в 2016 році 33,3% склали хворі, госпіталізовані в плановому порядку (14 хворих), в попередньому році таких хворих було 25, а їх питома вага складала 46,3%. Таким чином, летальність скоротилася за рахунок зменшення кількості померлих з числа планових хворих.

Серед нозологій, які призвели до смерті хворих у 2016 році, 1-е місце займають хвороби сечостатевої системи - 17 померлих, 40,5% в загальній структурі (в 2015 році – 23 померлих, 42,6% серед усіх померлих). Летальність в цій групі хворих скоротилася і склала 0,21% проти 0,27% в попередньому році (Україна – 0,30%). На 2-му місці – новоутворення – 13 померлих, як і в попередньому році, 31,0% в загальній структурі летальності (в 2015 році – 24,1%), летальність 1,12% проти 1,03% в 2015 році. На 3-му місці хвороби системи кровообігу – 8 хворих, 19,0% (2015 рік – 5 хворих, 9,3%), летальність склала 1,47% проти 1,05% в 2015 році. По профілях ліжок летальність у Центрі не перевищує середніх показників по Україні.

Структура ранньої та до добової летальності стала більш однорідною. У структурі додобової летальності 57,4 займають хвороби сечостатевої системи, по 21,4% - новоутворення та хвороби системи кровообігу. У структурі ранньої летальності зросла питома вага хвороб сечостатевої системи – з 40,4% до 47,6%. 2-е місце займають новоутворення – 28,6% проти 22,2% в 2014 році, 3-є місце - хвороби системи кровообігу – 23,8% проти 14,8% в попередньому році.

При аналізі складу пролікованих у стаціонарі хворих, строків й якості лікування простежується зменшення кількості хворих переважно за рахунок хвороб сечостатевої системи: з 8389 до 8060 (-3,9%, -329 хворих). Одночасно простежується тенденція до зменшення числа хворих з новоутвореннями (-7,9%, -100 хворих), вродженими аномаліями (-4,8%), травмами (-15,9%).

Показник летальності знизився за більшістю класів хвороб, окрім новоутворень та хвороб системи кровообігу. За цими ж класами хвороб зросла і середня тривалість лікування.

Серед хворих, пролікованих з приводу хвороб сечостатевої системи, скоротилася кількість хворих, пролікованих з приводу інфекцій нирок: виписано 961 хворий проти 1036 в 2015 році (-7,2%).

Середня тривалість лікування цих хворих скоротилася з 13,2 до 12,6 днів, але суттєво перевищує середньоукраїнський рівень, який складає 10,5 дня.

Скорочується кількість хворих на камені нирок і сечоводів: виписано 2207 пацієнти проти 2243 в попередньому році (-1,6%, в попередньому році -10,5%). Середня тривалість лікування цих хворих склала 12,1 дня (12,0 днів в 2015 році та 8,8 дня по Україні). Летальність у цій групі хворих продовжує зростати: 0,41% (9 хворих) проти 0,36% (8 хворих) в 2015 р. (середньоукраїнський показник летальності 0,21%).

Число хворих, пролікованих із приводу захворювань передміхурової залози також має тенденцію до скорочення – 1321 пацієнт (1340 в 2015 році). Середня тривалість лікування склала 14,6 дня (в 2015 році - 14,5 дня, Україна – 11,9 дня).

Знизилася летальність хворих із захворюваннями передміхурової залози - з 0,37% до 0,31% (по Україні - 0,32%): в стаціонарі померли 4 хворих проти 5-ти в 2015 році.

Протягом 2016 року в Центрі прооперовано 5025 хворих, що на 0,7% більше ніж в попередньому році. Кількість операцій, проведених у стаціонарі Центру, зменшилася: виконано 6298 операції (в 2015 році – 6433 операції). Число операцій на 100 оперованих скоротилося з 128,9 до 125,3.

За допомогою ендouroлогічної апаратури протягом 2016 року було виконано 1792 операції (в 2015 році - 1737). Слід зазначити, що їх питома вага в загальній структурі операцій продовжує зростати і склала 28,5% проти 27,0% в 2015 році. Зросло число операцій, проведених з використанням лазерної апаратури: виконано 350 таких операцій проти 166 в попередньому році. Зменшилося число дистанційних літотрипсій: за допомогою дистанційного літотриптора виконані 363 операції проти 489 в 2015 році (-25,8%).

В структурі операцій дещо зросла питома вага оперативних втручань, проведених на нирках і сечоводах – 34,8% від загальної кількості операцій проти 33,1% в 2015 р., питома вага операцій на передміхуровій залозі практично не змінилася - 13,9% проти 12,9%. Питома вага операцій на сечовому міхурі та зовнішніх статевих органах скоротилася з 49,0% до 46,8%.

Хірургічна активність у цілому по Центру зросла і склала 56,1% проти 53,8% в 2015 р.

Після проведення оперативних втручань померли 23 хворих (в 2015 році - 32). Післяопераційна летальність скоротилася і складає 0,46% проти 0,64% в 2015 році.

В структурі післяопераційної летальності перше місце займають операції на нирках та сечоводах – 47,8%, 11 померлих (в 2015р. - 17), друге місце – операції на сечовому міхурі та статевих органах – 21,7%, 5 померлих (в 2015р. - 6), 3 місце - операції на судинах - 13,0%, 3 померлих (в 2015р. таких випадків не було). В порівнянні з попереднім роком слід вказати на скорочення питомої ваги померлих після операцій на передміхуровій залозі – з 12,5% до 8,7%.

Значно скоротилося число випадків гострої хірургічної патології: з 28-ми до 19-ти. Знизилася і летальність серед цих хворих. Якщо в 2015 році показник летальності внаслідок гострої хірургічної патології складав 14,3%, то за підсумками 2016 року цей показник скоротився до 5,3%.

Аналізуючи розподіл і результати оперативних втручань на нирках і сечоводах, слід зазначити, що кількість цих операцій в порівнянні з попереднім роком дещо зросла і склала 2191 операцій проти 2128 в 2015 році (+3,0%). Одночасно істотно знизилася летальність при операціях на нирках і сечоводах: з 0,80% до 0,50% (померли 11 хворих проти 17-ти в 2015 році).

Зросла кількість нефректomій, проведених у Центрі: виконано 242 таких операції проти 225 в 2015 році (+7,6%). Збільшилася кількість як донорських нефректomій (з 37 до 48), так і нефректomій, виконаних з приводу захворювань (з 188 до 194), переважно злоякісних новоутворень (з 102 до 115, 59,3% в структурі нефректomій, по Україні – 69,6%). Зросла кількість нефректomій з приводу гідронефрозу та вроджених вад (з 21 до 36, 18,6%, по Україні 9,1%). Одночасно зменшилося число нефректomій, проведених з приводу сечокам'яної хвороби (з 32 до 20, 8,3% від загальної кількості нефректomій, по Україні – 8,7%), доброякісних новоутворень (з 8-ми до 4-х, 1,7%, по Україні – 3,4%).

Дещо зменшилося число операцій на передміхуровій залозі: виконано 876 операцій проти 890 в попередньому році. Поряд з цим суттєво знизився показник летальності при операціях на передміхуровій залозі з 0,45% до 0,23% (по Україні цей показник становив 0,44%).

Клініко-діагностичною лабораторією виконано 632,1 тис. досліджень проти 651,3 тис. в 2015 році (-4,3%). Разом з тим на 1 стаціонарного хворого виконано 51,9 аналізів проти 52,7 в 2015 році (по Україні – 36,4). На 100 амбулаторних відвідувань виконано 257,6 лабораторних досліджень проти 263,9 в 2014 році при середньому рівні по Україні – 98,4. Значно перевищує середньоукраїнський

рівень питома вага біохімічних досліджень, проведених у лабораторії Центра - 31,6% (по Україні – 20,2%).

Протягом 2016 року виконано 17060 рентгенологічних досліджень проти 20838 у попередньому році (-18,1%). Скоротилося число як комп'ютерних томографій: з 6841 до 4018 (-41,3%), так і інших рентгенологічних досліджень: з 13997 до 13042 (-6,8%).

На 1 стаціонарного хворого виконано 0,5 дослідження проти 0,9 в 2015 році (Україна – 0,7). На 100 амбулаторних відвідувань виконано 47,3 дослідження проти 41,1 в 2015 році (по Україні – 3,9 дослідження). На 1 зайняту посаду рентгенолога припадає 6824 дослідження (по Україні - 9371), на 1 рентгенологічний апарат – 4265 досліджень (Україна - 4540).

Скоротилося число ультразвукових досліджень – 40,8 тис. проти 45,8 тис., -10,9% в порівнянні з попереднім роком. Значно перевищує середньоукраїнські рівні навантаження на апарат УЗД, - 13591 дослідження (по Україні – 6839). На 1 посаду лікаря ультразвукової діагностики припадає 10193 (в середньому по Україні - 9258).

Практично не змінилася кількість хворих, які одержали фізіотерапію: 3028 проти 3041 в 2015 році (-0,4%). Кількість фізіотерапевтичних процедур дещо знизилася і склала 41,9 тис., (2015 р. - 42,4 тис.). Кількість процедур на 1 хворого склала 13,8 (по Україні - 13,4).

Суттєво зросла кількість процедур гемодіалізу, проведених в Центрі: 34480 проти 32557 у 2015 р. (+5,9%).

Навантаження на 1 діалізне місце склало 1231,4 процедури проти середнього по Україні – 691,6. На 1 хворого проведено 127,7 процедур гемодіалізу проти 134,0 в 2015 році та 124,7 в середньому в Україні.

На кінець 2016 року нирковозамісну терапію в умовах Центру отримували 460 хворих проти 414 в 2015 році, з них 18 – переселенці з Луганської та Донецької областей.

Методом гемодіалізу лікувалися 270 хворих, у тому числі 8 – переселенці, проти 243 в 2014 році, методом перитонеального діалізу - 66 хворих, у тому числі – 2 переселенці, з 99 з 124 зросло число хворих з трансплантованою ниркою, у тому числі 8 переселенців.

Протягом 2016 року в Центрі проведено 48 трансплантацій родичевої нирки хворим, які страждали на термінальну хронічну ниркову недостатність. (в 2015 році таких операцій було 37). Усього під наглядом у Центрі на кінець 2016 року перебувають 134 хворих з пересадженими органами (на кінець 2015 року було 108 таких хворих).

Протягом 2016 року на базі Центра проводилися 6 міжнародних багатоцентрових клінічних дослідження фармакологічних препаратів.

Спеціалісти ОКЦУН ім. В.І.Шаповала приймали участь та доповідали на науково-практичних конференціях: конгрес Європейської асоціації урологів (м. Мюнхен), науково-практична конференція «Досягнення та перспективи в онкоурології, пластичній та реконструктивній хірургії сечовивідних шляхів» (м. Київ), конференція Центрально-Європейського осередка Європейської асоціації урологів (м. Вена), науково-практична конференція, присвячена Всесвітньому дню нирки «Практичні аспекти ранньої діагностики хвороб нирок» (м. Київ), науково-практична конференція «Паліативна нефрологія» (м. Кам'янець-Подільський).

Серед заходів організованих за участю Центру слід зазначити науково-практичну конференцію з міжнародною участю «Урологія, андрологія, нефрологія - 2016», 7 обласних науково-практичних конференцій, у тому числі 5 - з актуальних проблем урології та 2 - з актуальних проблем нефрології. Таким чином пріоритетними напрямками діяльності Центру протягом 2016 року залишалися надання доступної та якісної високоспеціалізованої медичної допомоги населенню області, удосконалення організації роботи щодо управління якістю медичної допомоги.

ЗНАМЕНАТЕЛЬНЫЕ И ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ В ИСТОРИИ УРОЛОГИИ В 2017 ГОДУ

Россихин В.В., И.М. Антонян, Бухмин А.В., Блохина В.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

В 2017 г. исполняется:

- 385 лет со дня рождения А. Van Leeuwenhoek (1632—1723), голландского естествоиспытателя, впервые в мире описавшего сперматозоиды;

- 360 лет со дня смерти английского врача Вильяма Гарвея (1578—1657), открывшего в 1628 г. кровообращение;
- 335 лет со дня рождения С. В. Morgagni (1682—1771), основоположника патологической анатомии, описавшего морфологические изменения различных органов при многих заболеваниях, в том числе и урологических. Стремился установить связь между морфологическими и клиническими проявлениями болезни. Впервые описал патолого-анатомические изменения при опухолях предстательной железы;
- 235 лет как А. М. Шумлянский (1748—1796) защитил в 1782 г. докторскую диссертацию "De structure renum", в которой были установлены особенности микроскопического строения почечной ткани, а морфологические данные взаимосвязаны с функцией этого органа;
- 210 лет со дня выхода в свет первого на русском языке учебника по хирургии "Руководство к преподаванию хирургии" (СПб., 1807), автором которого был основоположник первой русской хирургической школы профессор И. Ф. Буш (1771—1843). Учебник выдержал 5 изданий, в нем много места уделено болезням мочевых и половых органов;
- 210 лет со дня рождения французского хирурга и уролога А. Nelaton (1807—1873), предложившего для катетеризации мочевого пузыря катетер из вулканизированной резины, а для цистолитотрипсии — специальный аспиратор. Автор переведенного на русский язык (СПб., 1880) классического труда "Elements de pathologie chirurgicale" (Paris, 1844—1859), в двух томах которого были описаны многие заболевания почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов;
- 185 лет со дня рождения крупнейшего отечественного терапевта С. П. Боткина (1832—1889), подробно описавшего в 1884 г. симптоматику и клиническое течение нефроптоза;
- 160 лет со дня рождения профессора В. И. Разумовского (1857—1935), предложившего в 1901 г. пластические операции для восстановления проходимости семявыводящих путей (вазоорхоанастомоз и вазоэпидидимоанастомоз), носящие его имя;
- 155 лет открытия курорта «Березовские минеральные воды» - одного из старейших европейских курортов, основанного в 1862 году. Главным природным лечебным фактором курорта является уникальная питьевая родниковая минеральная вода «Березовская», показанная при нефроурологических заболеваниях.
- 140 лет со дня рождения и 50 лет со дня смерти М. Chevassu (1877—1957), описавшего симптоматику опухолей мочеоточника и предложившего технику удаления яичка при опухолях этого органа;
- 135 лет со дня выхода в свет 1882 г. первого урологического журнала на французском языке "Annales des maladies des organes genito-urinaires", с 1912 г. получившего название "Journal d'urologie et chirurgicale", а с 1961 г. — "Journal d'urologie et nephrologie";
- 135 лет со дня рождения видного отечественного уролога профессора Р. М. Фронштейна (1882—1949), с 1923 по 1949 г. возглавлявшего урологическую клинику I Московского медицинского института им. И. М. Сеченова (ныне урологическая клиника ММА им. И. М. Сеченова). Совместно с С. П. Федоровым в 1923 г. основал журнал "Урология", а в 1929 г. — Всесоюзное общество урологов, председателем которого был с 1929 по 1949 г. Создал школу отечественных урологов;
- 135 лет со дня смерти одного из основоположников отечественной урологии профессора Петербургской медико-хирургической академии П. П. Заблочно-Десятовского (1814—1882), впервые в России в 1844 г. выделившего урологию в самостоятельный предмет преподавания. Его классические работы "Учение о болезнях яичка, семенного канатика и мошонки" (СПб., 1848) и "О болезнях предстательной железы" (СПб., 1856) явились ценным вкладом в отечественную урологию. Явился пионером применения в России хлороформного наркоза (1847), в том числе при урологических операциях;
- 135 лет со дня смерти французского уролога А. Merciez (1811—1882), предложившего в 1836 г. изогнутый эластический катетер, носящий его имя. Разработал специальный инструмент (инцизор) для удаления средней доли предстательной железы при введении его через уретру;
- 130 лет как Н. В. Склифосовский (1836—1904) впервые в России в 1887 г. применил глухой шов мочевого пузыря при операциях на этом органе;
- 130 лет со дня выхода в свет в 1887 г. первого отечественного руководства по урологии "Хирургические болезни мочевых и половых органов", написанного А. Г. Подрезом (1852—1900) и выдержавшего 2 издания;

- 130 лет как М. Nitze (1848—1906) сконструировал цистоскоп и демонстрировал применение этого инструмента 2 октября 1887 г. на трупе в городской больнице Дрездена. Изобретение цистоскопа создало новую эру в развитии урологии;
- 120 лет как Mac Intyre в 1897 г. впервые в мире с помощью рентгенологического исследования диагностировал камень почки, а Th. Tuffier — камень мочеточника;
- 120 лет со дня рождения профессора А. Г. Фрумкина (1897—1962), автора 150 работ по урологии, директора урологической клиники Центрального института усовершенствования врачей в Москве (ныне Российская медицинская академия последипломного образования);
- 110 лет со дня основания в 1907 г. первого в России Общества урологов (ныне Санкт-Петербургское научное общество урологов им. С. П. Федорова). Первым председателем общества был избран С. П. Федоров, который возглавлял его в течение 10 лет. С 1972 г. председателем общества является В. Н. Ткачук.
- 110 лет со дня основания в 1907 г. Международной ассоциации урологов, председателем национального комитета российских урологов которой был С. П. Федоров, а членами — В. А. Гораш и Б. Н. Хольцов. В 1921 г. ассоциация была переименована в Международное урологическое общество;
- 110 лет со дня смерти Ф. И. Синицина (1835—1907), одного из основоположников отечественной урологии, директора урологической клиники медицинского факультета Московского университета с 1877 по 1907 г. В 1884 г. обосновал теорию эндокринного генеза опухолей предстательной железы;
- 110 лет со дня смерти немецкого хирурга Е. Bergmann (1836—1907), предложившего метод оперативного лечения больных с водянкой оболочек яичка (операция Бергмана) и разрез брюшной стенки для оперативного доступа к почке и верхним мочевым путям;
- 105 лет со смерти 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);
- 100 лет со дня рождения профессора Ф.А. Клепикова (1917 -1996) – одного из основоположников Харьковской школы урологии, блестящего хирурга, автора более 300 научных работ, одного из первых исследователей, предложивших и внедривших в практику пластику мочеточника кишкой.
- 90 лет как Е. Веер в 1927 г. разработал метод эндовезикальной электрокоагуляции опухолей мочевого пузыря;
- 90 лет со дня смерти С. С. Зимницкого (1873—1927), видного терапевта, разработавшего метод определения функции почек, носящий его имя (проба С. С. Зимницкого);
- 90 лет со дня смерти N. Th. Rovsing (1862—1927), одного из основоположников урологии в Дании;
- 90 лет Украинскому (Харьковскому) институту для усовершенствования врачей (1927 год) и в структуре его - кафедре урологии (первый зав. каф. – проф. И.И. Маклецов (1863-1961).
- 85 лет со дня смерти профессора В. А. Оппеля (1882— 1932), опубликовавшего ряд работ по нефротуберкулезу, травмам почек и мочевого пузыря, пересадке мочеточников;
- 70 лет со дня смерти профессора П. А. Герцена (1871— 1947), предложившего оригинальный способ низведения яичка при крипторхизме. Много внимания уделял лечению больных аденомой предстательной железы;
- 50 лет Харьковскому клиническому нефроурологическому Центру – первому и самому большому в СССР уронефрологическому Центру (450 коек). Сегодня Центр носит имя профессора В.И. Шаповала
- 50 лет открытия первого детского урологического отделения в СССР (в структуре Харьковского клинического нефроурологического Центра).
- 35 лет со дня смерти профессора А. Я. Пытеля (1902— 1982), председателя Всесоюзного общества урологов. В течение 23 лет был главным редактором журнала "Урология и нефрология". Автор многочисленных работ в области урологии и нефрологии, получивших всеобщее признание.

ОНКОУРОЛОГІЯ

РОЛЬ МДКТ В ОЦЕНКЕ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ И ИНВАЗИИ В СТЕНКУ НППВ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

*Алтухов А.А., Щукин Д.В., Хареба Г.Г., Бабиц М.Н., Демченко В.Н.,
Гарагатый А.И., Товажнянская В.Д.*

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков
КУОЗ «Областной центр урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала», г. Харьков

Введение. Макроскопическое распространение в нижнюю полую вену (НППВ) 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 НППВ, а также правое предсердие. Внутривенные опухолевые тромбы имеют ряд морфологических особенностей, которые существенно влияют на особенности хирургической техники их удаления и выживаемость пациентов. К ним можно отнести протяженность интралюминальной опухоли, наличие эндотелия на ее поверхности, плотность внутривенных опухолевых масс и инвазии в венозную стенку. Одним из морфологических параметров опухолевых тромбов является их кровоснабжение. К настоящему времени еще не описаны особенности сосудов, располагающихся в этой части опухоли, а также не изучены корреляции между степенью кровоснабжения тромба и другими его параметрами. Прогностическое значение этого морфологического феномена также еще не ясно.

Мы предположили, что высокая степень кровоснабжения и хорошо сформированные, крупные сосуды присутствуют исключительно в компактных или плотных опухолевых тромбах, которые как правило имеют гладкую поверхность, покрытую хорошо выраженным слоем эндотелия и не демонстрируют признаков инвазии в венозную стенку. Учитывая, что информативность современных методов визуальной диагностики в идентификации распространения интралюминальной опухолевой ткани в кавальную стенку является крайне низкой при использовании критериев ширины тромба и визуальной инфильтрации стенки НППВ, мы провели проспективное исследование результатов МСКТ у пациентов с внутривенным распространением опухолей почек в плане возможных корреляций между степенью кровоснабжения опухолевых тромбов и инвазией интралюминальной части опухоли в стенку нижней полых вен.

Материал и методы. В исследование было включено 22 пациента, находившихся на обследовании и лечении в стационарах Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала, которым проводились мультidetекторная компьютерная томография (МДКТ) и хирургическое лечение в связи с внутривенным распространением опухолей почек.

МДКТ 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 кV, 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. Оценка кровоснабжения опухолевых тромбов включала определение количества сосудов на поперечном срезе тромба (VD - vascular density), а также исследование диаметра сосудов внутри тромба. Эти параметры сопоставлялись с шириной тромба и уровнем его дистального конца.

Спаянность интралюминальной опухоли со стенкой нижней полых вен, а также наличие или отсутствие инвазии опухоли в венозную стенку оценивались во время операции. Участки опухоли, оставшиеся на поверхности вены после тромбэктомии, удалялись с помощью кюретажа вены или путем латеральной резекции НППВ.

Морфологическая оценка опухолевых тромбов включала идентификацию их сосудов на макро- и микроскопическом уровне, определение артериального или венозного типа сосудов и исследование участков нижней полых вен после ее латеральной резекции.

Среди 22 пациентов было 9 (40,9%) женщин и 13 (59,1%) мужчин. Их средний возраст составил $58,5 \pm 4,2$ лет. Светлоклеточный почечно-клеточный рак был идентифицирован во всех случаях. Правосторонние опухоли имели место в 15 (68,2%) случаях, левосторонние - в 7 (31,8%). Размеры почечных опухолей варьировали от 42,0 мм до 162,0 мм и составляли в среднем 84,2 мм. Распространение новообразований в паранефральную или синусную жировую клетчатку было обнаружено в 10 (45,5%) наблюдениях, прорастание в полостную систему - в 16 (72,7%). У 6 (27,3%) из 22 пациентов имелись отдаленные метастазы, у 4 (18,2%) - метастазы в региональные лимфатические узлы. Уровни распространения опухолевых тромбов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Уровни внутривенозного распространения опухолей

Уровень распространения в НПВ	n	%
Подпеченочный сегмент	7	10,4
Ретропеченочный сегмент	7	10,4
Интраперикардиальный сегмент	5	8,3
Правое предсердие	3	4,3
Всего	22	100

Ретроградное распространение опухоли в притоки НПВ или почечной вены имели место у 6 (27,3%) пациентов (гонадная, поясничная, адренальная, главная печеночная вена, контралатеральная почечная вена, субренальный отдел НПВ). Ширина опухолевых тромбов в просвете НПВ составляла в среднем 2,8 см (от 1,4 до 5,0 см).

Результаты. Контрастирование сосудов внутривенозной части опухоли в артериальную фазу было идентифицировано в 16 (72,7%) наблюдениях. Их диаметр варьировал от 1,0 до 7,0 мм (в среднем 2,3 мм). Параметры васкулярной плотности и диаметра сосудов опухолевых тромбов на различных уровнях представлены в таблице 2. При морфологическом исследовании наличие сосудов в опухолевых тромбах было подтверждено во всех случаях. Их диаметр соответствовал данным МДКТ, а морфологическое строение - сосудам венозного типа. Наличие сосудов в опухолевых тромбах не коррелировало с их диаметром и протяженностью.

Фибриновые синехии между тромбом и НПВ были обнаружены в 7 (31,8%) случаях, тогда как истинное прорастание интралюминальной опухоли с стенку полую вены было идентифицировано в 5 (22,7%) наблюдениях.

Таблица 2

Оценка кровоснабжения опухолевых тромбов

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

В данной работе мы исследовали показатели информативности нескольких параметров в отношении предсказания инвазии опухолевого тромба в стенку НПВ (Табл. 3).

Наиболее информативным признаком инвазии каваальной стенки было ретроградное распространение опухоли. Мы зафиксировали только один ложно-положительный результат при отсутствии ложно негативных заключений. Сходные показатели чувствительности и негативного предсказательного значения были отмечены у такого параметра, как "васкулярная плотность тромба менее 3". Данный признак также не сопровождался ложно-негативными заключениями, хотя в трех случаях имели место ложно позитивные результаты.

Признак "полного отсутствия визуализации сосудов тромба" обладал меньшей чувствительностью, чем "васкулярная плотность", но являлся более специфичным, также как и признак "ширина тромба более 4,0 см". Остальные изученные признаки ("ширина тромба более 2,5 см" и "отсутствие контраста между стенкой тромба и НПВ") имели гораздо худшие показатели информативности.

Параметри інформативності МДКТ в прогнозуванні інвазії опухолевого тромба в стенку НПВ

	Точність	Чувствителість	Специфічність	ППЗ	НПЗ
Ширина тромба більше 2,5 см	77,3	80	76,5	50	92,9
Ширина тромба більше 4,0 см	90,9	80	94,1	80	94,1
Отсутствие визуализации сосудов тромба	90,9	80	94,1	80	94,1
Васкулярная плотность тромба менее 3,0	86,4	100	82,4	62,5	100
Ретроградное распространение тромба	95,5	100	94,1	83,3	100
Отсутствие контраста между тромбом и стенкой НПВ	77,2	60	82,4	50	87,5

Заключення. Наличие кровоснабжения опухолевого тромба с высокой степенью вероятности предсказывает отсутствие инвазии опухолевого тромба в стенку нижней полой вены. МДКТ позволяет точно оценить этот морфологический параметр за счет визуализации опухолевых сосудов и определения васкулярной плотности неопластического тромба. Необходимо дальнейшее исследование прогностического значения васкуляризации опухолевых тромбов в плане выживаемости оперированных пациентов.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДИСЕМІНОВАНИХ ПУХЛИННИХ КЛІТИН В КІСТКОВОМУ МОЗКУ У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Возіанов С.О., Сакало В.С., Жильчук Ю.В., Сакало А.В., Черниченко О.А.

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Вступ. У хворих на локалізований рак передміхурової залози (РПЗ) нерідко спостерігають рецидиви після простатектомії. Вважають, що причиною рецидивів і метастазів є дисеміновані пухлинні клітини (ДПК), які можуть перебувати тривалий час в «неактивному» стані. До факторів, які сприяють переходу ДПК в активну фазу, відносять експресію цитокінів і активацію ангіогенезу.

Мета: Вивчити корелятивний зв'язок між ДПК і біохімічним рецидивом у хворих на локалізований РПЗ.

Матеріали і методи. На протязі 2014-15 рр. спостерігали 52 хворих на РПЗ віком від 56 до 74 років (в середньому 62,3 роки). Всім хворим до радикальної простатектомії проводили стерильну пункцію для ідентифікації ДПК. У 29 (55,8%) хворих виконана відкрита, у 23 (44,2%) лапароскопічна простатектомія. У 32 (61,5%) хворих з рівнем ПСА >10 нг/мл також проведена стандартна тазова лімфодисекція. За біохімічний рецидив вважали підвищення рівня ПСА >0,2 нг/мл. Рівень ПСА після операції досліджували щомісячно. ДПК виявляли імуноцитохімічним методом: антитіла до панцитокератинів AE1/AE3 (DAKO, Німеччина).

Результати. Стадія pT₂ була у 38 (73,1%), стадія pT₃ – у 14 (26,9%) хворих. Початковий рівень ПСА від 3 до 48 нг/мл (середній 8,2 нг/мл). Біохімічний рецидив виявили у 13 (25%) і метастази в лімфовузлах – у 3 (5,8%) хворих. ДПК в кістковому мозку діагностовано у 31 (59,6%) хворого. Не виявили кореляції між наявністю ДПК і стадією, числом Глісона, рівнем ПСА. В той же час частота рецидивів в ДПК-позитивній групі була 35,5% (11 хворих), в ДПК-негативній тільки 9,5% (2 хворих) (p<0,01).

Висновки. Наявність ДПК у хворих на локалізований РПЗ є незалежним предиктором біохімічного рецидиву і їх варто оцінювати як маркер несприятливого прогнозу перебігу РПЗ.

ТЕХНІЧНІ МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ З МАЛИМИ НИРКОВИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ

Добровольський В.А.¹, Лесняк О.М.², Строй О.О.³, Грицина Ю.Р.⁴,
Лесняк М.О.³, Банира О.Б.⁵

¹ Хмельницька обласна клінічна лікарня, м. Хмельницький.

² Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова, м. Львів

³ Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

⁴ ДЗ «Клінічна лікарня» ДТГО «Львівська залізниця», м. Львів

⁵ 2-га Комунальна міська поліклініка м. Львова, МЦ Св. Параскеви, м. Львів

Останнім часом, завдяки розповсюдженню застосуванню хвильової та променевої діагностики, широким профілактичним оглядам населення, суттєво збільшилась кількість виявлених безсимптомних пухлин нирок невеликих розмірів, що не перевищують 4,0 см у найбільшому діаметрі (т. зв. «малих ниркових новоутворень», small renal masses, SRM). Сучасні дослідження демонструють високу злоякісність SRM, тому саме хірургічні методики можуть вважатись ефективним лікуванням профільних хворих.

Згідно рекомендацій провідних Асоціацій урологів, у хворих з SRM пріоритетними є органозберігаючі методики, які необхідно застосовувати за умови технічної можливості їх проведення. Водночас, критерії технічної можливості проведення кожної з окремих методик досі є предметом наукових дискусій.

Попередньо нами було розроблено та представлено у 2014 році на Науковому Конгресі Асоціації Урологів Польщі та на Зборах Центрально-Європейського підрозділу Європейської Асоціації урологів власну шкалу (Local Varieties of Intrarenal tumour Visualisation [LVIV]), що дає змогу визначати технічну можливість вибору методу хірургічного лікування хворих з SRM з врахуванням особливостей внутрішньо-ниркової локалізації пухлин. Кожному з вимірюваних параметрів присвоюється певний бал, а сумарному балу (LVIV score) властива прогностична цінність.

Мета дослідження. Встановити ефективність застосування шкали LVIV при виборі методу лікування хворих з SRM.

Матеріал та методи. На основі ретроспективного аналізу історій хворіб 237 хворих з SRM, що були проліковані із застосуванням різних хірургічних методик, нами попередньо було розроблено наступну бальну шкалу LVIV, в якій кожному параметру пухлини відповідає певний бал (Табл. 1).

Таблиця 1

Шкала LVIV: параметри, що характеризують пухлину та відповідні їм бали^x

Параметр	розмір, см		d, см		i, см			капсула		локалізація, >1/3	
	≤3,0	>3,0	>0,5	≤0,5	ні	>2,1	≤2,1	так	ні	латерально	медіально
Бал	0	1	0*	2	0	2	5	0	1	0 (1 [#])	0 (2 [#])

* – будь-який розмір та локалізація;

– у випадках будь-якої інвазії;

d – відстань від краю пухлини до порожнинної системи нирки;

i – відстань краю від пухлини з інвазією до центру ниркового синуса (hilar centre);

x – інвазія пухлини у магістральні судини нирки є показом до нефректомії.

Індивідуальний сумарний бал (LVIV score) у кожного хворого визначався шляхом сумування усіх балів по кожному зазначеному у Табл. 1 параметру. Згідно запропонованого алгоритму, технічна можливість проведення енуклеорезекції пухлини (ЕП) існує у хворих з сумарним балом LVIV score = 0, радіочастотної абляції (РЧА) – при LVIV score = 0-1, резекції нирки (РН) – при LVIV score = 2-8 та нефректомії без лімфаденектомії – при LVIV score ≥ 9.

Для встановлення прогностичної цінності запропонованої шкали нами було залучено 172 хворих з SRM, котрим в період з 2014 р. по 2017 р. планувалось хірургічне лікування. Середній вік хворих становив 57±7,1 років, середній розмір пухлини – 3,2±0,7 см. Після обчислення у кожного пацієнта сумарного балу (LVIV score), усіх хворих було розподілено на 4 групи: Група 1 (LVIV score = 0) – 48 хворих, Група 2 (LVIV score = 1) – 12 хворих, Група 3 (LVIV score = 2-8) – 60 хворих, Група 4 (LVIV score = 9-11) – 52 хворих.

Згодом, у кожній з виокремлених груп було проведено видалення пухлин згідно наведеного вище алгоритму: у Групі 1 застосовувалась енуклеорезекція пухлини, у Групі 2 – РЧА, у Групі 3 – резекція нирки, у Групі 4 – нефректомія без лімфаденектомії. Вивчалась частота конверсій/реінтервенцій серед задіяних пацієнтів.

Результати. У Групі 1 в 3 (1,7%) випадках під час енуклеорезекції пухлини відбулось інтраопераційне розкриття порожнинної системи нирки, що змусило провести хірургічну корекцію та ушивання дефекту. У Групі 3 у 4 (2,3%) хворих не вдалось зберегти цілісну анатомічно функціонуючу нирку, тож ми вимушені були виконати нефректомію.

У жодного з хворих Групи 4 не вдалось провести органозберігаюче лікування. Отже, з-поміж відібраних 172 хворих конверсія/реінтервенція виявилась необхідною у 7(4,1%) випадках. Відповідно, у 165 (95,9%) хворих не виникла потреба в інтраопераційній зміні тактики лікування.

Висновки. Представлена власна шкала із застосуванням LVIV score дозволяє визначити технічну можливість проведення органозберігаючого лікування у хворих з SRM із точністю до 95,9%.

Запропоновану шкалу можна застосовувати під час вибору оптимального лікування у хворих з малими нирковими новоутвореннями.

ДІАГНОСТИКА РАННІХ ФОРМ РАКА ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Довбиш М. А., Бачурін Г. В., Губарь А. О., Попович А. О., Унгурян А. Б., Довбиш І. М.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Актуальність. Рак передміхурової залози (РПЗ) на сьогодні набув статус не тільки медичної, але й соціально значущої проблеми. Смертність від РПЗ сягає 3,9% в структурі загальної онкологічної смертності в країні [1-2] і займає провідне місце серед онкологічних захворювань і друге місце після раку легенів серед причин смерті. З урахуванням частоти РПЗ в індустріально розвинутих країнах, та тенденція до омолодження середнього віку хворих [2-3], актуальність діагностики ранніх, локалізованих форм не викликає сумнівів і вимагає пошуку скринінгових підходів до методів його раннього виявлення. Значення виявлення локалізованих форм рака зростає, так як це дає можливість застосовувати радикальні методи лікування.

Мета дослідження – вивчити цінність діагностичних методів дослідження в діагностиці ранніх форм раку передміхурової залози.

Матеріали і методи. Спостерігали 151 хворого РПЗ віком від 40 до 85 років. Застосовували загально-клінічні, біохімічні аналізи крові, простат-специфічний антиген (ПСА) та його фракції, пальцеве ректальне дослідження (ПРД), ультразвукові та рентгенологічні методи дослідження, морфологічні методи, мультіспіральну комп'ютерну томографію (МСКТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ). Оперативні втручання виконані у 131 хворого. Клінічні прояви були аналогічні таким при ДГПЗ з розвитком на ранніх етапах проявів еректильної дисфункції і подальшим приєднанням обструктивних і ірритативних симптомів порушення сечовиділення (32,6% і 24,9% спостережень відповідно). У 1/3 пацієнтів перебіг РПЗ був практично безсимптомним. При цьому у переважної більшості (65,1%, $p < 0,01$) пацієнтів показники ПСА знаходилися на рівні "сірої шкали", що вимагало проведення додаткових досліджень.

Результати та їх обговорення. У більшості випадків (72%) аденокарцинома ПЗ при УЗД була у вигляді гіпоехогенної ділянки в периферійній зоні (72%). Аналогічні за характером ділянки спостерігались при гострому простатиті, доброякісній гіперплазії та інфаркті простати. Трансабдомінальне сканування було не завжди ефективно в розпізнаванні невеликих (0,5-2 см) вогнищевих змін ПЗ, особливо в зоні, яка перекривається лонними кістками ("німа зона") [2-4]. Методики кольорового доплерівського картування (КДК) з надлобкового доступу малоефективні внаслідок віддаленості органу. ТРУЗД на сьогоднішній день виявилась безсумнівним лідером серед візуальних методів діагностики захворювань ПЗ [3,5]. Недоліком ультразвукового сканування в режимі сірої шкали при ТРУЗД було те, що приблизно 78% виявлених гіпоехогенних вогнищ виявляються не злоякісним вогнищем, а 47% раків, що не піддавались пальпуванню розміром більше 1 см взагалі не візуалізуються [3-5]. Приблизно 75% карцином в ділянці перехідної зони і 35-42% карцином в периферійній зоні виявилися ізоехогенними незалежно від ступеня диференціювання за Глісоном. Гіперехогенні раки в перехідній і периферичній ділянці залози зустрілися в 2,3% випадків. Чутливість і специфічність ТРУЗД у визначенні стадії РПЗ з використанням режиму сірої шкали склали 67 і 46% відповідно. Незаперечна перевага в техніці ТРУЗД має тривимірне сканування, що дозволяє одержувати більш якісні зображення з поліпшеним просторовим розрізненням. Тривимірне

сканування в режимі сірої шкали покращує візуалізацію як самої пухлини, так і екстракапсулярної інвазії. Точність тривимірного ТРУЗД у визначенні стадії РПЗ помітно перевищує точність двовимірного сканування (94 і 72% відповідно).

Методики енергетичного доплерівського картування (ЕДК) перевела діагностику захворювань ПЗ на новий рівень. Відмінності в васкуляризації при доброякісних змінах і РПЗ дозволили вже на перших етапах застосування методу з високою точністю проводити диференційну діагностику гіпоехогенних ділянок в ПЗ. УЗ-ангіографія в поєднанні з методиками ЦДК/ЕДК при ТРУЗД підвищує чутливість діагностики раку з 73 до 82%, а специфічність - з 41 до 76%. При застосуванні енергетичного доплерівського ТРУЗД щодо пацієнтів з підозрою на РПЗ, отримали найкращі результати: чутливість 93%, специфічність 71%, передбачена цінність позитивного результату 82%, передбачена цінність негативного результату 87%. Причому близько 22% карцином не були гіпоехогенним і не візуалізувалися в режимі сірої шкали. Також помічено, що якщо в гіпоехогенному вузлі в режимі сірої шкали реєструвався підвищений кровотік, то ризик виявити в ньому рак становив 82%. В гіповаскулярному вузлі аналогічний ризик становив усього 16%. Чутливість ЕДК в діагностиці екстракапсулярної інвазії виявилася невисокою – 56%.

Використання контрастних речовин (левовіст) суттєво не поліпшило чутливість ТРУЗД в діагностиці РПЗ і навіть ускладнювало візуалізацію невеликих вузлів, незважаючи на те що щільність мікроциркуляторного русла в РПЗ приблизно в 4 рази перевищувала таку в навколишній нормальній паренхімі.

В даний час з'явилася можливість діагностувати РПЗ на більш ранній, сприятливий для радикального лікування стадії і дати перспективну оцінку лікування локалізованого раку шляхом проведення суто спланованих досліджень. Диференціація внутрішньо-і екстракапсулярного характеру росту пухлини є основним критерієм у визначенні стадії захворювання, а саме стадії Т2 або Т3 РПЗ. Але ПСА має високу специфічність тільки при високих значеннях ($> 10-20$ нг/мл). Коливання рівня загального ПСА в межах 4-10 нг/мл неспецифічні і характерні як для раку, так і для більшості доброякісних захворювань ПЗ. Вважається "золотим стандартом" в дослідженні ПЗ ТРУЗД дає неправдиві висновки в 60% раку в стадії Т3, у зв'язку з чим диференціація між стадією Т2 і Т3 тільки на основі УЗД не може вважатися достатньою.

Основним методом діагностики РПЗ в цьому дослідженні було трансректальне УЗД (ТРУЗД). Додаткові відомості про стан ПЗ отримані в 118 спостереженнях при проведенні трансректального дослідження з УЗ-ангіографією. Так, практично в половині спостережень (52,3%) відзначалася асиметрична (у порівнянні з контралатеральною стороною) васкуляризація паренхіми ПЖ. При цьому в більшості спостережень уражені ділянки були гіперваскулярними (38,1%, $p < 0,05$). Проте у 32 випадках при проведенні досліджень в режимах кольорового та енергетичного доплерівського картування в ділянках ПЗ, уражених пухлиною, кількість судин була порівняною з таким, що визначалися в контралатеральній ділянці ПЗ з помірною деформацією судинного малюнка.

Основна увага при УЗД РПЗ приділялася оцінці регіонарної поширеності виявленого утворення. За даними УЗД переважали локалізовані, тобто обмежені власною капсулою, форми РПЗ (54,6%, $p < 0,05$), локалізувалися в одній частці ПЖ (63,8%, $p < 0,01$), що відповідало I і II (T2a) стадіями основного процесу.

У діагностиці первинної пухлини розрізнявальна здатність методів МСКТ і МРТ виявилася порівнянною між собою по переважній більшості ознак. Це положення відноситься як до оцінки змін з боку самої ПЖ, при цьому достовірних відмінностей між методами не виявлено, так і до оцінки самого новоутворення, достовірні відмінності відзначені виключно для різних розмірів та обсягів первинної пухлини.

При порівняльній оцінці розрізнявальної здатності методів МСКТ і МРТ у визначенні стадії РПЗ, що проводиться за аналогічними з УЗД критеріям, очевидно, що ці можливості порівняні поміж собою. Вірогідно вище вони виявилися лише для окремих критеріїв (локальна неоднорідність структури клітковини - 26%, $p < 0,05$) МРТ - оцінки періпростатичної клітковини.

За результатами проведеного дослідження встановлено, що результативність променевих методів діагностики в визначенні II-IV стадії РПЗ статистично достовірно не розрізнялася. На підставі результатів операційної та патоморфологічної верифікації для оцінки діагностичної ефективності комплексного застосування променевих методів дослідження у визначенні стадії РПЗ розраховані показники чутливості променевого передопераційного визначення стадії РПЗ, які склали 91,8%, специфічності – 87,1% і достовірності отриманих висновків – 84,5%.

Важливо, що кожен з перелічених методів обстеження (визначення вмісту ПСА, пальцеве ректальне дослідження, УЗД) окремо не можуть бути використані ні в якості скринінг-методу, ні в якості діагностичного критерію наявності або відсутності РПЗ. Проте комбінація цих методів є оптимальною для діагностики РПЗ в поліклініці та стаціонарі.

Висновки.

1. Для первинної діагностики РПЗ оптимальним є проведення визначення рівня ПСА крові, проведення ПРД, трансректальне УЗД ПЗ.

2. В оцінці регіонарної поширеності і віддаленого метастазування основного процесу оптимальним є комплексне застосування УЗД, МСКТ і МРТ з урахуванням інформативності і наявності протипоказань для кожного методу.

3. Оптимальною є така послідовність променевої оцінки регіонарної поширеності первинної пухлини: екстраорганне поширення (цілісність, безперервність і диференціювання капсули ПЖ; щільність, структура, рівномірність і товщина перипростатичної клітковини; чітке диференціювання зовнішнього контуру пухлини) і внутрішньоорганне розповсюдження (диференціювання хірургічної капсули ПЗ).

Література:

1. Аксель Е. М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями мочевых и мужских половых органов // Онкоурология. 2014. № 1. С. 6–8.
2. Александров В. П., Карелин М. И. Рак предстательной железы. СПб.: СПбМАПО, 2014.
3. Матвеев Б. П., Бухаркин Б. В., Комарова Л. Е. и др. Анализ предварительных результатов по скринингу рака предстательной железы // Урол. и нефрол. 2008. № 2. С. 30–34.
4. Blocker D.E., Romocki L.S., Thomas K.B. et al. Knowledge, beliefs and barriers associated with prostate cancer prevention and screening behaviors among African-American men // J. Natl. Med. Ass. 2015. V. 98. N 8. P. 1286–1295.
5. Watanabe M., Nakayama O., Shiraishi T. et al. Comparative studies of prostate cancer in Japan versus United States. A review // Urol. Oncol. 2015. V. 5. P. 274–283.

ПРОГНОСТИЧНІ ФАКТОРИ ВИЯВЛЕННЯ РАКУ ПРОСТАТИ У ПАЦІЄНТІВ З ЇЇ ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ

Зайцев В.І., Ілюк І.І., Марчук О.А.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Рак простати (РП) за середньосвітовими даними посідає третє місце серед причин смерті від злоякісних новоутворень, а у деяких країнах він на першому місці. Так, у США в 2009 році приблизно 27 000 чоловіків померли від раку простати з 192 000 чоловіків, у яких виявлене захворювання. Це означає, що приблизно 15% всіх чоловіків з раком простати можуть умерти від нього. Однак, це ж значить, що приблизно 85% пацієнтів виживуть - доказ прогресу, зробленого сучасною наукою в лікуванні раку простати.

Рак простати відносно рідко діагностується на ранніх стадіях, так як в латентний період дане захворювання не дає практично ніяких клінічних патогномонічних симптомів. Достатньо значно частина РП виявляється випадково, при визначенні в крові рівня простатспецифічного антигену (ПСА), який являється основним онкомаркером РП. Іншим варіантом інцидентального виявлення РП є ситуація, коли він діагностується за результатами гістологічного дослідження після операцій у пацієнтів з доброякісною гіперплазією простати (ДГП). Частота такого виявлення сягає 10-15%. Враховуючи, що в літературі не описані можливі перед- чи післяопераційні можливі ознаки існування РП у пацієнтів з ДГП, нами було проведене дане дослідження.

Мета роботи: виявити прогностичні ознаки існування РП у пацієнтів з ДГП, у яких пухлина випадково була виявлена за результатами гістологічного обстеження після ТУРП, базуючись на даних стандартної історії хвороби.

Матеріали дослідження: було проаналізовано 110 історій хвороб чоловіків з передопераційним діагнозом «доброякісна гіперплазія простати», яким було проведено трансуретральну резекцію простати (ТУРП) та випадково виявлено РП. Жоден з цих пацієнтів не мав ніяких ознак існування РП перед втручанням. Пацієнти були поділені на 2 групи. Перша група складалася із 58 хворих, де діагноз ДГП після ТУРП та гістологічного дослідження матеріалу був підтверджений. Друга група складалася із 52 хворих, у яких після проведення гістологічного дослідження матеріалу діагноз був змінений на «рак простати».

Для аналізу відмінностей між групами нами спочатку була проаналізована література щодо можливих факторів ризику появи РП у чоловіків, виходячи із реальної клінічної практики, яка існує на Україні (тобто базуючись на даних стандартної історії хвороби).

У дослідженні використовувались такі показники: вік, наявність цукрового діабету, наявність гострої затримки сечі, оцінювалася вага пацієнта та інформація щодо ефективності попереднього

застосування α -1 адреноблокаторів для лікування ДГП. Аналіз вибраних показників, проводився за допомогою методу статистичної перевірки гіпотез $\square$ "t-критерія Стюдента".

Результати досліджень Середній вік хворих з ДГП становив 73 ± 6 років, а з РП - 76 ± 5 років. Хоча похилий вік може бути сприяючим фактором для розвитку як ДГП так і РП, але даний критерій за результатами наших досліджень не показав статистично вірогідної різниці між групами.

Цукровий діабет, який також за даними літератури, може бути сприяючим фактором розвитку РП, був виявлений тільки у 2 хворих, відповідно також без вірогідної різниці між групами.

При оцінці такої ознаки, як виникнення гострої затримки сечі, виявилися певні розбіжності між групами. Вона спостерігалася у 37% хворих з ДГП і в 49% з раком простати (Рис. 1).

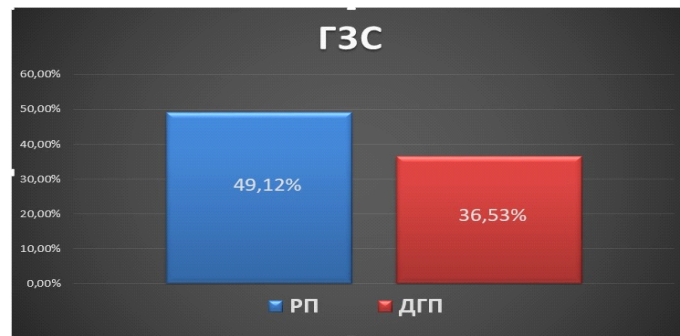


Рис. 1. Виникнення гострої затримки сечі у пацієнтів 1 та 2 груп.

Відмінності даного показника між групами за t-критерієм Стюдента склали 1.2, що не є достовірним, але спостерігається певна тенденція - гостра затримка сечі частіше ускладнювала перебіг захворювання у хворих з РП. Вага тіла також відрізнялась між групами пацієнтів (Рис.2).



Рис.2. Маса тіла пацієнтів.

За індексом маси тіла нормальна вага спостерігалася у 41,2% хворих з ДГП і 40,4% з РП; невеликий надлишок у 43,1% з ДГП і 40,4% з РП; зайва вага у 15,7% хворих з ДГП і у 19,2% з РП. Дані відмінності не були вірогідними, але ми припускаємо, що зайва вага може бути прогностичною ознакою наявності РП, так як чоловіки які мають зайву вагу, як правило вживають велику кількість тваринних жирів, які являються сприяючим фактором виникнення раку простати.

Також ми оцінювали ефективність попереднього застосування альфа-адреноблокаторів, як основних препаратів лікування ДГП (Рис.3).

Неефективність попереднього застосування α -адреноблокаторів спостерігалася у 5,76% пацієнтів з ДГП і у 17,54% з раком простати. Дана ознака за t-критерієм Стюдента дорівнює "2.0", що являє собою достовірну різницю. Порівнявши даний критерій по обох нозологіях, можна припустити, що неефективність попереднього застосування α -1 адреноблокаторів, може бути прогностичною ознакою існування РП на тлі ДГП.



Рис.3. Кількість пацієнтів, у яких відзначалась неефективність використання α 1-адреноблокаторів

Висновок. Проаналізувавши результати досліджень, ми припускаємо, що передопераційними прогностичними ознаками наявності раку простати у пацієнтів з ДГП можуть бути: гостра затримка сечі, надлишок ваги тіла та неефективність попереднього застосування α -адреноблокаторів. На підставі даних критеріїв можна запідозрити рак простати у пацієнта та провести більш глибоке урологічне обстеження, що дозволить вдосконалити ранню діагностику раку простати.

Література:

1. Grubb RL, Andriole GL, Somerville MCJ et al. The REDUCE Follow-Up Study: low rate of new prostate cancer diagnoses observed during a 2-year, observational, followup study of men who participated in the REDUCE trial// Urol. 2013 Mar;189(3):871-7.
2. Murtola TJ, Tammela TL, Maattanen L, Ala-Opas M, Stenman UH, Auvinen A. Prostate cancer incidence among finasteride and alpha-blocker users in the Finnish Prostate Cancer Screening Trial. // Br J Cancer 2009;101:843-8.
3. Бюлетень Національного канцер-реєстру «Рак в Україні», 2001–2012pp.
4. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines in Oncology™. Prostate Cancer. National Comprehensive Cancer Network: Fort Washington, PA, Version 2.2014.
5. <http://www.auanet.org/guidelines/early-detection-of-prostate-cancer>

РІДКИЙ ВИПАДОК ТОТАЛЬНОГО НЕКРОЗУ ПРУТНЯ

Зайцев В.І.¹, Федорук О.С.¹, Миндреску О.І.², Колесніков С.Б., Ілюк І.І.¹,
Проданчук І.Г.², Ключевська Я.Д.²

¹ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці,

²ОКУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня», м.Чернівці

Вступ. Тотальний некроз прутня є рідкою патологією, що пов'язано з інтесивним кровопостачанням органу з декількох джерел. Випадків такого захворювання в літературі ми знайшли до десятка. Як правило, у випадку самого частого варіанту некротичного ураження шкіри калитки (при гангрені Фурньє) прутень та яєчки залишаються практично неушкодженими. Відповідно до даних літератури, головними захворюваннями, які сприяють появі некрозу прутня, є важкий цукровий діабет, термінальні стадії хронічної ниркової недостатності та кальцифікація. Остання характеризується кальцифікацією невеликих артерій з їх закупоркою, що веде до некрозу шкіри. Вона характерна для поєднання хронічної ниркової недостатності та гіперпаратиреозу.

Результати. Представляємо клінічний випадок тотального некрозу прутня. 07.02.2017 р. в урологічне відділення Обласної клінічної лікарні м.Чернівці поступив хворий В., 70р., у важкому стані зі скаргами на виражені болі в області прутня та калитки, їх значний набряк, незначне потемніння шкіри прутня. Хворіс протягом двох тижнів, коли через деякий час після отримання травми промежини під час падіння звернув увагу на незначний набряк прутня та різі в кінці сечопуску. Поступово шкіра прутня стала синюшного кольору, набряк став більш вираженим. Останню добу загальний стан раптово погіршився, з'явилися виражені болі в прутні, калитці, над лоном, посилювався набряк шкіри калитки, прутня, надлонної ділянки. В анамнезі особливих захворювань немає.

При поступленні:шкіра на більшій частині прутня сірого кольору (практично до основи). Навколо головки прутня визначається муфта з набряклих та некротичних тканин крайньої плоті. Шкіра над лобком та калитки набрякла,гіперемована, з ознаками запалення, без некрозу. Яєчки чітко не диференціюються за рахунок наряду калитки, наболючі.

При УЗД обидві нирки нормальних розмірів, порожниста система не розширена, чашечки помірно ущільнені, конкрементів не виявлено. Сечовий міхур – без патології, простата 25 мл, залишкова сеча відсутня.

07. 02. 2017 р. за терміновими показами хворому виконана операція - розкриття та дренивання флегмони статевого прутня та калитки, некректомія. При операції кавернозні тіла прутня сірового кольору, але пульсація у основи прутня чітко визначається. В уретру було заведено катетер.

Незважаючи на активну антибактеріальну та деінтоксикаційну терапію в післяопераційному періоді відмічалось поступове поширення явищ некрозу оточуючі тканини, з'явився характерний різкий гангренозний запах. Поступово збільшилось праве яєчко, з'явилися болі у ньому. З рани було висіяно *Pr.vulgaris*. Прийнято рішення за екстреними показами провести повторне оперативне втручання.

14.02.2017 р. хворому була проведена комбінована операція: епіцистостомія, видалення статевого члену, орхідектомія справа, пластика уретри, некректомія.

Під час операції з'ясувалось, що весь прутень чорного кольору (включаючи уретру), тканини його з ознаками деструкції, тургор їх різко знижений (пальпаторно прутень нагадує дещо потовщену дублікатуру шкіри), пульсація не визначається до корня. Уретра частково відокремлена від кавернозних тіл прутня. В той же час шкіра надлобкової ділянки та калитки набрякла, але без ознак некрозу. Проведено виділення та відсічення прутня у його основи, при відсіченні кровотеча мінімальна. Уретра висічена до меж здорових тканин - до основи прутня, виділена проксимально для досягнення її мобільності. На шкірі промежини сформовано отвір, через який виведено уретру, її фіксовано. В уретру заведено катетер Фолея, накладено типову епіцистостому.

При ревізії також з'ясувалось, що праве яєчко значно збільшене, з ознаками некрозу, в зв'язку з чим проведено орхідектомію.

Одразу наступного дня після операції стан хворого значно покращився, що типово- неприємний запах з рани зник, незважаючи на залишки розповсюдженого запального процесу. Післяопераційний період - без особливостей, усі рани (на диво) загоїлись первинним натягом. 06.03.2017р. хворому видалено уретральний катетер, ще через три доби хворому видалено епіцистостомічний дренаж. Сечопуск вільний, залишкова сеча відсутня.

При контролі через місяць – хворий скарг немає, сечопуск без особливостей, змін при обстеженні не виявлено. Новий зовнішній отвір уретри на промежині сформований задовільно.

Таким чином, в даному випадку причина такого агресивного запального процесу, який здебільшого розповсюдився не по шкірі (як у типових випадках гангрені Фурнье), а на більш глибокі тканини (тіло прутня та яєчко), залишились невідомі. Хворий не мав типових важких супутніх захворювань, не було також явної патології сечостатевої системи в анамнезі. Ретроспективно можливо було доцільним виконати резекцію прутня під час першого втручання, але при відсутності прямих показів до такої операції вона була сумнівною з медичної та юридичної точки зору.

Даний випадок ще раз вказує на те, що при ознаках некротичного запалення в ділянці зовнішніх статевих органів тільки швидке та радикальне оперативне втручання може запобігти розповсюдженню процесу на суміжні органи, незважаючи на можливості сучасної антибактеріальної терапії. Лікар повинен бути готовий та пацієнт повідомлений про можливість розширення запланованого об'єму операції за результатами інтраопераційної ревізії рани.

Література.

1. Babaeer AA, Nader C, Iacoviello V, Tomera K. Necrotizing Urethritis due to *Aerococcus urinae*// Case Rep Urol. 2015.- 2015:136147.
2. Blais AS, Deschênes Rompré MP, Lacombe L. Complete Penile Necrosis in a Patient With Heparin-induced Thrombocytopenia: A Case Report// Urol Case Rep.- 2014, Jan 24;2(1):21-3.
3. Ciftci H1, Verit A, Oncel H. et al. Amputation of the penis and bilateral orchiectomy due to extensive debridement for Fournier's gangrene: case report and review of the literature// J Pak Med Assoc.- 2012, Mar;62(3):280-2.
4. Haider I, Siddiqui M, Naji W, Sheikh M, Waqar A. Calciphylaxis leading to penile necrosis// J. Pak Med Assoc.- 2014, Jun;64(6):711-3.
5. Kim SD, Huh JS, Kim YJ. Necrosis of the penis with multiple vessel atherosclerosis// World J Mens Health.- 2014 Apr;32(1):66-8.
6. Kharbach Y, Tenkorang S, Bouchikhi A. Et al. Elective gangrene of the corpus spongiosum of idiopathic origin: A case report// Can Urol Assoc J.- 2014, Nov;8(11-12):E934-7.
7. Marenco JL, Saiz R, Suarez A, Castiñeiras J. Penile necrosis as clinical presentation of systemic Calciphylaxis: Report of two cases and bibliographic review// Arch Esp Urol. 2015 Jun; 68(5):505-8.

КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ПОВЕРХНЕВОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА ШЛЯХОМ ТУР'а ТА РАННЬОЇ ІНСТИЛЯЦІЇ ХІМІОПРЕПАРАТУ

Зеляк М.В., Вальчишин М.П., Вальчишин А.М., Закала І.С., Романчук В.Р.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", м. Івано-Франківськ

Рак сечового міхура (PCM) став найпоширенішим раком у світі, налічуючи 430000 нових випадків, які діагностували в 2012р.[1]. Згідно з українським канцер-реєстром 2016 р., PCM займає 6-те місце. Тенденції до розповсюдження PCM в світі відображують поширення тютюнопаління, яке є

головним фактором ризику захворювання. Лише в окремих популяціях північної та субсахарної Африки велике значення мають *Shistosomahematobium* та деякі інші суттєві причини.

Мета. Оцінити можливість підвищення ефективності лікування хворих за допомогою комбінованого лікування поверхневого раку сечового міхура (НІРСМ) шляхом доповнення ТУР пухлини ранньою інстиляцією цитостатичного препарату, оскільки встановлено, що поверхневі пухлини, котрі зустрічають в 70% випадків, являють собою лише першу стадію хвороби та в 50-70% хворих рецидивують.

Матеріали та методи. Клінічно, лабораторними, ендоскопічними та променевими методами комплексно дослідили 54 хворих на нем'язово-інвазивний рак сечового міхура (НІРСМ), які при поступленні скаржились на гематурію та/або дизурію. Серед них був 51 чоловік і три жінки віком в середньому 45,4 року (коливання від 31 до 62). Всього група дослідження включала 27 людей. 27 пацієнтів слугували контролем. Кожному пацієнту при ТУР проводили біопсію основи та країв пухлини, гістологічні препарати обробляли за класичною методикою. Крім цього, всім пацієнтам напередодні проводили цитологічне дослідження сечі. Інстиляцію 50 мг доксорубіцину проводили в 1-шу добу після операції. Для цього останній розчиняли в 50 мл фізіологічного розчину при кімнатній температурі. Цистоскопію проводили щомісячно протягом 3-60 місяців.

Результати. У всіх хворих діагностували перехідно-клітинний рак сечового міхура. Пухлина в стадії Та була в шести пацієнтів, пухлина в стадії T1 була в 48 хворих. Протягом періоду спостереження в групі дослідження було 6 рецидивів пухлини сечового міхура. В контрольній групі спостерігали 10 випадків рецидиву раку. Відмічено більш ймовірний рецидив при більш низькому диференціюванні пухлини.

Обговорення. РСМ став найпоширенішим раком у світі, налічуючи 430000 нових випадків, які діагностували в 2012р.[1]. НІРСМ є комплексною хворобою, тому вартості клінічного дослідження можуть значно відрізнятись, оскільки їх оптимальний дизайн продовжує залишатись ділянкою численних дискусій та обширного літературного огляду. Ми ставили метою своєї роботи підвищити ефективність лікування хворих на НІРСМ шляхом доповнення ТУР пухлини ранньою інстиляцією цитостатичного препарату.

Аналіз літератури показав, що первинним підходом до лікування НІРСМ є ТУР пухлини СМ у всіх хворих з наступною інтравезикальною терапією чи БЦЖ. Інстиляція хіміотерапевтичного препарату одразу після ТУР була вперше запропонована в 1970-х роках, що засновувалось на тому, що хіміотерапія та руйнування флотуючих пухлинних клітин попередить їхню імплантацію в СМ [2,3]. Ряд клінічних досліджень підтвердив користь негайної післяопераційної однократної інстиляції хіміопрепарату для попередження рецидиву пухлини [4-6]. Інтравезикальна хіміотерапія може також бути проведена як ад'ювантна терапія при переміжному ризику хвороби. Однак дослідники останніх систематизованих рандомізованих оглядів інтравезикальної хіміотерапії не представили конкретних рекомендацій щодо її використання. Фактично, короткотривалі схеми, проведені в перших 3-4 місяці суттєво не поступались тривалим схемам.

За більш, ніж 30 років лише 3 препарати були прийняті Американською адміністрацією їжі та ліків (FDA) та Європейською медичною агенцією для заливання в СМ при його пухлині: тіотеф (1959р.), БЦЖ (1990р.) та валрубіцин (1998р.) [4-8].

Концепція імунотерапії бере свій початок в кінці 1880-х років, коли американський хірург Cooley описав бактеріальний токсин для лікування лімфосаркоми. З 1908р. по 1921р. Альберт Кальмет і Джон Жан Герен розробили БЦЖ в якості вакцини від туберкульозу. Ця вакцина в 1920-1930-х була надіслана Інститутом Пастера в різноманітні країни всього світу. Оскільки вакцина містила живі бактерії, між різними її видами виникли відмінності. Сумарно ці дочірні види відомі як БЦЖ. Оскільки сучасні методики ліофілізації з'явилися на початку 1950-х, різноманітні підвиди БЦЖ росли з різних збережених кювет і залишались суттєво незмінними.

Протягом багатьох років було розпізнано, що пацієнти з туберкульозом мають меншу частоту раку, ніж неуразені хворі. Отже, багатьма дослідниками був вивчений потенціал застосування вакцини БЦЖ для лікування різних видів раку. В 1966р. Сое та Feldman показали що СМ відповідав на БЦЖ зі сповільненим типом реакції гіперчутливості, подібно до шкіри. В 1970р. Morton в США спостерігав регресію злоякісної меланоми при лікуванні введенням БЦЖ в неї.

Silverstein і співав. також повідомили про відповідь метастатичної меланоми СМ при введення БЦЖ. В 1970 р. Morales і співав. описали перше людське дослідження в дев'яти пацієнтів з РСМ з використанням БЦЖ. У 1980р. були опубліковані початкові результати контрольованого клінічного дослідження використання інстиляції БЦЖ при РСМ. Вони показали значуще зменшення частоти

рецидиву пухлини при інтравезикальному та черезшкірному шляхах введення БЦЖ. Ідентичні результати були повідомлені в пацієнтів, що мали набагато більший ризик в дослідженні з Меморіального Протиракового Центру Слоан-Кеттерінг. Ці результати показали, що одиничний курс, проведений раз на 6 місяців інтравезикальної терапії плюс підтримуюча БЦЖ терапія забезпечували довготривалий захист від рецидиву пухлини та навіть зменшене прогресування хвороби.

Дані більших досліджень Akaza і співавт. з Японії яскраво освітили прямі протипухлинні ефекти БЦЖ з частотою відповіді у 84,4-71,8% у пацієнтів з хворобою в стадіях CIS, Ta/T1, відповідно. Хоча на сьогодні розпізнано, що імунотерапія БЦЖ є лікуванням вибору при НІРСМ переміжного та високого ступенів ризику, існують розходження серед теперішньої когорти спеціалістів, що впливає на скерування щодо оптимального використання БЦЖ при НІРСМ. Також існують негода стосовно визначення ступенів ризику та інших стратегій лікування НІРСМ[4-6].

Водночас повідомлено й про негативні сторони БЦЖ терапії пухлин СМ [7]:

- Інтравезикальна БЦЖ має більшу ефективність і більше побічних ефектів проти інтравезикальної хіміотерапії;
- БЦЖ слід обережно використовувати в пацієнтів з низьким ступенем ризику, зважаючи на побічні ефекти;
- Можливі інфекційні ускладнення;
- Оптимальне дозування та схеми лікування БЦЖ не визначені, однак результати кращі в разі підтримувальної терапії, якщо її пацієнт добре переносить;
- БЦЖ протипоказана в разі розірваного уротелію через ризик інтравазації та септичної смерті[4-8].

Крім того, імунотерапію не можна застосовувати до отримання результату гістологічного дослідження. В разі рецидиву пухлини радять проводити цистектомію або ж терапію новітніми хіміотерапевтичними препаратами.

Висновки

1. Результати комбінованого лікування хворих на поверхневий рак сечового міхура показують підвищення ефективності лікування.

2. Всім хворим з НІРСМ необхідно проводити ТУР пухлини з наступною негайною інтравезикальною терапією хіміопрепаратом, за винятком лише тих пацієнтів, що мають перфорацію СМ або підозру на неї.

Література:

1. Antoni S., Ferslay J., Serjonataram I. et al. Bladder cancer incidence and mortality: a global overview and recent trends// Eur.Urol.-2017.-Vol.71, Is.1.-P.96-108.
2. Burnhand K., Boyd P., Mayo M. et al. Single dose intravesical thiotepa as an adjuvant to cystodiathermy in the treatment of transitional cell bladder cancer// Brit.J.Urol.-1976.-Vol.48, N1.-P.55-59.
3. Garrett J., Lewis R., Meehan W. et al. Intravesical thiotepa in the immediate post-operative period in patients with recurrent transitional cell carcinoma of the bladder// J.Urol.-1978.-Vol.120, N5.-P.410-411.
4. Sylvester R.J., Oostelinck W., Witjes J.A. The schedule and duration of intravesical chemotherapy in patients with non-muscle-invasive bladder cancer: a systematic review of the published results of randomized clinical trials// Eur.Urol.-2008.-Vol.53, Is.8.-P.709-719.
5. Lamm D., Colombel M., Persard R. et al. Clinical practice recommendations for management of Non-muscle-invasive bladder cancer// Eur.Urol.suppl.7.- 2008.-P. 651-656.
6. Brausi M., Witjes J.A., Lamm D. et al. A review of current guidelines and best practice recommendations for the management of non-muscle-invasive bladder cancer by the International Bladder Cancer Group// J.Urol.-2011.-Vol.186, N6.-P.2158-2167.
7. Stones J.S. Non-muscle-invasive bladder cancer (Ta,T1, and CIS)/ Kavoussi L.R., Partin R.W., Peters C.A. (eds)// Campbell-Walsh Urology. 11th edition.- Philadelphia: Elsevier, 2016.-Ch.93.- P.2205-2222.
8. Babjuk M., Bohle A., Burger M. et al. EAU Guidelines on Non-muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder: Update 2016// Eur.Urol.-2017.-Vol.71, Is.3.-P.447-461.

ВОЗМОЖНОСТИ УМЕНЬШЕНИЯ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Криворотько Ю.В., Мещанин Р.Г., Гарагатый И.А.

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

Одной из проблем лечения пожилых пациентов, страдающих раком предстательной железы, является существенная коморбидность, которая влияет как на выбор методов лечения, так и на прогноз общей выживаемости. Причиной смерти у данной группы больных в большинстве случаев является патология сердечнососудистой системы. По данным ВОЗ за 2015-2016 гг. патология сердечнососудистой системы № 1 в причине смертности, а 3/4 смертей приходится на страны с низким и средним уровнем дохода на душу населения.

Большинство кардиоваскулярных заболеваний могут быть представлены изменением поведенческих факторов, таких как курение, нездоровая диета, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем. Лица с повышенным риском кардиоваскулярных событий имеют 1 или

несколько факторов риска: гипертения, диабет, гиперлипидемия, ожирение, ранее развившаяся патология сердечнососудистой системы, нуждающиеся в ранней диагностике, обследовании и подборе адекватного лечения.

Отмечается первичная профилактика острых кардиоваскулярных событий:

- отказ от табакокурения;
- снижение употребления продуктов с повышенным содержанием жира, сахара, соли;
- увеличение физической активности;
- уменьшение употребления алкоголя;
- здоровое питание.

Вторичная профилактика кардиоваскулярных событий это:

- аспирин (комбинированная антиагрегантная терапия);
- бета-блокаторы (при ГБ);
- ингибиторы ангиотензинов;
- статины.

Польза от них весьма индивидуальна, но в сочетании с первичной профилактикой в 75% случаев рецидивы кардиоваскулярных событий могут быть предотвращены.

В дополнение используют так называемые «агрессивные» кардиохирургические методики:

- аортокоронарное шунтирование (байпас коронарных артерий)
- стентирование или баллонная дилатация артерий;
- восстановление или замена сердечных клапанов;
- пересадка сердца;
- аппараты «искусственное сердце».

В соответствии с европейскими рекомендациями целевым уровнем общего холестерина крови является $< 4,5$ мм/л, липопротеидов низкой плотности $< 2,5$ мм/л; для пациентов с сахарным диабетом рекомендован более жесткий контроль уровня липопротеидов низкой плотности $< 1,8$ мм/л. Назначение высоких доз аторвастатина (80 мг) у лиц высокого риска привело к достижению благоприятных результатов. Их отмена показана при повышении креатинфосфокиназы в 10 раз и увеличение показателей АСТ/АЛТ в 3 раза. Сдвиги значений остальных биохимических показателей не являются основанием для лечения статинами.

Нормализация углеводного обмена является одной из важнейших задач в терапии данных пациентов, так как статистика эпидемического состояния сахарного диабета в Украине тревожна. Диета, физическая активность, прием метформина и других сахароснижающих препаратов под контролем изменений углеводного обмена, является неотъемлемой частью лечения данных пациентов.

В терапии рака предстательной железы у больных пожилого возраста с выраженной сердечнососудистой патологией также имеются особенности, выделенные в гайдлайнах в отдельный раздел. Суть данных рекомендаций состоит, во-первых, в менее агрессивной тактике лечения, применении интермиттирующей андрогенной блокады, индивидуальный подход к лечению пожилых пациентов, учет состояния всех систем организма с использованием различных шкал, применение симптоматической терапии в тех случаях, когда сопутствующая патология является выраженной и специфическая терапия не показана.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ САРКОПИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Криворотько Ю.В., Хареба Г.Г., Щукин Д.В.

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

Мужчины пожилого возраста, у которых диагностируется рак предстательной железы, нередко страдают той или иной степенью саркопии. На основании простых методов обследования мы определяли степень выраженности данного состояния. Для этого мы оценивали индекс массы тела, отношение жировой и мышечной составляющих, проводили денситометрию плоских костей, исследовали уровни белков крови и витамина Д.

Разделение пациентов по стадиям распространенности опухоли предстательной железы: $T_1-N_0M_0 - 15$, $T_3-N_0M_0 - 16$, $T_{1-4}N_{0-1}M_1 - 17$.

Из них у 78% имелась саркопения, обусловленная исходными возрастными и сосудистыми проблемами. У 80% отмечались снижение индекса массы тела и в основном за счет уменьшения мышечной составляющей, разной степени остеопороз, нарушение углеводного обмена.

В связи с необходимостью проведения андрогенной блокады неизбежным было прогрессирование саркопии. Поэтому во всех случаях мы назначали контроль за состоянием сердечно-сосудистой системы, аэробную гимнастику, преимущественно по программе Feel+, определяли необходимые предложения в диете, а самое главное – мотивировали больных на необходимость выздоровления, что являлось важным фактором семейных взаимоотношений у пожилых пациентов, страдающих раком предстательной железы.

Важной составляющей профилактики и лечения саркопии являлось назначение витамина Д. Углеводный обмен был скомпрометирован более чем у 50% больных, что потребовало наряду с диетотерапией, модификацией физической нагрузки, добавлять и терапию метформином и сахароснижающие препараты.

Скомпрометированная сердечнососудистая патология потребовала более тесного общения с кардиологами и кардиохирургами, в том числе у 7 пациентов произведено стентирование коронарных артерий, электроимпульсной терапии и установки кардиостимулятора.

Все аспекты лечения данной категории больных, являясь медицинской и социальной проблемой, требуют общих усилий и комплексного индивидуального терапевтического подхода.

ОСОБЛИВОСТІ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ З РАКОМ НИРКИ T1a ПОХИЛОГО ВІКУ

Лесняк О.М.¹, Добровольський В.А.², Строй О.О.³, Грицина Ю.Р.⁴, Лесняк М.О.³, Банира О.Б.⁵

¹ Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова, м. Львів

² Хмельницька обласна клінічна лікарня, м. Хмельницький.

³ Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

⁴ ДЗ «Клінічна лікарня» ДТГО «Львівська залізниця», м. Львів

⁵ 2-га Комунальна міська поліклініка м. Львова, МЦ Св. Параскеви, м. Львів

З огляду на зростання соціальних стандартів та підвищення якості надання медичної допомоги в світі загалом та в Україні зокрема, за останні десятиліття у загальній популяції нашої країни суттєво зросла частка осіб старшого та похилого віку. Рак нирки (нирково-клітинний рак, НКР), є одним з найбільш розповсюджених онкоурологічних захворювань серед літніх пацієнтів, причому вагома частка випадків цього захворювання діагностується на початковій стадії T1a, коли розміри пухлини не перевищують 4,0 см в діаметрі. У хворих похилого віку, що обтяжені важкою супутньою патологією, застосування радикальних методик неможливе. Водночас, у багатьох літніх пацієнтів з НКР T1a стан здоров'я дозволяє безпечно проводити адекватне хірургічне лікування.

Мета дослідження. Метою нашого дослідження було визначення тактики лікування літніх хворих на рак нирки T1a залежно від наявної супутньої патології.

Матеріал та методи. Ретроспективно ми проаналізували результати лікування 268 хворих на НКР T1a, що були проліковані у наших лікувальних закладах протягом 2004-2012 рр. Отримані дані порівнювались із наслідками активного спостереження 73 хворих на НКР T1a з обтяженим соматичним станом. Діагноз НКР встановлювався перед хірургічним втручанням за допомогою передопераційних голкових біопсій, або вже після операцій – за результатами патогістологічних досліджень.

У 79 хворих було проведено нефректомії без лімфаденектомії (НБ), у 76 хворих – резекції нирки (РН), у 74 хворих – енуклеорезекції пухлини, у 39 випадках – радіочастотну абляцію пухлин (РЧА). Під час вибору оптимального методу хірургічного втручання нами застосовувалась власний алгоритм, що базується на визначенні індивідуального сумарного балу (LVIV score).

У 73 літніх хворих на НКР T1a супутні захворювання не дозволяли здійснити будь-яке хірургічне втручання, тому щодо них застосовували тактику активного спостереження (АС).

Для встановлення ефективності лікування ми обчислювали 5-річну загальну виживаність (5yr OS) та 5-річну канцер-специфічну виживаність (5yr CSS), що визначались за методикою Каплан-Мейєра.

Загально-соматичний стан хворих характеризувався шляхом обчислення індексу супутньої патології за Charlson (Charlson Comorbidity Index score [CCI]). Для визначення взаємозв'язків між

досліджуваними параметрами застосовували критерій Ст'юдента. Статистично значимими вважались розбіжності між однорідними показниками при $p < 0,05$.

Результати. У досліджуваних групах пацієнтів не було зафіксовано статистично значимих відмінностей за клінічними проявами захворювання та за демографічними показниками. Середній розмір пухлин коливався у межах $3,2 \pm 0,8$ см (95% CI) у групі активного спостереження проти $3,1 \pm 0,7$ см (95% CI) у групі хірургічного лікування, відповідно ($p > 0,05$). Вік пацієнтів з групи хірургічного лікування склав $67,8 \pm 4,1$ років у порівнянні з $68,4 \pm 3,9$ років у групі активного спостереження ($p > 0,05$).

У хворих з групи нефректомії без лімфаденектомії індекс CCI склав $1,8 \pm 0,5$. Цей показник у групі резекції нирки склав $1,7 \pm 0,4$, у групі енуклеорезекції – $3,2 \pm 0,6$, у групі РЧА – $3,8 \pm 0,5$, у групі активного спостереження – $5,4 \pm 0,6$. ($p < 0,05$ між всіма групами, окрім груп HE vs PH).

5-річна CSS у групі HE склала 91,1%, у групі резекції нирки – 92,1%, у групі енуклеорезекції – 90,5%, у групі РЧА – 97,4%.

5-річна OS у групі нефректомії склала 83,5%, у групі резекції нирки – 82,7%, у групі енуклеорезекції – 80,3%, у групі РЧА – 76,3%.

5-річна CSS у групі активного спостереження склала 74,0%, в той час як 5-річна OS – 61,2%.

Як видно з отриманих результатів, у досліджуваних групах хірургічного лікування відзначались співставимі показники канцер-специфічної виживаності. Відмінності у загальній виживаності серед хворих групи РЧА, вочевидь, обумовлені важкістю супутньої патології у обраних хворих.

Водночас, наглядно продемонстровано суттєво нижчі показники виживаності у групі АС в порівнянні з усіма групами хірургічного лікування.

Висновки. За умови відсутності важкої супутньої патології, хворим на НКР T1a слід здійснювати хірургічне лікування, оскільки це суттєво подовжує 5-річні загальну та канцер-специфічну виживаності в порівнянні з їх ровесниками, яким проводилось лише активне спостереження.

Обчислення індексу супутньої патології за Charlson (CCI), поряд з застосуванням LVIV score, також може застосовуватись під час визначення методу хірургічного лікування у літніх хворих на НКР T1a.

У випадках $CCI \leq 2$ можна застосовувати нефректомію без лімфаденектомії або ж резекцію нирки, у випадках $CCI < 4$ – енуклеорезекцію пухлини, при $CCI \leq 4$ – РЧА. У літніх хворих на НКР T1a з індексом $CCI \geq 5$ варто застосовувати активне спостереження.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Лесовой В.Н., Хареба Г.Г., Щукін Д.В., Дубинина А.Н.

Харьковский государственный медицинский университет, г. Харьков

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

Ежегодно рак предстательной железы (РПЖ) диагностируется у более чем полмиллиона людей, что соответствует примерно одной десятой части от всех онкологических заболеваний у мужчин. В Европе в структуре смертности мужчин от злокачественных новообразований РПЖ занимает второе место после рака легкого. В действительности распространенность РПЖ значительно выше официально зарегистрированной, поскольку при аутопсиях у 60-70% умерших от других причин мужчин старше 80 лет выявляется РПЖ. В Украине РПЖ занимает четвертое место по частоте заболеваемости и третье среди причин смертности от злокачественных новообразований.

Безусловно, индивидуальный подход к пациенту со злокачественным новообразованием является одним из основных принципов в онкологии. При этом традиционно учитывается множество факторов, которые оказывают влияние на выбор тактики лечения. На данный момент, для больного РПЖ основными стандартными методами диагностики опухоли, которые определяют тактику ведения больного являются: методы визуализации (УЗИ, КТ, МРТ, ПЕТ), анализ опухолевой ткани (шкала Глисона, иммуно-гистохимические исследования), уровень ПСА. Эти методы широко применяются и изучены.

Современной тенденцией в онкоурологии является то, что исследования должны быть направлены на лучшее понимание биологии опухоли у каждого конкретного пациента. Появившиеся в последнее время методики позволяют это сделать.

Существует множество маркеров молекулярной диагностики РПЖ. Среди наиболее ценных существующих коммерческих систем оценки опухолевой ткани следует выделить следующие: Oncotype DX, Prolaris, ProMark, Decipher. Данные системы позволяют с помощью генетических исследований опухоли у каждого конкретного пациента определять прогноз риска прогрессирования РПЖ.

Oncotype DX – это генетический тест, который используется в диагностических целях. Применяется при раке молочной железы, прямой кишки и раке простаты. Тест измеряет уровень экспрессии 17 генов. Материал для исследования – опухолевая ткань РПЖ. Тест показывает, насколько агрессивна данная опухоль и насколько велика вероятность возникновения рецидива заболевания. Тест Oncotype DX доказал свою эффективность при оценке прогноза развития злокачественных заболеваний. Он позволяет подсказать необходимость проведения активного лечения в тех случаях, когда небольшая и кажущаяся неагрессивной опухоль содержит в себе потенциал рецидивирования. Стоимость теста – около 3800\$.

Prolaris – основан на анализе генетических особенностей опухолевых клеток. Это количественный тест экспрессии РНК гена 46-ой хромосомы, который непосредственно измеряет особенности роста опухолевой клетки РПЖ для разделения на группы риска процесс развития заболевания. Тест дает точный прогноз риска метастазирования и смертности и является намного более точным маркером по сравнению с индексом Глиссона или ПСА. Методика практически определяет степень агрессивности опухоли на разных стадиях рака простаты и даже в том случае, если больной ранее получал какое-либо лечение по поводу этого заболевания. Пациенты с высокими показателями теста Prolaris подвержены более чем 6-кратному риску развития метастазов по сравнению с пациентами с его низкими показателями. Стоимость теста – около 3400\$.

ProMark – генетический тест (на основе анализа экспрессии 8 белков) в котором используется ткань простаты после отрицательного ответа биопсии на наличие РПЖ. Тест позволяет оценить риск обнаружения РПЖ при повторной биопсии. Стоимость теста – 3900\$.

Decipher – предоставляет расшифровку экспрессии 22 биомаркеров в геноме для получения показателя геномного риска при расшифровке биопсии или после удаления предстательной железы. Этот тест прогнозирует вероятность метастазирования и смерти от РПЖ у мужчин с локализованной опухолью.

Тест на основе анализа генома пациента помогает определить, кто из больных является кандидатом для активного наблюдения, кому подходит только локальная терапия и кому необходимо мультимодальное лечение.

Биомаркерные тесты помогают изучить биологическую природу опухолей. Данные системы позволяют с помощью генетических исследований опухоли определять прогноз риска прогрессирования РПЖ, а также могут помочь выбрать стратегию лечения пациентов с помощью изучения биологического потенциала опухоли каждого конкретного пациента.

Оценка циркулирующих опухолевых клеток (ЦОК). В экспериментальных моделях было установлено, что ежедневно в кровоток из 1 грамма опухолевой ткани поступает 1 млн клеток. В настоящее время рекомендовано клиническое изучение циркулирующих опухолевых клеток в рутинной онкологической практике при солидных опухолях различных локализаций (в т.ч. рак предстательной железы). Был сделан вывод, что циркулирующие опухолевые клетки являются независимыми прогностическими признаками раннего рецидива. Содержание ЦОК в периферической крови изменяется в зависимости от эффективности проводимой химио- или гормонотерапии и это может использоваться для мониторинга больных, получающих системную химиотерапию или гормонотерапию. Существуют ряд тест-систем для анализа ЦОК: CellSearch, Maintrac, CellPoint, Adnagen, RT-PCR. Стоимость тест-системы CellSearch – 125.000\$, а стоимость одного исследования от 900\$.

При лечении гормонально-резистентного РПЖ (ГР-РПЖ) существенную помощь может оказать маркер гормональной резистентности AR-V7, выявленный недавно. Исследования показали, что при наличии этого маркера у пациента эффективность применения, например, энзалутамида и абиратерона была 0%, а при его отсутствии, ответ на лечение энзалутамидом был 53%, а абиратероном – 68%. Среди пациентов с локализованным РПЖ AR-V7 выявляется у 12% больных, а среди больных с впервые выявленным метастатическим РПЖ в 21,2% случаев. Учитывая высокую стоимость лечения ГР-РПЖ, данный маркер позволяет избежать применения препаратов неэффективных у данного конкретного пациента.

Заключення. Современные технологии позволяет ещё более точно и индивидуально подходить к лечению больного раком предстательной железы. Выбор метода терапии прежде всего должны определять индивидуальные характеристики опухоли пациента и при этом личные предпочтения врача и вопрос стоимости лечения не должны оказывать влияния на этот выбор. Но, к сожалению, индивидуальные маркеры прогноза заболевания крайне дороги и практически недоступны.

ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПСА У ПАЦІЄНТІВ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Молчанов Р.М., Пілін Є.В.

ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Простатспецифічний антиген (ПСА) використовується в якості сурогатного маркера раку передміхурової залози (ПЗ) вже протягом більше 20 років. Будучи неспецифічним показником, ПСА підданий коливанням, які можуть бути пов'язані з непухлинними станами, такими як затримка сечі, інфекція сечових шляхів, з уретральними маніпуляціями а також низкою інших клінічних ситуацій. В результаті, кількість біопсій ПЗ, які виконуються в зв'язку з підвищенням ПСА, але не підтверджують наявності раку передміхурової залози (РПЗ), залишається досить високим. Особливо проблема є актуальною для хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ), що потребують оперативного лікування.

Мета дослідження - визначення факторів ризику підвищення рівня ПСА у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози, які потребують оперативного лікування.

Матеріали та методи. Обстежено 347 хворих у віці від 47 до 77 ($68,1 \pm 6,9$) років, госпіталізованих в урологічне відділення КЗ «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня» ДОР за період 2013-2017 рр. з симптомами нижніх сечових шляхів та підвищеним рівнем ПСА. Після проведення загальноклінічного обстеження, трансректальну тонкоголкову пункційну біопсію передміхурової залози здійснювали з використанням інфільтраційної анестезії 0,25% розчином лідокаїну. Забір біоптатів проводили з 8-14 точок за стандартною схемою з використанням біопсійного апарату «FastGun» Ethicon і голок 18G. При гістологічному підтвердженні раку передміхурової залози, пацієнти отримували подальше лікування в залежності від стадії захворювання. Решта були оперовані в плановому порядку з приводу ДГПЗ. Проведена статистична оцінка впливу супутніх факторів рівень ПСА у пацієнтів з ДГПЗ. Вірогідність статистичної значущості приймалася при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. За даними біопсії, проведеної 347 пацієнтам, гістологічне підтвердження раку передміхурової залози отримано у 157 (45,2%). У 127 пацієнтів крім підвищеного рівня ПСА, визначені пальпаторні зміни у вигляді неоднорідності передміхурової залози за рахунок наявності ділянок ущільнення. З них у 106 (83,5%) виявлено рак передміхурової залози, і визначалося багаторазове по відношенню до норми (< 4 нг / мл) підвищення рівня ПСА - від 44,5 до 882,4 ($222,5 \pm 294,4$) нг / мл. Серед інших 220 пацієнтів, з пальпаторної картиною, що відповідає ДГПЗ, РПЗ було підтверджено в 51 (23,9%) випадку, при цьому сироватковий рівень загального ПСА був підвищений і склав від 5,5 до 49,1 ($16,6 \pm 9,9$) нг / мл.

З метою пошуку чинників, що впливають на рівень ПСА 190 пацієнтів з негативним результатом біопсії, проведено кореляційний аналіз. У дослідження включені такі фактори, як вік, тривалість спостереження з приводу симптомів нижніх сечових шляхів, наявність каменів сечового міхура, інфекції сечових шляхів, гострої, хронічної затримки сечі, кількості залишкової сечі, рівня креатиніну крові.

З огляду на відсутність нормального характер розподілу даних для розрахунків використовували непараметричний метод рангової кореляції Спірмена. Встановлено наявність прямого зв'язку середньої сили між рівнем ПСА і рівнем креатиніну крові ($R = 0,56$, $p < 0,05$), наявністю хронічної затримки сечі ($R = 0,51$, $p < 0,05$), прямого сильного зв'язку між підвищенням рівня креатиніну і наявністю хронічної затримки сечі ($R = 0,81$, $p < 0,05$). Отримані дані можливо інтерпретувати як те, що підвищення рівня креатиніну пов'язано зі зниженням функції нирок обумовленою інфравезикальною обструкцією. У той же час ці два фактори можуть одними з ймовірних причин, що впливають на підвищення рівня ПСА у хворих з ДГПЗ.

Висновки:

1. Частота виявлення раку передміхурової залози серед хворих, що надійшли для оперативного лікування з приводу ДГПЗ при підвищенні рівня ПСА до $16,6 \pm 9,9$ нг / мл становить 23,9%.

2. Наявність хронічної затримки сечі і підвищеного рівня креатиніну може бути чинником, що вірогідно впливає на наявність підвищеного рівня ПСА у хворих на ДГПЗ.

3. Необхідне проведення розширеного проспективного дослідження для визначення порогових значень ПСА для проведення біопсії у хворих ДГПЗ з наявністю хронічної затримки сечі і підвищеного рівня креатиніну.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ГЕРМІНОГЕННІ НЕСЕМІНОМНІ ПУХЛИНИ ЯЄЧКА ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ

Сакало А.В.

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Мета: З'ясувати об'єктивні та суб'єктивні показники психологічного і фізикального стану після діагностики і лікування хворих на герміногенні пухлини яєчка (ГПЯ).

Матеріали і методи: Опитані 97 хворих на ГПЯ в середньому через 7 років (від 3 до 19) після лікування. Основну увагу звертали на фізичний, психоемоційний і сексуальний стан. Контролем були чоловіки відповідної вікової групи.

Результати: Втрату еякуляції відмічали 62% хворих після ретроперитонеальної лімфодисекції ($p < 0.01$). На зниження фертильності скаржились 60% пацієнтів протягом 2-3 років після лікування в порівнянні з контролем ($p < 0.01$). Скарги з боку фізичного стану були присутні у 37% хворих та у 10% вони були виражені. Психоемоційний стан мало відрізнявся у хворих групи контролю до встановлення діагнозу рак яєчка. Проте, у 65% хворих спостерігали виражені емоційні проблеми під час лікування. Відчуття тривоги, безсоння мало місце у 53%, дратівливість і депресія – у 36% пацієнтів. Сексуальні розлади були у 20% чоловіків до хвороби в порівнянні з 7% контролю ($p < 0.02$). У 58% хворих під час лікування були сексуальні розлади, в основному втрата ерекції і зменшення частоти сексуальних стосунків. Сексуальні порушення асоціювались з лікувальним ефектом основного захворювання.

Висновки: Хворі на ГПЯ потребують довготривалого моніторингу негативних наслідків лікування пухлин яєчка. Розробка і впровадження сучасних протоколів лікування на основі ризик-адаптованих факторів прогнозу можуть значно зменшити рівень побічних явищ терапії і покращити якість життя пацієнтів.

ГЕНЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ У ХВОРИХ ІЗ РАКОМ СЕЧОВОГО МІХУРА

Федевич В.С., Борис Ю.Б., Макух Г.В., Пасічник С.М.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

Львівська обласна клінічна лікарня, м. Львів

ДУ «Інститут спадкової патології НАМНУ», м. Львів

Рак сечового міхура за поширеністю серед усіх онкологічних захворювань лише незначно не дотягує до ракової «топ-10», займаючи одинадцяте місце по частоті. В Україні в 2012 р. за рік зареєстровано 5198 вперше виявлених випадків захворювання на рак сечового міхура, що склало 11,4 на 100 тис. населення, в 2013р виявлено 5007 випадків вперше діагностованих пухлин сечового міхура, що склало 11,0 на 100 тис. населення [1].

Слід звернути увагу на гендерні особливості хворих, в котрих вперше виявлено пухлину сечового міхура, – у 2012 році з 5198 хворих на рак сечового міхура було 4151 чоловіків та 1047 жінок, відповідно в 2013р на 5007 вперше виявлених випадків захворювання на рак сечового міхура було 4051 чоловіків та 956 жінок, що дозволяє констатувати більше як у 4 рази частіше захворювання на дану патологію в чоловіків ніж у жінок.

Основним методом лікування хворих на поверхневий рак сечового міхура сьогодні є трансуретральна резекція стінки сечового міхура з пухлиною. Частота рецидивування захворювання після ТУР залишається високою і, за даними літератури, складає 50-70%, при цьому в 20-30% випадків рецидивні пухлини мають ознаки прогресії – зниження ступеня диференціації та збільшення глибини інвазії.[2]

Тому, пошук нових, більш досконалих маркерів, використання яких дозволить спрогнозувати протікання і визначити найбільш раціональну тактику лікування хворих на рак сечового міхура є актуальною та не вирішеною проблемою онкоурології.

Альфа-фактор некрозу пухлини (α ФНП) був ідентифікований в сироватці крові мишей. Як ендогенний тумороцидний агент, він продукується активованими під дією ендотоксинамононуклеарними макрофагами. Його характерна особливість – висока селективна токсичність по відношенні до пухлинних клітин [3]. Тумороцидний фактор не має видової специфічності і не має пошкоджуючої дії на здорові клітини.

На ранніх етапах вивчення α ФНП думали, що він виконує в організмі єдину функцію – забезпечує протипухлинний захист. Проте, поступово почали накопичуватись факти про те, що монокін викликає не тільки некроз пухлинних клітин, але й інші біологічні ефекти. Після однократних його ін'єкцій у здорових тварин відмічались підвищення температури тіла, виникав озноб, анорексія, пригнічений стан, діарея, а після курсового введення розвивалась кахексія. В доступній літературі ми не знайшли даних про розподіл частоти генотипів гену TNF-а у хворих із раком сечового міхура.

Тому, нами було сформульовано мету дослідження - вивчити частоту генотипів GG,GA,AA гену TNF-а у хворих з раком сечового міхура і розподіл генотипів в залежності від стадії та ступеня неоплазії G.

Визначено мету дослідження:

А) Виявити відмінності в розподілі частоти генотипів GG/GA/AA у хворих раком сечового міхура та у здорових осіб.

Б) Встановити поширеність генотипів GG,GA та AA в залежності від стадії та розміру пухлини (Т) та ступеня неоплазії G.

Матеріал та методи. У дослідженнях використано дані 26 хворих із раком сечового міхура, які лікувались в урологічному відділі ЛОКЛ з 2009-2015 рр. За результатами гістологічного дослідження у всіх хворих наявна перехідно-клітинна карцинома сечового міхура. Через малу вибірку хворих із плоскоклітинною карциномою сечового міхура їх не включено в дослідження. Усі випадки карцином сечового міхура були класифіковані за системою TNM відповідно до вимог Міжнародного протиракового союзу.(2)

Розподіл 29 хворих за стадіями TNM наведено в таблиці 1: в стадії T1 - 16 хворих, в стадії T2 - 11 і в стадії T3 - 2 хворих.

Із 29 хворих було 18 чоловіків та 11 жінок. Середній вік чоловіків складав $55,4 \pm 5,0$ та жінок $53,1 \pm 5,0$.

По ступеню неоплазії серед 29 хворих із PCM – G1 виявлено у 3-х пацієнтів, G2 в 22, та в 4 G3.

Праймери для ампліфікації VEGF взяті з роботи Leeetal., умови ПЛР підбиралися експериментально. Для визначення G + 405C поліморфізму ампліфіковані фрагменти довжиною 273 п.н. піддавали рестрикційному розщепленню ендонуклеазою BsmFI. Продукти рестрикції фракціонували в 2,2% агарозному гелі з бромистим етидієм і візуалізували в УФ-світлі. Генотипи VEGF ідентифікували по довжині отриманих в ході рестрикції фрагментів: GG , GC , CC

Патоморфологічне дослідження проводилось на світлооптичному мікроскопі „PrimaStar“, препарати фарбувались гематоксилін-еозином, переглядались при збільшеннях 100 та 400 разів.

Результати дослідження та їх обговорення. Як бачимо із результатів, наведених в табл.1, найчастіше у хворих із PCM в стадії T1 виявлено генотип GA – 31,03% пацієнтів, генотип GG в 24,1% випадків. Дещо рідше в стадії T2 в 20,07% хворих виявлено генотип GG гену TNF –а, в стадії T3 найчастіше виявляли генотип GG в 6,9% хворих. По мірі росту пухлини в стадії T2 генотип GG гену TNF-а виявляли рідше в 20,7%, ще рідше в цій стадії виявляли генотип GA 17,2% хворих.

Таблиця 1

Розподіл генотипів гену TNF-а у хворих на PCM в залежності від розміру пухлини

Групи	Генотипи					
	GG		GA		AA	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
T1 n=16	7	24,1	9	31,03	--	--
T2 n=11	6	20,7	5	17,2	--	--
T3 n=2	2	6,9	--	--	--	--
n=29	n=15	51,7	N=14	48,3		

Генотип AA гену TNF-а у хворих із PCM не був виявлений в жодного хворого.

В табл. 2 наведено дані поєднання ступеня неоплазії PCM (G) з генотипами гену TNF-а. Як бачимо із наведених даних, ступінь неоплазії G2 найчастіше виявляється в генотипах GG та GA – в однаковій мірі по 37,9% , неоплазію G1 виявляли частіше в генотипах GG – 6,9%, проти 3,4% в генотипі GA . Неоплазію G3 в однаковій мірі по 6,9 % виявлено у генотипах GG і GA. Генотип AA не був виявлений ні в одному з типів неоплазії G, тому визначення його при PCM є репрезентативним.

Таблиця 2

Розподіл генотипів гену TNF-а у хворих на PCM в залежності від ступеня неоплазії G

Ступінь неоплазії G	Генотипи					
	GG		GA		AA	
	абс	%	абс	%	абс	%
G1	2	6,9	1	3,4	--	--
G2	11	37,9	11	37,9	--	--
G3	2	6,9	2	6,9	--	--
n=29	n=15	51,7	n=14	48,2	--	--

В табл. 3 відображено поширеність генотипів GG ,GA та AA у хворих PCM в залежності від стадії T та неоплазії G:

Таблиця 3

Поширеність генотипів GG ,GA та AA у хворих PCM в залежності від стадії T та неоплазії G

	Генотипи					
	GG		GA		AA	
	абс	%	абс	%	Абс	%
T1G1 n=1	1	3,4	--	--	--	--
T1G2 n=13	5	17,2	8	27,6	--	--
T1G3 n=2	1	3,4	1	3,4	--	--
T2G1 n=1	--	--	1	3,4	--	--
T2G2 n=8	5	17,2	3	10,3	--	--
T2G3 n=2	1	3,4	1	3,4	--	--
T3G1 n=1	1	3,4	--	--	--	--
T3G2 n=1	1	3,4	--	--	--	--
N=29	15	51,7	14	48,2	--	--
Контроль N=50	24	48	25	50	1	2

Як бачимо із наведених даних у табл. 3, генотип GG гену TNF-а виявлено частіше у хворих PCM - в 51.7% випадків, генотип GA в 48.2%, генотип AA не виявили в жодному випадку. Співвідношення GG/GG/AA гену TNF-а у хворих на PCM склало 51,7/48,2/0, у групі здорових осіб воно склало 48/50/2. Із представлених в таблиці 3 даних випливає, що із 13 хворих у стадії T1G2 з PCM, в 8, що склало 27,6%, виявили генотип GA гену TNF-а, генотип GG виявили у 5 хворих - 17.2% по мірі збільшення стадії-T2G2 генотип GA виявили лише 3 хворих, що склало 10,3%, генотип GG залишився у межах як в стадії T1 – 17,2%. У стадії T3G1 генотип GA та AA не виявлявся, GG виявили у 3,4% хворих.

Висновки.

1. Як бачимо із наведених даних у табл. 3 співвідношення GG/GG/AA гену TNF-а у хворих на PCM склало 51,7/48,2/0, у групі здорових осіб воно склало 48/50/2.

2. При неоплазії G1 PCM генотип GG гену TNF-а виявляли частіше ніж генотип GA – відповідно 6,9% і 3,4%, при неоплазії G2 генотипи GG та GA гену TNF-а виявляли в однаковій мірі в 37,9% хворих, при неоплазії G3 генотипи GG і GA виявляли однаково в 6,9% пацієнтів. Генотип AA не виявлено в жодного хворого.

3. В стадії T1 найчастіше виявляли генотип GA гену TNF-а – в 31,03% пацієнтів, генотип GG в цій стадії – в 24,1% хворих. По мірі росту пухлини в стадії T2 генотип GG гену TNF-а виявляли рідше – в 20,7% випадків, ще рідше генотип GA – в 17,2% хворих, генотип AA гену TNF-а у хворих із раком сечового міхура не був виявлений в жодного хворого.

Література:

1. Сайдакова Н.О., Клименко І.О., Засць Ю.М. Тенденції прогнозу захворюваності на рак сечового міхура серед населення України// Здоров'я чоловіка - 2007. - № 1(20). – С.168-171.
2. Вікарчук М.В., Вітрук Ю.В., Котов В.П. « Рецидивування поверхневого раку сечового міхура»; <http://uroweb.org/guideline/non-muscle-invasive-bladder-cancer/>
3. Кевра М.К. «Медицинские новости» 1995 -№8 – 3-22

**НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ ФЕНОТИПИЯ РПЖ –
СИНОНИМ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА?**

Хареба Г.Г., Шукин Д.В., Товажнянская В.Д.

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

Иммуногистохимические методы являются важной частью исследований в онкоурологии, особенно необходимы они для фенотипирования рака предстательной железы (РПЖ). На сегодняшний день в практике используется значительное количество как диагностических, так и прогностических маркеров. Определение потенциала злокачественности, способности к метастазированию РПЖ и других свойств опухоли может оказать значительную помощь в прогнозировании течения заболевания.

Для оценки биологической агрессивности РПЖ используются иммуногистохимические исследования для определения ядерного и цитоплазматического апоптоза (bcl-2 и p53), пролиферативной активности клеток (Ki-67) и межклеточной адгезии (Е-кадгерин Е и бетакактенин), а также для определения нейроэндокринной дифференцировки опухоли (синоптофизин). Угнетение апоптоза может быть связано с высоким метастатическим потенциалом опухоли и развитием андроген-независимого РПЖ, что в сочетании с повышенной экспрессией белка Bcl-2 при РПЖ является неблагоприятным прогностическим фактором течения заболевания. Индекс Ki-67 является независимым показателем прогноза рецидива и выживаемости у больных РПЖ. По данным ряда авторов существует прямая коррелятивная зависимость между количеством опухолевых клеток, экспрессирующих Ki-67, и стадией РПЖ. Снижение экспрессии Е-кадгерина коррелирует с выживаемостью, клинической и морфологической стадией заболевания.

Во многих современных публикациях показана диагностическая и прогностическая эффективность многих иммуногистохимических маркеров. Однако, к сожалению, на сегодняшний день в нашей стране не существует комплексного подхода к ИГХ-диагностике рака и такие исследования не используются в широкой клинической практике.

Мы проанализировали современные подходы к отбору пациентов с РПЖ для лечения в рамках участия в многоцентровых клинических исследованиях. Мы отметили, что часто условием включения в протокол, является отсутствие у больного именно нейроэндокринной дифференцировки опухоли, а не каких-либо других иммуногистохимических маркеров.

Простата имеет самую крупную популяцию нейроэндокринных клеток среди всех органов мочеполовой системы. Локальная нейроэндокринная дифференцировка наблюдается практически во всех карциномах предстательной железы. Обширные и множественные скопления НЭК (нейроэндокринных клеток) были обнаружены примерно в 10% всех РПЖ. Как правило, РПЖ с участками НЭК являются низкодифференцированными опухолями. Эти новообразования являются более агрессивными и плохо поддаются гормональной терапии. Считается, что данная группа клеток первоначально является андрогеннечувствительной и рефрактерной к гормональной терапии. Выявлено, что нейроэндокринная дифференцировка является показателем возможной опухолевой прогрессии после радикальной простатэктомии и лучевой терапии. В НЭК отсутствует пролиферативная активность, что может иметь терапевтическое значение, так как известно, что цитотоксические средства и радиотерапия воздействуют преимущественно на пролиферирующие опухолевые клетки. Показано, что усиление нейроэндокринной дифференцировки увеличивает риск метастазирования опухоли и корреляционно связано с уменьшением выживаемости пациентов. Также показана строго положительная корреляция маркеров нейроэндокринной дифференцировки в сыворотке крови с наличием отдаленных метастазов.

Таким образом, наличие НЭК в РПЖ – один из наиболее значимых маркеров прогноза течения заболевания и использование его представляется ценным в развитии концепции индивидуального подхода лечения пациента с РПЖ.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ, КОГДА РПЖ НЕ ПОДТВЕРЖДЁН

Хареба Г.Г., Щукин Д.В., Ханжсин В.В., Ващенко З.В., Гарагатый А.И.

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

Вступление. Рак предстательной железы (РПЖ) – продолжает оставаться одним из наиболее распространённых онкоурологических заболеваний. Ежегодно данная патология диагностируется у более чем полмиллиона людей, что соответствует примерно одной десятой части от всех онкологических заболеваний у мужчин. Внедрение в диагностику определение уровня ПСА привело к значительному увеличению количества биопсий предстательной железы (ПЖ) и улучшению диагностики РПЖ. Мультифокальная биопсия ПЖ является хорошо отработанной методикой и имеет широкое применение. Однако при повышении ПСА, РПЖ гистологически подтверждается в 70-92% случаев (при количестве точек биопсии от 6 до 18 соответственно). Причиной этому является неспецифичность теста ПСА – повышение его уровня при незлокачественных патологических изменениях в ПЖ.

Цель. Целью работы было определить наиболее частые доброкачественные патоморфологические изменения в ПЖ, которые стали основанием для выполнения биопсии простаты.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов всех 282 трансректальных пункционных биопсий простаты, выполненных в 2016 году на базе онкоурологического отделения ОКЦУН. Средний возраст пациентов составил $65 \pm 4,3$ года. Биопсия ПЖ выполнялась по стандартным показаниям: изменения ПЖ при пальцевом исследовании, уровень ПСА выше 4 нг/мл, подозрение на РПЖ по данным лучевых методов исследования.

Средний уровень ПСА составил $15,3 \pm 5,2$ нг/мл. 146 (51,8%) пациентов имели пальпаторные изменения в ПЖ. Биопсия, выполнялась, как правило, из 8-12 точек. Для последующего анализа были отобраны случаи, когда РПЖ не был подтверждён морфологически.

Результаты. Из всего количества биопсий, диагноз РПЖ не был подтверждён в 75 (26,6%) случаев. Среди этих пациентов уровень ПСА был выше 4 нг/мл у 259 (91,8%) и составлял от 5,2 до 45 нг/мл. Пальпаторно ПЖ имела изменения характерные для РПЖ у 66 (88%) больных. У 9 (12%) пациентов биопсия выполнялась только на основании изменений, выявленных при лучевых методах обследования. После оценки результатов гистологического исследования выявлено, что в 31 случаях (41,3%) имели место гнойно-воспалительные изменения в ПЖ, гранулематозный простатит выявлен у 5 (6,7%) пациентов, у 26 (34,7%) человек диагностирована ДГПЖ с «очаговой лимфоидной инфильтрацией тканей». В остальных в 9 случаях при биопсии установлен диагноз ДГПЖ и 4 пациентам - «склероз простаты». Таким образом, в 62 случаях из 75, в ПЖ выявлены воспалительные изменения разной степени выраженности, что составляет 82,7%.

Выводы. Таким образом, наиболее частым доброкачественным патоморфологическим процессом, который имитирует клиническую картину РПЖ и приводит к выполнению «необязательной» биопсии следует признать воспалительные изменения в ПЖ различной степени выраженности.

РЕПРОДУКТИВНЕ ТА СЕКСУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я

ТЕСТИКУЛЯРНИЙ ІМПЛАНТАТ – ЕСТЕТИЧЕСКОЕ РЕШЕНИЕ ВАЖНОЙ ПРОБЛЕМЫ

Антонян И.М., Туренко И.А., Бухмин А.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

*«...Душевное состояние весьма легко
возмущается всяким кажущимся
несовершенством детородных органов, и
отсутствие яичка способно породить мысль о
половом бессилии»*

П. Заболоцкий (1848)

Введение. Отсутствие яичка в мошонке с одной либо с обеих сторон не доставляет мужчине физических неудобств, однако этот эстетический дефект затрудняет их социальную и сексуальную адаптацию. Отсутствие яичка у мужчины сравнимо лишь с отсутствием груди или матки у женщины [1]. Не смотря на то, что для оплодотворяющей способности мужчины, как правило, достаточно одного яичка, отсутствие второго, делает мошонку асимметричной, создавая косметический дефект. Данная проблема способствует развитию фобий и комплексов у мужчин, вплоть до дисморфофобии [2,3].

Отсутствие яичка может быть обусловлено различными факторами. Так нарушение эмбриогенеза является причиной врожденных аномалий, таких как крипторхизм, монорхия и анорхия. В свою очередь травмы, перекруты яичка, а также воспалительные и инфекционные заболевания, ведут к развитию его аплазии, атрофии и гипоплазии с необходимостью последующей орхидэктомии. В таких случаях, единственным способом устранения косметического дефекта мошонки является протезирование.

Протезы яичек имплантируются уже более 50 лет [4]. Впервые, данная операция была проведена Girsdansky и Newman в 1941 году. Для этого использовали имплантаты из инертного материала, представляющего собой сплав кобальта, хрома и молибдена. Впоследствии использовались протезы, изготовленные из стекла, дакрона, полиэтилена, силикона, тефлоновой пасты. В период с 1973 по 1992 годы наибольшей популярностью пользовались имплантаты, изготовленные из силикона и заполненные специальным гелем. В настоящее время существует достаточно большой выбор протезов из различных материалов. Но лучше всех зарекомендовали себя протезы, изготовленные из гипоаллергенного биополимерного материала, заполненные гелеобразным силиконом.

Протезирование яичек у детей достаточно сложная и деликатная проблема. Изучение психологического статуса больных показало, что осознание «синдрома пустой мошонки» происходит в гораздо более раннем возрасте, чем это представлялось ранее. Так, в 3-6 лет происходит влияние на сексуальную самоидентификацию. В пубертатном периоде - невозможность реализации желания «быть как все» проявляется угнетённостью, раздражительностью, легкой возбудимостью, замкнутостью, неврастеническим синдромом, астеническим симптомокомплексом с явлениями вегетативной неустойчивости, а также сексуальным неврозом [5].

В современной литературе оцениваются осложнения и удовлетворение состоянием после протезирования яичек у взрослых мужчин, которые потеряли яичко в постпубертатном периоде, когда мошонка была уже полностью сформированной. Несмотря на то, что лишь единичные исследования направлены на обсуждение и оценку состояния пациентов, которым протезирование выполнялось в детском и юношеском возрасте [6, 7], в них отражены достаточно хорошие отдаленные результаты. К одним из немногих недостатков протезирования в раннем возрасте, как правило, относят необходимость замены протеза на более крупный размер.

Материалы и методы. В период с 2005 по 2017 гг. в ОКЦУН им. В.И. Шаповала находились 52 пациента, которым была произведена имплантация протеза яичка. Возраст пациентов колебался от 13 до 18 лет. Основную группу - 48 человек - составили юноши в возрасте от 15 до 18 лет.

В 37 (66,7%) случаях причиной отсутствия яичка в мошонке явился крипторхизм, в 8 (28,6%) наблюдениях атрофия явилась следствием позднего обращения пациентов с перекрутом яичка или орхоэпидидимита, в 3 (4,8%) наблюдениях произведена двухсторонняя имплантация пациенту с гипоплазией одного и атрофией другого яичка при крипторхизме. Основным критерием отбора для проведения операции служило окончание полового созревания у пациентов, нормальное психическое состояние, а также их желание и желание родителей устранить косметический дефект мошонки. К

абсолютним протипоказанням для протезирования яичка относили психические расстройства, к относительным – воспалительные заболевания кожи мошонки, а также недоразвитие мошонки.

При проведении операции был использован тестикулярный имплантат, представляющий собой высоко полимеризированный гипоаллергенный силиконовый гель. Протез по форме, размерам и консистенции полностью соответствовал нормальному яичку. Каждому пациенту имплантат подбирался индивидуально, в соответствии размеру собственного яичка. На нижнем полюсе имплантата имеется петелька, за которую можно, не повредив протез, закрепить его с помощью шва ко дну мошонки. Эта петелька выполняет функцию gubernaculum testis - связки, которая в естественных условиях обеспечивает в процессе внутриутробного развития низведение яичка в мошонку и его фиксацию к ее дну.

Наиболее широко применялся имплантат весом 21 г и размерами 3,0 x 4,2 см. Имплантация протезов выполнялась паховым доступом. При этом полностью сохранялась целостность тканей мошонки, а так же создавалось необходимое пространство для установки и фиксации имплантата.

В 2 случаях учитывая атрофические изменения мошонки (в анамнезе у пациентов аплазия яичка) производилась 2-этапная операция. Первый этап – установка протеза яичка меньшего размера для растяжения кожи мошонки. Второй этап – постоянный имплантат (размер подбирался в соответствии с размером противоположного яичка). Это позволило избежать таких осложнений как перерастяжение и некроз кожи мошонки при имплантации.

Результаты. С диапазоном от 6 до 12 месяцев после поведения имплантации протеза яичка были обследованы 25 больных. При осмотре: мошонка симметрична, послеоперационный рубец не визуализируется. Субъективно пациенты не отмечают специфических ощущений, в целом результатом операции по устранению косметического дефекта довольны.

В послеоперационном периоде у двух пациентов наблюдалось отторжение имплантата. В дальнейшем, одному пациенту была произведена реимплантация тестикулярного протеза спустя 6 месяцев. Результат был положительным.

Обсуждение результатов. Оценивая причины ранних послеоперационных осложнений – отторжение имплантата - можно сказать, что при размещении протеза яичка в мошонке не должно быть чрезмерного натяжения тканей. В противном случае, избыточное давление имплантата на ткани мошонки вызывает их ишемию, нарушение кровообращения, некроз и омертвление тканей.

Таким образом, основываясь на клиническом опыте, мы можем сделать вывод, что имплантация протеза яичка является наиболее эффективным способом устранения эстетического дефекта мошонки, что в свою очередь облегчает социальную и сексуальную адаптацию мужчин с отсутствием одного либо двух яичек.

Литература:

1. Beer M., Kay R. Testicular prostheses // Urol. Clin. North. Am. – 1989. – Vol. 16. – P.133–138.
2. Elder J.S., Keating M.A., Duckett J.W. Infant testicular prostheses // J. Urol. – 1989. – Vol. 141. – P. 1413–1415.
3. Incrocci L., Bosch J.L., Slob A.K. Testicular prostheses: body image and sexual functioning // BJU Int. – 1999. – Vol. 84. – P.1043–1045
4. Turek P.J., Master V.A. Testicular Prosthesis Study Group. Safety and effectiveness of a new saline filled testicular prosthesis // J. Urol. – 2004. – Vol. 172. – P.1427–1430.
5. Rose M., Aberg M., Bohn J. Testicular prosthetic implants in boys and teenagers with primary or secondary anorchism. // Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand. Surg. – 2008. – Vol. 42 (2). – P.101–104.
6. Zilberman D., Winkler H., Kleinmann N. et al. Testicular prosthesis insertion following testicular loss or atrophy during early childhood – Technical aspects and evaluation of patient satisfaction // J. Pediatr. Urol. – 2007. – Vol. 3(6). – P.461–465.
7. Zaidi T., Henderson L.I., Aziz A. Testicular prosthesis, first systematic review in paediatric population // J. Pediatr. Urol. – 2009. – Vol.5, Suppl.1. – p. S80.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛЕТОК СТРОМЫ КОСТНОГО МОЗГА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Антонян И.М., Лесовой В.Н.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Харьковский государственный медицинский университет, г. Харьков

Введение. Андрогенный дефицит (АД) является весьма актуальной проблемой для значительной части мужского населения планеты. При этом нижний возрастной порог этой группы пациентов неуклонно уменьшается. Это нарушение часто сопровождается различными хроническими системными заболеваниями, а иногда – это первое проявление такой патологии, например, сахарного диабета (СД) 2 типа.

Основной причиной возникновения АД при СД 2 является снижение концентрации в сыворотке крови главного андрогена – тестостерона (Т). Доказано, что при СД содержание Т значительно ниже, чем у здоровых мужчин того же возраста.

Более высокая распространенность АД среди пациентов с СД обусловлена как различными факторами риска, так и высокой частотой сопутствующей патологии.

По мнению исследователей, причина кроется в поражении и угнетении клеток Лейдига, что проявляется снижением синтеза Т этими клетками. Кроме того, с возрастом происходит увеличение концентрации глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ).

У больных СД 2 типа, у которых заболевание сопровождается ожирением, зафиксировано значительное снижение концентрации Т, что также наблюдается у больных, получающих пероральную гипогликемическую терапию.

Доказано, что гормонзаместительная терапия (ГЗТ) в коррекции АД у больных СД 2 типа является необходимой не только для значительного улучшения качества жизни пациентов.

Однако ГЗТ, как любая терапия имеет как преимущества, так и недостатки. Терапия Т требует соблюдения определенных условий и мер предосторожности:

- осуществление мониторинга на наличие новообразований (УЗИ простаты до, во время и после курсовой ГЗТ);

- мониторинг уровней ПСА, гемоглобина и гематокрита;

- оценка активности печеночных ферментов;

- мониторинг почечных параметров.

Следует также учитывать, что применение ГЗТ не всегда допустимо. Такая терапия невозможна у пациентов при наличии:

- пограничного уровня ПСА;

- изменении консистенции предстательной железы при пальцевом ректальном исследовании;

- увеличения объема и изменении структуры предстательной железы при УЗИ;

- верифицированного рака простаты;

- андрогензависимой карциномы грудной железы;

- опухолей печени в анамнезе;

- гематокрита более 55 %;

- некомпенсированной сердечной недостаточности (прогрессирующие отеки).

- обструктивного апноэ во сне (оно может усиливаться).

Проведение ГЗТ требует постоянного поддержания определенного уровня Т медикаментозным путем, что создает неудобства для пациентов, особенно, если речь идет о мужчинах трудоспособного возраста. Таким образом, поиск альтернативных методов коррекции АД (в т.ч. при СД 2 типа) для восстановления нормального уровня Т является острой необходимостью.

Одними из наиболее перспективных путей коррекции патологических процессов являются регенеративные методы. Наиболее популярными являются использование клеток стромы костного мозга (КСКМ), т.к. они могут быть получены от взрослых особей для последующей аутотрансплантации. Хороший терапевтический эффект обусловлен высокой способностью КСКМ к пролиферации, дифференцированию, самообновлению. Логично предположить, что использование КСКМ имеет достаточно преимуществ:

- однократное введение;

- отсутствие побочных эффектов;

- нет необходимости постоянного мониторинга (биохимических показателей, инструментальных исследований).

Нами была проведена серия экспериментов, в ходе которых была оценена эффективность и безопасность интратестикулярного применения КСКМ для коррекции гипогонадизма. Было отмечено, что метод является эффективным как в коррекции дефицита Т, так и при регенерации органов репродуктивной системы.

Целью нашей работы являлось изучение эффективности и безопасности интратестикулярного введения аутологичной КСКМ в сравнении со стандартной ГЗТ для коррекции АД у мужчин с СД 2 типа в возрасте 45-59 лет.

Материалы и методы. Нами было проведено проспективное сравнительное исследование мужчин (основная группа – 20 чел.) в возрасте 45-59 лет, обратившихся к урологу в связи с АД. У всех пациентов имел место СД 2 типа и/или метаболический синдром (МС). К моменту включения в

исследование все мужчины основной группы принимали сахароснижающую терапию. Контрольную группу составили 20 практически здоровых мужчин, уровень Т у которых находился в пределах возрастной нормы (выше 6 нмоль/л), у всех был исключен СД 2 типа и/или МС. Исследование продолжалось 24 нед.

20 пациентов основной группы (СД 2 типа/МС + АД) были распределены в 2 подгруппы в зависимости от методики коррекции АД: 1 получала стандартную ГЗТ, 2 – аутологичные КСКМ. ГЗТ проводилась с использованием препарата Небидо, раствор для инъекций, 250 мг/мл, по 4 мл в/м, производства Байер Фарма АГ, Германия. Пациенты данной группы получали 1ю инъекцию на 1 неделе исследования, 2ю инъекцию – на 12 неделе.

Аутологичные КСКМ больные получали согласно разработанной методики.

Эффективность проводимой терапии АД оценивалась по следующим показателям: содержанию Т общего, ГСПГ, андрогенному индексу (АИ), СД/МС – по уровню глюкозы в крови, HbA1c, холестерина, безопасность оценивали по изменению общего ПСА.

КСКМ вводили пациентам билатерально интратестикулярно.

Результаты и обсуждения.

Таблица 1

Результаты применения ГЗТ для коррекции АД у больных СД 2 типа

	Т общий, нмоль/л	ГСПГ, нмоль/л	АИ	Глюкоза крови, ммоль/л	HbA1c, %	Холесте- рин, ммоль/л	ПСА общий, нг/мл
здоровые n=20	16,7±1,8	55,5±5,8	36,9±7,9	5,1±0,2	5,2±0,1	5,0±0,3	1,5±0,2
МС/СД 2, n=10	4,1±0,4 ¹	128,8±9,3 ¹	3,5±0,6 ¹	10,7±0,8 ¹	12,4±1,1 ¹	8,0±0,3 ¹	2,0±0,2
ГЗТ, (через 4 нед. после 1й инъекции), n=10	9,9±0,7 ^{1,2}	87,2±5,7 ^{1,2}	11,8±1,1 ^{1,2}	8,2±0,4 ^{1,2}	9,5±1,0 ¹	7,3±0,3 ^{1,2}	1,8±0,2
ГЗТ, (12 нед. после 2й инъекции), n=10	15,9±1,0 ^{2,3}	70,7±5,8 ²	23,9±2,6 ^{2,3}	7,4±0,4 ^{1,2}	8,2±0,6 ^{1,2}	6,8±0,2 ^{1,2}	1,8±0,2
ГЗТ, (24 нед. после 3й инъекции), n=10	17,0±0,7 ²	65,2±5,4 ²	27,7±2,6 ²	7,2±0,3 ^{1,2}	7,7±0,4 ^{1,2}	6,4±0,2 ^{1,2}	1,8±0,2

¹ - достоверное отличие от группы здоровых;

² - достоверное отличие от группы МС/СД;

³ - достоверное отличие между группой ГЗТ-4 нед. и группой ГЗТ-12 нед.;

⁴ - достоверное отличие между группой ГЗТ-12 нед. и группой ГЗТ-24 нед.

Таблица 2

Результаты применения КСКМ для коррекции АД у больных СД 2 типа

	Т общий, нмоль/л	ГСПГ, нмоль/л	АИ	Глюкоза крови, ммоль/л	HbA1c, %	Холестерин, ммоль/л	ПСА общий, нг/мл
здоровые n=20	16,7±1,8	55,5±5,8	36,9±7,5	5,1±0,2	5,2±0,1	5,0±0,3	1,5±0,2
МС/СД 2, n=20	3,9±0,4 ¹	108,9±7,7 ¹	3,7±0,4 ¹	10,7±0,8 ¹	12,2±1,2 ¹	8,0±0,3 ¹	1,8±0,2
КСКМ 4 нед., n=10	9,9±0,8 ^{1,2}	85,7±6,4 ^{1,2}	12,7±1,9 ^{1,2}	9,1±0,5 ^{1,2}	9,6±0,9 ¹	7,3±0,3 ¹	1,7±0,2
КСКМ 12 нед., n=10	13,4±0,7 ^{2,3}	78,2±5,5 ^{1,2}	18,5±2,0 ^{1,2}	8,4±0,4 ^{1,2}	8,2±0,5 ^{1,2}	6,7±0,2 ²	1,7±0,1
КСКМ 24 нед., n=10	14,0±0,6 ^{1,2}	73,8±5,8 ^{1,2}	20,5±2,3 ²	8,2±0,3 ²	7,9±0,5 ²	6,1±0,4 ^{1,2}	1,6±0,1

¹ - достоверное отличие от группы здоровых;

² - достоверное отличие от группы МС/СД;

³ - достоверное отличие между группой КСКМ-4 нед. и группой КСКМ -12 нед.;

⁴ - достоверное отличие между группой КСКМ -12 нед. и группой КСКМ -24 нед.;

Выводы. Нормализация уровня Т способствует достоверным позитивным сдвигам показателей СД/МС уже в первые 4 недели сочетанной терапии.

В подгруппе ГЗТ курс лечения включал 2 последовательные инъекции Т, с интервалом в 12 нед., что обеспечивало стабильную положительную динамику на протяжении всего исследования. Следует отметить, что достоверное увеличение степени компенсации показателей СД/МС уже с 4 нед. в обеих подгруппах от начала терапии является серьезным фактом в пользу внедрения обязательного контроля обмена Т у всех пациентов с СД/МС.

В подгруппе КСКМ особо следует отметить более быстрое (4 нед.) начало процесса роста Т в сыворотке крови; на фоне снижения ГСПГ. Эта тенденция сохранилась и после 12 нед., тогда как в подгруппе ГЗТ для этого понадобились повторные инъекции тестостерона ундеканата.

Побочные эффекты терапии не были зафиксированы.

НЕГАТИВНИЙ ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА СТАН КРОВОПОСТАЧАННЯ ЯЄЧОК У ЧОЛОВІКІВ

Баранник С.І., Панікова Т.М., Бараннік К.С.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Вступ. Ще у 60-х роках ХХ століття вчені всього світу дійшли до однозначного висновку: тютюновий дим відноситься до універсальних факторів особого ризику розвитку найбільш тяжких захворювань, в першу чергу онкологічних і серцево-судинних [2, 5]. До складу тютюнового диму входить до 3000 хімічних речовин, які мають пошкоджувати живі тканини. Особливо слід відзначити: тютюновий дьоготь, який утворює смоли та близькі до них сполуки; нікотин; високотоксичні сполуки і гази; окись вуглецю, амміак, синильну кислоту; окиси азоту та інші. , навіть серед жінок та підлітків. Не зважаючи на те, що сам факт тютюнопаління у світі визнаний як шкідливий, ця пагубна звичка залишається достатньо розповсюдженою [5]. Одні починають палити за статусом, інші за компанію, треті – «тому що це є модним». Проте, не всі зважають на те, що тютюнопаління несе не тільки «моральне задоволення» (знімає стрес, допомагає знизити вагу тощо), але й спричиняє достатньо незворотні шкідливі впливи на стан здоров'я. На сьогодні достатньо доведений вплив тютюнопаління на стан статевої системи чоловіків і особливо її репродуктивної функції [3, 4]. Під шкідливим впливом перебуває і стан ерекційної функції чоловіків. До факторів ризику, які безпосередньо впливають на частоту розвинення ерекційної дисфункції, за даними «Массачусетського» дослідження поряд із хронічними захворюваннями, хірургічними втручаннями і травмами статевих органів у чоловіків, використанням деяких фармакологічних препаратів, зловживанням алкоголю було відзначено тютюнопаління [3]. Негативні наслідки його впливу на стан сперматогенного епітелію та ендокринні клітини підтримуються порушеннями локального кровообігу [4].

Мета дослідження: визначити ступінь впливу тютюнопаління на стан кровообігу яєчок.

Матеріал і методи. Методом реотестікулографії був досліджений кровообіг яєчок у 40 відносно здорових чоловіків у віці від 18 до 23 років, 20 із них палили (І група) протягом 1-5 років. За контроль діяли інші 20 осіб (ІІ група), що не мали такої звички. Реограми оцінювали якісно (за формою кривої та фактом присутності додаткових хвиль) і кількісно (за базисним співставленням тканин елементів сім'явиносного канатика), які свідчили про наявність або відсутність їх набряку та за показником кровонаповнення, який визначали співвідношенням величини амплітуди основної реографічної хвилі до тривалості анакротичної фази (у %). На правому і лівому яєчках проведена однакова кількість реографічних досліджень.

Результати та їх обговорення. Дослідження проводили особам І групи до та після викурювання 1 сигарети. Перед викурюванням якісна оцінка реотестікулограм показала, що у 10 чоловіків (50%) був відзначений утруднений венозний відтік крові на тлі підвищення судинного тону, у 5 чоловіків (25%) на реотестікулограмі була відзначена атонія артеріальних судин, у 5 чоловіків (25%) – реотестікулограми відповідали контрольним. Проте, слід зазначити, що тривалість тютюнопаління у них не перебільшувала 2 років, кількість викурених сигарет на перебільшувала 8-10 на добу. Кровонаповнення правого яєчка було зменшене у 1,8 разів у 10 чоловіків (50%), лівого – у 2 рази у 8 чоловіків (40%) на тлі зниження амплітуди основної реографічної кривої. Зправа і зліва було відзначено зниження тону судин у 1,7-1,8 разів, загальний супротив тканин сім'явиносного канатика збільшений у 1,4 разів, правого яєчка – у 10 чоловіків (50%), лівого – у 9 (45%), що свідчило про присутність помірного набряку тканин елементів сім'явиносного канатика.

Після викурювання 1 сигарети якісна оцінка реотестикулограм чоловіків I групи показала, що у 18 чоловіків (90%) були помітні відмінності від контрольної групи. Так, у 9 чоловіків (45%) були ознаки утрудненого венозного відтоку крові але із збереженим тонусом артеріальних судин. У 9 осіб (45%) відзначений нестійкий судинний тонус. У 2 чоловіків (10%) реотестикулограми відповідали таким у групі контролю. Кровонаповнення правого яєчка було значно зменшене у 12 чоловіків (60%), майже у 2,7 разів за рахунок зниження амплітуди основної реографічної кривої. Набряк тканин елементів сім'явиносного канатика у 1,6 разів визначався у 11 чоловіків (55%) на тлі високого тонусу артеріальних судин. Значне порушення кровонаповнення лівого яєчка (майже у 3,5) відзначене у 16 чоловіків (80%) за рахунок зниження висоти основної реографічної кривої. Набряк тканин елементів сім'явиносного канатика у 1,4 разів був відзначений у 14 чоловіків (70%) на тлі підвищення тонусу артеріальних судин.

Висновки. Отримані дані свідчать, що тютюнопаління завдає шкоду стану кровообігу в яєчках чоловіків. При цьому порушується не тільки кровопостачання яєчок, але й виникає набряк тканин елементів сім'явиносних протоків, що негативно може вплинути на розвиток порушень статевої функції (еректильна дисфункція, репродуктивна функція).

Література:

1. Баранник С.І. Андрологічні аспекти хірургічного лікування пахвинних гриж у чоловіків / С.І. Баранник, Т.М. Панікова, В.В. Задорожний // Здоров'я людини. – №2 (57). – 2016. С. 125-127.
2. Баранник С.І. Тютюнопаління як негативний фактор порушення кровопостачання яєчок у чоловіків / С.І. Баранник, Т.М. Панікова, Г.І. Тітов // Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної медицини: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 23-24 червня 2017 р.). – Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2017. – 104 с. – С. 11-13.
3. Горпинченко І.І. Ерективна дисфункція / І.І. Горпинченко, Я.О. Мирошников. – Львів, Медицина світу, 2003. – 88 с. – с. 7.
4. Горпинченко І.І. Мужське безпліддя: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика і методи лікування / І.І. Горпинченко, В.П. Стусь, Д.І. Малышкін, Н.Ю. Полюн. – Дніпр: ООО «Акцент ПП», 2016. – 344 с. – С. 33-34.
5. Сахарова Г.М. / Г.М. Сахарова, Н.С. Антонов, С.А. Андреева // Респираторная медицина. – М: Издательская группа «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – С. 471-476.

КАК СТАНОВЯТСЯ МУЖЧИНАМИ В РАЗНЫХ КУЛЬТУРАХ

Бухмин А.В., Россихин В.В., Суманов С.В., Мамедов Ф.С.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Инициация - это обязательно испытание, ритуальный момент психического и физиологического страдания, пройдя через который, вчерашний ребенок становится полноправным членом общества. Без прохождения этого обряда невозможна полноценная жизнь молодого мужчины во многих обществах, от развитых до первобытных. И если в нашей культуре, инициация мужчины обычно ограничивается выдачей аттестата в школе, то у других народностей, все гораздо интереснее. В настоящем сообщении собраны шесть самых странных обрядов посвящения мальчика в мужчину, от укуса муравья до ритуального подвешивания и даже бейс-джампинга.

1. Попытки индейцев Северной Дакоты. Коренные американцы из штата Северная Дакота ежегодно устраивают религиозную церемонию под названием Окира, во время которой парней, достигших пятнадцатилетия подвергают весьма неприятным процедурам. Их подвешивают на веревках, надрезают кожу и вставляют туда деревянные шампуры. Подросток должен провисеть в подвешенном состоянии целый день. Таким образом индейцы выясняют стойкость духа и терпимость к боли, что впоследствии сильно влияет на положение мужчины в племени.

2. Бейсджампинг на архипелаге Вануату. Каждый апрель мужчины маленького архипелага Вануату в южной части Тихого океана собираются для того, чтобы подвергнуть своих юношей серьезному испытанию. Сначала они строят башню высотой около 100 метров. Мальчики в возрасте от пяти лет забираются на башню, привязывают к ногам веревку из виноградной лозы и прыгают вниз. Идея состоит в том, чтобы приблизиться к земле максимально близко, при этом не погибнуть и сохранить присутствие духа. Процент смертности во время ритуала пугает, но несмотря на это, так продолжается уже пятнадцать веков кряду.

3. Инициация по-спартански. Любой, кто смотрел «300 спартанцев» знает, что в Спарте жили очень суровые мужчины. Но мало кто знает, что у подростков Спарты существовал один весьма интересный ритуал. Мальчик, достигнув определенного возраста, получал право совершить свое первое убийство. Обычно жертвой становился первый попавшийся раб или странник.

4. Схватка со львом. У племени масаи, обитающего на территории нынешних Кении и Танзании, существует элитный класс воинов, которые пользуются особым почтением. Но для того чтобы стать одним из таких суперсолдат, воин обязан был быть обрезанным и еще убить своими руками льва. Сейчас закон запрещает убивать львов, поэтому «настоящих мужчин» у масаи поубавилось.

5. Галлюциногенное посвящение алконгинов. Даже закаленные ветераны психонавтики вряд ли бы выдержали то, что приходится пережить подросткам племени алконгинов в Северной Америке. Юношей кормили смесью растительного происхождения *wusossap*, которая являлась сильнейшим токсином и галлюциногеном. Основная мысль обряда инициации заключалась в том, чтобы лишить мальчика памяти о детстве, тем самым переведя его в разряд настоящих мужчин.

6. Укус муравья в племени Катер-Мави. Племя Катер-Маве в Амазонии справляется с юношеским максимализмом весьма радикальным способом. Дело в том, что на землях, где проживает племя водятся опасные и ядовитые муравьи, которые способны ужалить человека и вызвать у него нервный паралич. Обряд инициации для юношей племени состоит как раз в том, чтобы выдержать боль от укуса муравья, не подав виду. Как только мальчик переносит это обряд, он официально считается полноправным членом племени и признанным охотником и авторитетом.

НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РЕКУРРЕНТНОЙ ДИЗУРИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Гарагатый И.А., Андреев С.В., Логвиненко И.В., Ольховская А.А.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

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

Урогинекологическая практика изобилует пациентками репродуктивного возраста, перманентно предъявляющими жалобы ирритативной направленности, которые обычно интерпретируются как проявления банального цистита/уретрита с соответствующим антибактериальным лечением.

Парадокс заключается в том, что стандартная терапия, как правило, обеспечивает позитивный, но непродолжительный эффект и такого рода особы нередко становятся завсегдатями консультативных приемов и «головной болью» практикующих врачей. При этом в большинстве своем комплексное обследование не обнаруживает значимых функциональных, микробиологических или анатомических нарушений мочевыводящих путей, что привносит диссонанс в трактовку диагноза.

За последние годы достигнут вполне определенный прогресс в понимании механизмов развития этого изнуряющего молодых женщин страдания. Рядом исследований, в том числе, выполненных в Харьковском областном клиническом центре урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала (ХОКЦУН), доказано, что основе инициации заболевания и его рекуррентного течения лежит своеобразная вариация топографии наружного отверстия уретры по отношению к преддверию влагалища: так называемая вагинальная эктопия дистальной уретры и ее гипермобильность, чаще за счет выраженных уретро-гименальных спаек – остатков гимена. Это обуславливает избыточное участие дистальной женской уретры в половом процессе и секс-индуцированный рефлюкс кислого (рН 3.8-4.0) влагалищного содержимого в ее просвет, что сопровождается, помимо сугубо механического и химическим раздражением рецепторного аппарата уретры (рефлюкс-уретрит), эпителий которой адаптирован к кислотности мочи (рН 5.0-7.0). При этом ирритативная симптоматика обычно не сопровождается существенными лабораторными изменениями (асептический уретрит/цистит) – рекуррентная дизурия (РД). Кроме того, указанные анатомические предпосылки создают условия к супранормальному интракоитальному реинфицированию нижних мочевых путей женщины влагалищной флорой и рецидивам восходящего цистита/пиелонефрита.

Понимание указанных патологических механизмов способствовало выработке эффективных мер лечебно-профилактической помощи такого рода женщинам, вплоть до хирургической коррекции (транспозиции уретры). В ХОКЦУН им. В.И. Шаповала длительное время последовательно применяется поведенческая терапия, а при ее неэффективности – хирургическое лечение (оригинальная методика транспозиции дистальной уретры без необходимости ее циркулярной мобилизации), целью которых является уменьшение влияния секс-индуцированного уретрального рефлюкса и соответственно – предупреждение дальнейших рецидивов заболевания. Причем именно поведенческая терапия, в силу ее простоты и доступности, является ведущей лечебно-профилактической методикой – 230 (86,8%) наблюдений с 2009 года (эффективность на уровне 80-90%), а хирургическая коррекция – лишь крайней мерой воздействия – 35 (13,2%) наблюдений (эффективность практически 100%).

В основе поведенческой терапии лежат сугубо профилактические моменты, снижающие вероятность уретрального рефлюкса, его интенсивность и последствия. Принципиальными

моментами поведенческой терапии являются: 1) информированность пациентки о наличии у нее индивидуальной предрасположенности к РД (это зачастую позволяет вернуть женщину из «зазеркалья сомнений» в реальность, восстановить психологическое состояние и доверие в семье); 2) коррекция сексуальных паттернов и гигиены – нивелирование дополнительных факторов и раздражителей, способствующих микробному обсеменению и дизурии; 3) уменьшение степени вовлеченности дистальной уретры в сексуальные атаки – инертные смазки; 4) обязательное посткоитальное мочеиспускание – вымывание потоком мочи, попавших в уретру влагалищных выделений; 4) местное использование антибактериального крема после полового контакта для максимального уничтожения бактериальной флоры в месте внедрения (альтернатива профилактическому приему антибиотиков) – 2 месяца постоянно, затем – по мере надобности (определяется женщиной, например, избыточно интенсивный половой контакт, перверсии, перименструальный период и т.д.); 5) восстановление естественного микробиоценоза влагалища – снижение степени агрессивности микробного пула.

К особым анатомическим условиям, способным обусловить чрезмерную вовлеченность дистальной уретры женщины в половой процесс, можно отнести «узкий» интроитус (ригидный гимен, высокую промежность и др.), то есть своеобразное несоответствие размеров гениталий половых партнеров, как проявило, вначале сексуального континуума девушки («цистит медового месяца»), проходящих в процессе адаптации женщины к сексуальной активности. Возможно влияние и таких провоцирующих моментов, как вагинизм (болезненный спазм мышц влагалища, брюшной стенки, бедер, тазового дна), неопытность полового партнера и других, трудно учитываемых причин и паттернов сексуального поведения, способных повлечь диспареунию и дизурию. Для женщин этой категории так же вполне рационально применение элементов поведенческой терапии.

Интересно, что в процессе изучения проблемы, была выделена особая категория молодых женщин (порядка 20% от числа обращений), довольно длительно страдающих РД, но не имеющих никаких явных анатомических предпосылок для ее возникновения. Тщательный опрос показал, что их объединяет избыточная увлеченность проблемой собственной чистоплотности и применение для ее достижения множества различных дезодорирующих и дезинфицирующих средств личной гигиены.

Подобного рода особы, мотивированные «нескончаемой борьбой» с собственными влагалищными выделениями, постоянно (по несколько раз в день) тщательно моются обычными средствами гигиены или применяют для этого разнообразные антибактериальные прописи, особенно, содержащие в составе молочную кислоту, реже щелочи и дубильные вещества (хозяйственное мыло, дегтярное мыло и др.). Причем в последнее время это явление, в том числе вследствие агрессивной телевизионной рекламы, приобрело черты массовости.

Являясь интимным атрибутом современной женщины, подобные гигиенические средства могут провоцировать назойливую дизурию и вульводинию, вследствие неадекватных осцилляций кислотно-основного баланса в месте применения и химического раздражения, а так же способствовать селекции агрессивного микробного пула, в особенности кислотоустойчивых форм бактерий влагалищной и кишечной групп. Долговременное воздействие органических кислот или щелочей, а так же продуктов жизнедеятельности микроорганизмов, способно с течением времени повреждать поверхностный защитный барьер эпителиальных покровов, в том числе дистальной уретры, усиливать десквамацию, нарушать образование секреторного компонента, необходимого для конденсации IgA в полимерную функционально активную форму.

Сказанное во многом справедливо и в отношении избыточной частоты и тщательности интимной гигиены, а так же для употребления дубильных, вяжущих и разнообразных дезодорирующих прописей (кора дуба, отвар ромашки и др.). Помимо сугубо механических микротравм, это может вызвать избыточную сухость в области преддверия влагалища (чем то сходную с периодом климакса), раздражение рецепторного аппарата и повышенную травматичность полового контакта (теряется эффект смазки). Были зарегистрированы случаи развития ирритативной симптоматики и вульводинии при постоянном использовании женщиной интравагинальных тампонов, посткоитальных спермицидов (нарушение микробиоценоза влагалища), а так же при повседневном ношении тесного и стрингоподобного интимного белья.

Как правило, прослеживалась связь между началом применения «необычных» гигиенических средств и временем возникновения дизурии. Причем «простое» прекращение их использования или коррекция гигиенических излишеств, обычно влекло «быстрое» клиническое выздоровление женщины (дифференциальный признак).

Таким образом, причинные факторы, способные обусловить развитие рекуррентной дизурии, вульводинии и диспареунии у молодых современных женщин могут быть весьма разнообразными и чаще имеют исходную неинфекционную природу. Их выявление и устранение открывает путь к успешному лечению и возможно лишь при условии доверительных отношений между врачом и пациенткой.

Легче всего назначить антибактериальные препараты широкого спектра действия и получить позитивный эффект, зачастую временный. Но в этом случае можно получить и «головную боль» в виде пациентки – завсегдатая консультативного приема с претензией, что назначенное лечение мало помогает, подвергаемую множеству неоправданных диагностических и лечебных процедур, консультаций смежными специалистами, в конечном счете, причисленную к разряду «уретральных ипохондриков» и оставленную один на один со своей проблемой. Оно Нам надо?

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ТИВОРТИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ У МУЖЧИН

Горпинченко И.И., Гурженко Ю. М., Спиридоненко В.В.

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Вступление. Разработка актуальных вопросов этиологии, патогенеза, диагностики и лечения мужского бесплодия считается приоритетным направлением современной науки в связи с тем, что отмечается стойкая тенденция к увеличению количества бесплодных мужчин.

Этиологическим факторами мужского бесплодия являются: воспалительные урогенитальные заболевания, врожденный или приобретенный гипогонадизм, варикозное расширение вен семенного канатика, крипторхизм и многие другие. В последние годы внимание исследователей привлекают инфекционные заболевания, передающиеся половым путем (возбудителями которых являются хламидии, микоплазмы, вирусы) и их отрицательное влияние на сперматогенез.

Экскреторно-токсическое бесплодие (ЭТБ) представляет собой чаще всего одно из последствий воспалительного процесса в органах мужской половой сферы [1, 2, 3, 4, 7, 8]. Наиболее частой причиной этой патологии является хронический простатит и его осложнения [1, 5, 8]. Ввиду сложившейся демографической ситуации на Украине в последние годы, когда смертность населения преобладает над рождаемостью, профилактика и лечение нарушений репродуктивного здоровья приобретает особенную социальную ценность [1, 2, 6, 8].

Этими особенностями протекания заболевания, а также сравнительно низкой эффективностью лечения ЭТБ, обуславливается необходимость поиска новых средств, улучшающих качество эякулята у мужчин [8]. Важным представляется поиск медикаментов естественного происхождения, каким больные часто отдают предпочтение перед продукцией химического синтеза [1, 8].

На основе этих положений нами предпринято клиническое испытание эффективности препарата **"ТИВОРТИН"** производства **«ЮРИЯ-ФАРМ» (Украина)** - препарата, действие которого обусловлено эффектом L-аргинина. Накоплено много данных касающихся благоприятного воздействия препаратов, содержащих L-аргинин при гиперхолестеринемии, гипертонической болезни, стенокардии, хронической сердечной недостаточности, у больных после аорто-коронарного шунтирования и другой сосудистой патологии.

Было установлено, что ключевым веществом, влияющим на кровоток во многих органах человека, является оксид азота (NO). Снижение способности эндотелиальных клеток к выработке NO зачастую является основной причиной развития изменений как функционального, так и органического характера. Оказалось, что неспособность клеток к продукции NO приводит к нарушению кровотока и снижению функции соответствующих органов. Заболевания этих органов объединили общим названием – эндотелиальная дисфункция. К ней могут быть отнесены: ЭД, сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца), цереброваскулярная патология, атеросклероз периферических сосудов, метаболические нарушения (гиперхолестеринемия, гипергликемия, сахарный диабет II типа и его осложнения), нарушение репродуктивной функции и др.

Установлено, что синтез NO происходит во всех эндотелиальных клетках (в том числе и в эндотелии кавернозных тел) из L-аргинина при действии фермента эндотелиальной NO –синтазы (э NOC, NOC3). Путем достаточно сложных биохимических реакций NO в конце концов опосредованно релаксирует гладкомышечные клетки, что приводит к вазодилатации и улучшению кровоснабжения соответствующих органов.

Одним из возможных путей устранения эндотелиальной дисфункции является усиление синтеза NO из L-аргинина. Последний является основным субстратом для синтеза NO. L-аргинин является важным фактором метаболических процессов в репродуктивных органах мужчины.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности L-аргинина (препарат тивортин аспартат фирмы «Юрия-Фарм») при ЭТБ.

Препарат можно использовать для улучшения качественных показателей спермы (подвижность, концентрация и количество сперматозоидов), улучшения микроциркуляции в половых органах; усиления либидо, эректильной и эякуляторной функции мужчин.

Все больные соответствовали критериям включения/исключения в исследование.

Критерии включения: амбулаторные пациенты; возраст больных от 25 до 40 лет; наличие ЭТБ; отсутствие обострения хронических воспалительных заболеваний половых органов; наличие информированного согласия на проведение исследования.

Критерии исключения: регулярный приём лекарственных средств, приводящих к развитию нарушению репродуктивного здоровья в течение периода исследования; одновременный приём других препаратов, предназначенных для лечения ЭТБ; наличие у пациента заболеваний, передающихся половым путём; больные с декомпенсированными заболеваниями, которые могут повлиять на проведение исследования; больной с гиперчувствительностью к любому из компонентов препаратов, применяемых в исследовании; пациенты, участвующие в других клинических исследованиях в течение последнего месяца или в настоящее время.

Материалы и методы. Клинико – лабораторно исследовано 102 больных с ЭТБ. Все больные на 1 этапе лечения получали традиционную комплексную патогенетическую и этиологическую противовоспалительную терапию. 72 больных на втором этапе лечения получали дополнительно препарат ТИВОРТИН АСПАРТАТ по 5 мл 3 раза в день (1 группа) на протяжении 4-х недель. На 2 этапе стимуляции сперматогенеза и подвижности сперматозоидов 30 больных (2 группа) получали традиционную терапию.

Для диагностики ЭТБ и контроля за результатами противовоспалительного лечения использованы общепринятые методы клинического и лабораторного урологического и микробиологического контроля. На 2 этапе лечения оценивались качественные и количественные показатели спермограммы.

Контроль лечения проводился перед началом лечения и через 3 мес.

Результаты и их обсуждение. Анализ основных показателей спермограммы у больных ЭТБ в процессе лечения показал следующее (таблица 1).

Таблица 1

Основные показатели спермограмм у больных ЭТБ в процессе лечения

Показатели (норма)	1 группа (n=72)		2 группа (n=30)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Объем, мл (1-7)	2,8±0,3	3,3±0,3	3,5±0,5	3,6±0,5
Концентрация в 1 мл (>20-60)	25,4±2,1*	47,3±3,2*	34,1±1,8*	42,0±1,9*
Подвижность (>40-60)	32,3±2,2*	52,5±2,4*	32,3±2,3	34,2±2,2
Количество живых (>70-80)	36,3±4,1	48,9±2,8	39,9±3,1	44,25±2,6
Патологические формы (<40)	50,2±2,5	23,1±1,2	46,3±2,3	39,3±2,2

Примечание: * - достоверность разницы между показателями до и после лечения $p < 0,05$.

Таблица 1 свидетельствует о наличии хотя и достоверно не подтвержденных, но достаточно выраженных тенденций к увеличению объема эякулята и уменьшению времени разжижения, что указывает на заметный деконгестивный эффект изучаемого препарата. У всех пациентов после месячного приема препарата достоверно увеличилось количество сперматозоидов в одном миллилитре. Причем, после лечения эти показатели практически не отличались от показателей контрольной группы. Процентное содержание активноподвижных и живых сперматозоидов также достоверно повысилось и достигло уровня здоровых фертильных мужчин.

При исследовании пиоспермии в динамике выявлено ее исчезновение у больных клинической и контрольной групп соответственно у 46 (88,5%) из 52 больных и 14 (73,7%) из 19 пациентов.

Для оценки состояния биохимических процессов в предстательной железе при ЭТБ было проведено исследование концентрации фруктозы и лимонной кислоты в эякуляте у больных обеих групп в динамике (Табл. 2).

Таблиця 2

Концентрація фруктози і лимонної кислоти в еякулаті

Показатели (норма)	1 група (n=72)		2 група (n=30)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Фруктоза (ммоль/л) 15,00±2,00	10,12±1,25	16,06±1,61*	13,27±2,03	14,44±1,47
Лимонная кислота (ммоль/л) 30,00±3,90	19,57±2,406	27,26±1,88*	19,92±2,57	25,88±2,49*

Примечание: * - достоверность разницы между показателями до и после лечения $p < 0,05$.

У больных, которые получали ТИВОРТИН, наблюдается более выраженное улучшение концентрации фруктозы и лимонной кислоты.

В течение всего курса лечения препарат отличался относительно хорошей переносимостью. У двух из 72 пациентов (2,8%) клинической группы отмечались незначительные побочные явления в виде тошноты и головной боли, которые носили временный характер позволяли продолжать лечение. После перерыва в приеме препарата они исчезли самостоятельно без дополнительной медикаментозной коррекции.

Таким образом, опыт клинического применения препарата ТИВОРТИН при экскреторно-токсическом бесплодии у мужчин, обусловленном хроническим простатитом дает основание полагать целесообразность включения его в комплексную терапию.

Выводы

1. ТИВОРТИН является эффективным препаратом при лечении экскреторно-токсического бесплодия у мужчин, обусловленного воспалительными заболеваниями мужской половой сферы. При использовании препарата клиническая эффективность курса лечения возросла на 18,2% по сравнению с контрольной группой. Препарат хорошо переносится и обладает минимальными побочными эффектами, что указывает на терапевтическую ценность препарата.
2. Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат ТИВОРТИН для комплексного лечения ЭТБ, обусловленного хроническими неспецифическими заболеваниями мужской половой сферы.

Литература:

1. Сексологія і андрологія. Під ред. акад. О.Ф.Возіанова та проф. І.І.Горпинченка // Київ: Здоров'я.- 1996.
2. Горпинченко І.І. Дранник Г.М. Імшинецька Л.П. Бойко М.І. Гурженко Ю.М. Судариков І.В. Використання імунотропних методів в лікуванні хворих хронічним простатитом // Методичні рекомендації.- Київ.-1994.
3. Мавров Г.И. Урогенитальные инфекции и бесплодие// Методические указания для врачей-интернов.- Харьков.- 1994.-12 с.
4. Ильин И.И. Негонококковые уретриты у мужчин// 2-е изд. перераб. и доп.- М. Медицина.- 1993.- 256 с.
5. 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.
6. Адашкевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. Руководство для врачей.- Москва: Медицинская книга.- 1999.- 416 с.
7. Скрипкин Ю.К., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. Болезни, передающиеся при половых контактах// М.: Медицина.- 1985.- 284 с.
8. Горпинченко И.И. Роль хронического простатита в этиологии мужского бесплодия// Здоровье мужчины.-2002.-№3.- С.58-60

МЕТА-АНАЛІЗ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ ВИКОРИСТАННЯ ПРАПАРАТУ УДЕНАФІЛ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЕРЕКТІЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ

Гурженко Ю.М.

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Вступ. Еректильна дисфункція (ЕД) (від лат. erectus — «вертикально стоячий») або інакше імпотенція (лат. impotens — «статеве безсилля», «слабкість») — порушення статевої функції у чоловіків, що характеризується неспроможністю досягти та утримувати ерекцію статевого члена під час сексуального збудження, достатню для проведення задовільного статевому акту [1,2,3,4]. Необхідно зазначити, що термін «імпотенція» на сьогоднішній день вважається застарілим і офіційно виключений із загального медичного реєстру захворювань з деонтологічних міркувань.

ЕД завжди сприймається як пацієнтами, так і їх сексуальними партнерками як серйозна проблема, що може загрожувати якості життя, психосоціальному і емоційному самопочуттю та партнерським відносинам в довгостроковій перспективі.

Згадки про ЕД зустрічаються ще в стародавніх єгипетських папірусах, а також в міфах і легендах. Приблизно в 400 р. до нашої ери основоположник медицини в Древній Греції Гіпократ

відмічав, що конституційні елементи тіла є важливим фактором що впливає на силу статевого потягу - лібідо. Він також припускав, що "надмірна зацикленість чоловічими обов'язками і відсутність жіночої привабливості" є причинами розвитку імпотенції, що відповідає і сучасним умовам.

В медичному словнику-довіднику Copland (1859) як причини розвитку еректильної дисфункції перераховані невпевненість у своїх можливостях, ревнощі, сором, ненависть. Древньоримський лікар Гален писав про вплив психічних факторів на можливість розвитку ЕД. Він називав психогенну ЕД "неврологічним паралічем". Але спроби наукового обґрунтування та вивчення ЕД були вперше описані в роботах професора Лаллемана, коли він опублікував свою монографію "Истечение семени у мужчин". Професор Лаллеман надавав великого значення захворюванням чоловічих статевих органів, як генезу статевих розладів. В подальшому ці погляди були переглянуті завдяки фундаментальним працям клініки Мастера і Джонсона (1965).

Згідно статистичних даних, ЕД вважається одним з найбільш поширених сексуальних розладів у чоловіків. У ході Массачусетського дослідження з вивчення питань старіння чоловіків (Massachusetts Male Aging Study — MMAS) ще у 1994 році було встановлено, що 52% чоловіків у віці від 40 до 70 років в тій чи іншій мірі страждали ЕД. При цьому повна відсутність ерекції виявлено у 10% чоловіків, помірна еректильна дисфункція — у 25%, мінімальна — у 17%. 40% чоловіків у віці від 40 до 50 років страждають будь-якими порушеннями ерекції.

Серед чоловіків у віці від 50 до 60 років порушення ерекції зустрічаються практично у половини обстежених (48-57%), а у старшій віковій групі цим розладом страждають 70% чоловіків. Абсолютна ЕД виявлена у 5% чоловіків у віці до 50 років, а у старшій віковій групі (70 років і старше) цей показник зростає до 15%.

Фактори ризику ЕД досить різноманітні: хронічні захворювання (артеріальна гіпертензія, атеросклероз, ішемічна хвороба серця, печінкова та ниркова недостатність), неврологічні хвороби (розсіяний склероз, хвороба Альцгеймера, порушення мозкового кровообігу, тощо), захворювання статевого члена (хвороба Пейроні, рак статевого члена), психічні розлади (депресія), ендокринні захворювання (цукровий діабет, гіпогонадізм, гіперпролактинемія, гіперестрогенемія), прийом медикаментів (гіпотензивні, антидепресанти, гормональні препарати тощо), також досить велике значення має стиль життя (гіподинамія, вживання алкоголю, тютюнопаління, наркоманія, дистрес тощо) [5,6,7,8,9,10,11]. Досить цікаво, що деякі дослідження демонструють, що ЕД може бути предиктором серцево-судинних захворювань, а розвиток симптомів ЕД може передувати виникненню серцево-судинної патології ще за 2-3 роки до її проявів [12,13,14,15], що має соціальне значення.

Для лікування ЕД на протязі віків було запропоновано безліч методів. Лише в останні десятиліття було створено достатню наукову базу використання різних засобів при лікуванні ЕД, розроблено протоколи надання допомоги, впроваджено багато нових методів лікування, що підтверджує соціальну значимість патології. Важливим методом терапії ЕД являється психотерапія, здоровий спосіб життя, емоційне благополуччя, міжособистісні відносини. Окрім того використовують методику в яких застосовуються вакуумні еректори для ЛВТ-терапії, за кордоном досить часто застосовують внутрішньокавернозні ін'єкції вазоактивних препаратів, інтрауретральні супозиторії та хірургічне лікування (ендофалопротезування), які в Україні в наш час не користуються популярністю та майже не використовуються. Також досить поширеною є медикаментозна терапія (фітопрепарати, адаптогени, вітамінотерапія, метаболічні препарати, за показами, також можуть застосовуватися гормональні препарати тощо).

В кінці ХХ і на початку ХХІ століть фармацевтична промисловість у всьому світі успішно здійснює пошук нових препаратів і груп активних речовин для лікування та профілактики ЕД.

Поява цілого ряду нових препаратів дозволила в значній мірі оптимізувати результати лікування ЕД.

В останні 20 років революцію в сексопатології викликала поява на фармацевтичному ринку інгібіторів фосфодіестерази 5 типу (ІФДЕ5) [2,3,7]. Препарати ІФДЕ-5 мають вагомні переваги порівняно з іншими методами терапії ЕД – вони забезпечують швидкість та ефективність лікування, що дозволило вести сексуальне життя великій кількості пацієнтів, яким тривіальна терапія не допомагала [2,16,17]. Препарати ІФДЕ-5 в наш час вважаються «золотим стандартом» терапії ЕД. Вони є препаратами першої лінії для більшості чоловіків, які страждають на ЕД та мають окрім того широкий спектр супутніх захворювань.

На сьогодні Американська Урологічна Асоціація та Європейська Урологічна Асоціація рекомендують пероральні ІФДЕ-5 як препарат першої лінії для лікування ЕД.

Окрім препаратів сілденафілу (що, свого часу, стали першими у групі ІФДЕ-5), в наш час використовується ще чотири покоління лікарських засобів групи ІФДЕ-5 (варденафіл, тадалафіл, аванафіл, уденафіл). Але наука не стоїть на місці, в Кореї зареєстровано такі молекули, як то міроденафіл [18,19], та лоденафіл і SLx-2101 що, на даний момент проходять етапи досліджень [20,21,22].

В 2005 р., в Кореї був розроблений в та схвалений для лікування ЕД ще один із препаратів групи ІФДЕ-5, що став представником IV-покоління - уденафіл (ТМ Зидена; *Dong-A Pharmaceutical*, Сеул, Корея).

Препарат відрізняється від попередніх поколінь своїм фармакокінетичним профілем (час досягнення максимальної концентрації в плазмі крові (t_{max}) становить 0,8–1,3 години; період напіввиведення ($t_{1/2}$) складає 9,9–12,1 годин), що забезпечує відносно швидкий початок дії та тривалий період її проявлення[23]. Молекулярна структура Уденафілу подібна до інших молекул ІФДЕ-5, у томи числі силденафілу (*Biafra*; *Pfizer Inc*, Нью-Йорк, США), але відрізняється більш високим профілем селективності[23]. Клінічна ефективність і безпека Уденафілу були оцінені у клінічних дослідженнях, у яких брали участь чоловіки з ЕД різноманітної етіології та важкості протікання [24,25,26,27,28,29,30].

Сам по собі фермент ФДЕ представляє собою сімейство металофосфогідролаз кільканадцяти типів, які розщеплюють 3', 5'-циклічний фосфатний фрагмент циклічного аденозинмонофосфату (сАМР) та/або циклічний гуанозинмонофосфат (сGMP) до відповідного

5'-нуклеотиду [31]. Ізофермент ФДЕ-5 типу селективно розщеплює сGMP, основний внутрішньоклітинний вторинний метаболіт, що впливає на стимуляцію ерекції статевого члена, після чого відбувається опосередкований вплив NO на релаксацію гладких м'язів кавернозного тіла, що викликає розширення геліцинових артеріол кавернозного тіла члена [31,32]. Препарат групи ІФДЕ-5 має подібну до сGMP структуру і гальмує розщеплення сGMP до відповідного 5'-нуклеотиду, пов'язаного з NO шляхом конкурентного зв'язування каталітичного ферменту ФДЕ-5 типу, що забезпечує накопичення сGMP в цитоплазмі кавернозних і судинних гладком'язових клітин статевого члена для безперервної активації механізму NO/сGMP, що призводить до збільшення кровотоку статевого члена під час сексуальної стимуляції та підтримує ерекцію статевого члена [33].

Враховуючи наявність багатьох ізомерних типів ФДЕ, інгібітори можуть впливати на релаксацію судин як статевого члена, так і судин інших локалізацій, а терапевтичні ефекти препаратів ІФДЕ5 залежать від їх селективності по ФДЕ-5, фармакокінетики, а також від розподілу різних ізоформ ФДЕ в кавернозній тканині. Оскільки різні ізоформи ФДЕ локалізуються в різних тканинах та органах організму, а ФДЕ-5 присутній у високій концентрації в гладких м'язах кавернозного тіла статевого члена, селективність засобу ІФДЕ-5 до ФДЕ-5 над іншими ізоформами ФДЕ є необхідною умовою для розширення терапевтичного вікна [31].

Селективність до ФДЕ-5 у порівнянні з іншими ізомерними формами ФДЕ та ступенем інгібування ФДЕ-5 у різних тканинах (окрім кавернозного тіла), є ключовим чинником, що визначає безпеку та переносимість ІФДЕ-5. Коли ІФДЕ-5 має високу селективність до ФДЕ-5 у порівнянні з іншими ізоформами ФДЕ, то суттєво менше інгібує інші ізоформи ФДЕ, тому, в таких випадках, буде менша вірогідність проявів побічних дій при терапевтичній концентрації препарату в плазмі крові.

Вивчаючи препарат уденафілу, ще у доклінічних дослідженнях були отримані дані, що продемонстрували, нижчу інгібіторну концентрацію до ФДЕ-5 ніж до ферментів інших груп (ФДЕ-1, ФДЕ-2, ФДЕ-3 та ФДЕ-6)[23].

Згідно інструкції до застосування, уденафіл проявляє у 10 000 разів більшу інгібіторну дію до ФДЕ-5, ніж до ФДЕ-1, ФДЕ-2, ФДЕ-3, ФДЕ-4 (які локалізуються у серці, головному мозку, судинах, печінці та ін.). Також, Уденафіл у 700 разів активніший до ФДЕ-5, ніж до групи ферментів ФДЕ-6, що знаходяться в сітківці ока та відповідають за сприйняття кольорів та чіткість сприйняття зображення. Уденафіл не інгібує ФДЕ-11, що пояснює відсутність таких побічних реакцій, як то міалгії, болі у попереку та тестикулярна токсичність [83]. Виходячи з вищевказаних даних, можна зробити висновок, що уденафіл є одним із найбільш селективних засобів серед препаратів групи ІФДЕ-5, ґрунтуючись на властивості низької спорідненості до іншими ізоформами ФДЕ.

Хімічні властивості. Уденафіл (5-[2-пропілокси-5-(1-метил-2-піролідинілтил-амідосульфоніл) феніл]-1-метил-3-пропіл-1,6-дигідро-7Н-піразоло(4,3-д)піримідин-7-дин) являє собою похідну сполуку піразолопіримідину і має молекулярну структуру, схожу до структури cGMP, та є подібною до структури молекули силденафілу (Рис.1)^{37,38}.

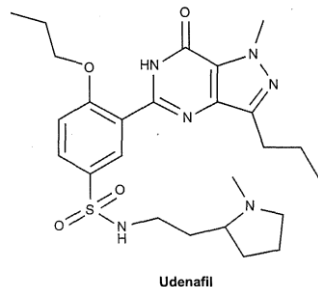


Рис.1. Структурна формула уденафілу

Уденафіл має молекулярну масу 516,657 г/моль; препарат на його основі доступний у формі таблеток по 100 мг і 200 мг.

Фармакологічний профіль. Фармакокінетика. Активна молекула уденафілу досить швидко всмоктується, досягаючи пікових концентрацій в плазмі за 0,8-1,3 години, що забезпечує швидкий початок дії, з подальшим зниженням концентрації активної речовини. Період напіввиведення $t_{1/2}$ становить 9,9-12,1 години, що забезпечує довготривалий ефект препарату – до 24 годин [34]. Площа під кривою «концентрація-час» та максимальна концентрація у плазмі (C_{max}) уденафілу збільшувалася надпропорційно при збільшенні дози за

одноразового введення [34]. Асолютна біодоступність уденафілу становила 38%, що є аналогічним показником відносно силденафілу (23% – 44%) [35,36].

Фармакодинаміка. Фермент ФДЕ-5 локалізується головним чином у кавернозній тканині статевого члена, судинних і вісцеральних гладеньких м'язах та тромбоцитах [38,39]. Уденафіл демонструє інгібуючий ефект шляхом конкурентного зв'язування з каталітичним центром ФДЕ-5, тим самим сприяючи накопиченню цГМФ в клітинах гладеньких м'язів кавернозних тіл статевого члена. Інгібуючий ефект уденафілу що до ферментів ФДЕ-5 у 10 000 разів більший за інгібуючу на ФДЕ-1, ФДЕ-2, ФДЕ-3, ФДЕ-4 (які локалізуються у серці, головному мозку, судинах, печінці та ін.), та у 700 разів активніший до ФДЕ-5, ніж до ФДЕ-6, що знаходяться в сітківці ока. При цьому уденафіл не інгібує ФДЕ-11, що локалізуються у різних органах, включаючи скелетні м'язи, тканини простати, яєчок, кавернозного тіла статевого члена, серця і переднього відділу гіпофізу, та обумовлює відсутність побічних реакцій, як то міалгії, болі у попереку та тестикулярна токсичність [83].

Метаболізм Уденафілу. Метаболізація уденафілу в основному відбувається в системі цитохрому P450 3A4 (CYP3A4), а ізофермент CYP3A5 тільки частково сприяє його метаболізму [42]. При біотрансформації уденафілу утворюються наступні метаболіти: DA-8164, M1 (гідроксил DA-8159) і M2 (N-деметил DA-819) [43]. DA8164 - це основний активний метаболіт уденафілу [43,44]. Ізомер CYP3A4, що відповідає за формування DA-8164 з уденафілу [43]. Метаболіт DA-8164 має приблизно половину потенціалу для інгібування ФДЕ5 в порівнянні з Уденафілом що вивчено *in vitro*, а показник $t_{1/2}$ для DA-8164 майже подібний до рівня уденафілу (12 годин) [45].

Виділяється уденафіл переважно з калом [45]. Екскреція активного компонента з сечею незначна (<12%), а його метаболіту DA-8164 – надзвичайно низька (менше 0,2%). Це доводить, що уденафіл і DA-8164 елімінуються через жовч [45].

Історія вивчення ефективності уденафілу при лікуванні ЕД.

Доклінічний етап. Доклінічний етап вивчення ефективності препарату уденафілу проводився з використанням моделей - шурів та собак. В дослідженнях було доведено, що пероральне або внутрішньовенне введення уденафілу, збільшує показники ерекції пеніса, відповідно до збільшення доз, що вказує на значимий терапевтичний потенціал при лікуванні ЕД [47].

Фаза 1. У дослідженні проведеному на етапі Фаза 1, уденафіл показав добру переносимість і швидкість всмоктування. При цьому, системна експозиція уденафілу збільшується пропорційно дозі, що було показано як для разових, так і множинних застосувань [45].

Фаза II. Подвійне сліпе, плацебо-контрольоване, багатоцентрове, з паралельними групами клінічне дослідження в другій фазі досліджень продемонструвало, що Уденафіл викликав значиме поліпшення еректильної функції, причому рівень успішності вагінального проникнення становив до 91% [48]. Пізніше, були проведено ряд рандомізованих, плацебо-контрольованих досліджень з метою оцінки клінічної ефективності уденафілу у пацієнтів різного віку з ЕД, що супроводжувалася різною супутньою патологією, та різною тяжкістю ЕД [24,26,28,30,31,32]. Характеристики пацієнтів, показники результатів та результати цих досліджень узагальнені в Таблицях 1 і 2.

Характеристики пацієнтів та результати лікування за даними шести рандомізованих, плацебо-контрольованих досліджень II фази

Дослідження	Популяція дослідження ЕД	Тривалість дослідження	Група	Число Пацієнтів	Етіологія ЕД (%) (органічна / психогенна / змішана)	ЕД тяжкості (%) (легка / від легкого до середнього / середня / тяжка)	Колишні пацієнти інших ЛЗ ІФДЕ5 (%)	Первинна Ефективність	Вторинна Ефективність
<i>Paick</i> і співавт. ²⁴	Загальна	12 тижнів	Плацебо	54	38.9/9.3/51.8	0/18.5/53.7/27.8	74.1	ПЕЕF-EF	ПЕЕF-3. -4
			100 мг Уденафіл	57	40.4/10.5/49.1	3.5/31.6/47.4/17.5	75.4		SEP2
			200 мг Уденафіл	56	42.9/5.4/51.7	3.6/26.8/51.8/17.8	82.1		SEP3 GAQ
<i>Paick</i> і співавт. ²⁹	Гіпертензія	12 тижнів	Плацебо	55	56.4/0.0/43.6	9.1/47.3/25.5/18.2	50.9	ПЕЕF-EF	ПЕЕF-3. -4
			100 мг Уденафіл	53	60.4/0.0/39.6	1.9/34.0/41.5/22.6	54.7		SEP2. 3
			200 мг Уденафіл	57	57.9/0.0/42.1	1.8/28.1/54.4/15.8	57.9		GAQ перехід до нормальної ЕФ (%)
<i>Park</i> і співавт. ²⁵	Загальна	4 тижнів	Плацебо	51	8.24/3.9/13.7	2.0/51.0/41.2/5.8	58.8	SEP3	SEP2
			100 мг Уденафіл	53	84.9/0.0/15.1	3.8/41.5/43.4/1 1.3	71.7		ПЕЕF-EF
<i>Moon</i> і співавт. ²⁶	Діабет	12 тижні	Плацебо	57	73.7/0.0/26.3	1.8/15.8/54.4/28.1	57.9	ПЕЕF-EF	ПЕЕF-3. -4
			100 мг Уденафіл	53	74.1/0.0/25.9	1.7/29.3/37.9/31.0	56.9		SEP2. 3
			200 мг Уденафіл	59	72.9/0.0/27.1	6.8/20.3/45.8/27.1	59.3		GAQ перехід до нормальної ЕФ (%)
<i>Zhao</i> і співавт. ²⁸	Загальна	12 тижнів	Плацебо	60	51.7/6.7/41/7	6.7/40.0/41.7/1 1.7	71.7	ПЕЕF-EF	SEP2. 3
			25 мг Уденафіл	59	61.0/0.0/39.0	8.5/32.2/33.9/25.4	78.0		GAQ
			50 мг Уденафіл	60	53.3/1.7/45.0	15.0/3 1.7/36.7/1 6.7	81.7		перехід до нормальної ЕФ (%)
			Уденафіл по 75 мг	60	50.0/0.0/50.0	5.0/23.3/63.3/8.3	88.3		
<i>Ortac</i> і співавт. ³⁰	Загальна	8 тижнів	Плацебо	59	13.6/62.7/23.7	NA	52.5	ПЕЕF-EF	Інші домени
			100 мг Уденафіл	59	18.6/61.0/20.3	NA	52.5		ПЕЕF SEP2. 3 GAQ

Скорочення: ЦД - цукровий діабет; ЕФ - еректильна функція; GAQ - глобальна оцінка питання; ПЕЕF - Міжнародний індекс еректильної дисфункції; ПЕЕF-EF - показник ЕФ домену ПЕЕF; NA - дані недоступні; ІФДЕ SEP – Анкета опитувальника сексуального профілю (SEP)

Резюме результатів з оцінки ефективності в шести плацебо-контрольовани дослідженнях

Досліджен ня	Групи	ПЕФ-ЕФ			SEP2 (%)			SEP3 (%)			GAQ	% переходу до нормальної ЕФ
		До лікування	Після лікування	Зміна	До лікування	Після лікування	Зміна	До лікування	Після лікування	Зміна	(%)	
<i>Paick</i> і співавт. ²⁴	Плацебо	12.93	13.13	0.2	57.40	53.38	-4.02	7.67	15.44	7.77	25.9	3.7
	100 мг	14.68	22.2	7.52	57.65	88.83	31.18	17.14	70.08	52.94	81.5	35.0
	200 мг	14.26	24.19	9.93	63.43	92.40	28.97	9.26	75.70	66.44	88.5	48.0
<i>Paick</i> і співавт.	Плацебо	16.02	18.00	1.98	66.18	69.31	3.13	12.55	33.14	20.59	41.2	15.7
	100 мг	14.23	22.94	8.71	58.41	84.27	25.85	5.38	63.25	57.88	78.8	44.2
	200 мг	14.29	24.33	10.14	62.10	91.92	29.82	5.54	76.6	71.11	85.2	54.5
<i>Park</i> і співавт.	Плацебо	16.38	15.80	-0.58	72.30	73.22	0.92	18.03	28.26	10.23	NA	6.0
	100 мг	15.36	19.77	4.41	75.00	82.27	7.27	19.03	54.66	35.63	NA	24.5
<i>Moon</i> і співавт. ²⁶	Плацебо	13.02	14.22	1.20	49.53	48.99	-0.54	7.50	22.60	7.50	30.9	3.6
	100 мг	13.31	20.31	7.00	53.04	76.88	23.84	7.16	53.13	45.97	65.5	38.2
	200 мг	13.98	22.19	8.21	55.60	86.67	31.07	7.44	63.00	55.56	83.9	44.8
<i>Zhao</i> і співавт. ²⁸	Плацебо	NA	NA	3.14	NA	NA	11.95	NA	NA	23.46	35.6	13.6
	25 мг	NA	NA	4.67	NA	NA	22.10	NA	NA	42.09	69.5	30.5
	50 мг	NA	NA	6.59	NA	NA	27.90	NA	NA	51.41	75.0	40.0
	75 мг	NA	NA	8.34	NA	NA	39.11	NA	NA	73.50	88.1	44.1
<i>Ortac</i> і співавт. ³⁰	Плацебо	15.4	19.1	3.7	NA	NA	46.0	NA	NA	42.0	49.1	NA
	100 мг	16.0	23.7	7.7	NA	NA	66.0	NA	NA	69.8	72.2	NA

Фаза III. У III-фазі було проведено 12-тижневе багатоцентрове, подвійне сліпе, рандомізоване, плацебо-контрольоване паралельне дослідження (*Paik* та співавт.). Автори оцінювали ефективність і безпеку уденафілу в двох дозуваннях (100 мг та 200 мг) у 167 корейських чоловіків у віці від 19 до 70 років з 6-місячним анамнезом ЕД органічної, психогенної або змішаної етіології [24]. Основним критерієм ефективності було обрано зміну вихідної лінії домену ЕД анкети ПЕФ. Вторинні показники вивчення ефективності використання уденафілу у чоловіків з ЕД включали покращання оцінок ПЕФ: Запитання 3 (здатність проникнення) та Запитання 4 (частота успіху); а також у всіх доменах ПЕФ. Також вивчалися відповіді пацієнтів на запитання 2 та 3 Анкети з оцінки сексуального профілю (SEP) (Запитання 2 Анкети SEP: успішне проникнення до вагіни; Запитання 3 Анкети SEP: здатність успішно закінчити статевий акт). Також після 12 тижнів лікування оцінювали відповіді пацієнтів про глобальну оцінку питання (GAQ).

Після 12 тижнів лікування пацієнти, які отримували уденафіл, продемонстрували значимі зміни відносно базових показників ПЕФ-EF у порівнянні з плацебо (плацебо: 0,20; уденафіл 100 мг: 7,52; Уденафіл 200 мг: 9,93). Окрім того, відсоток чоловіків, що відновили нормальну ерекцію на основі оцінки ПЕФ-EF після 12-тижневого періоду, становила 3,7%, 35% та 48% у плацебо, 100 мг уденафіл та 200 мг уденафіл лікування відповідно.

Порівняно з плацебо, прийом уденафілу значно підвищив показники успішного проникнення (Запитання 2 Анкети SEP) плацебо: 53,38%; уденафіл 100 мг: 88,83%; уденафіл 200 мг: 92,40%); підтримка ерекції (Запитання 3 Анкети SEP) (плацебо: 15,44%; уденафіл 100 мг: 70,08%; уденафіл 200 мг: 75,70%).

Вивчаючи відповіді пацієнтів про глобальну оцінку питання (GAQ), було виявлено значно більший відсоток позитивних відповідей пацієнтів у порівнянні з групою плацебо. У групі, що отримувала лікування препаратом уденафілу, спостерігалася значно більша кількість позитивних відповідей на GAQ у порівнянні з групою плацебо (плацебо: 25,9%; уденафіл-100 мг: 81,5%; уденафіл-200 мг: 88,5%). Таким чином, лікування уденафілом призвело до достовірного збільшення всіх показників ефективності залежного від дози.

Таким чином, препарат уденафілу є цілком ефективним та безпечним для лікування ЕД різної етіології та тяжкості.

Як видно з таблиць 1 та 2, багатоцентрове рандомізоване подвійне сліпе плацебо-контрольоване дослідження з паралельними групами, що проводилося у Туреччині, дозволило оцінити ефективність та безпеку 8-тижневого лікування уденафілом в дозуванні 100 мг у 118 турецьких чоловіків віком від 19 до 70 років з ЕД органічної або психогенної етіології [30]. Група пацієнтів, яка отримувала уденафіл показала значно кращі показники ПЕФ-EF порівняно з плацебо (плацебо: 3,8; уденафіл 100 мг: 7,7). Аналогічні результати спостерігалися у відповідях на Запитання 2 Анкети SEP, Запитання 3 Анкети SEP та двох інших доменів ПЕФ (сексуальне бажання та загальне сексуальне задоволення). Частка позитивних відповідей на GAQ була значно більшою у групі, яка отримувала уденафіл, ніж у групі плацебо (72,2% проти 49,1%). Усі малочисельні побічні ефекти, що спостерігались протягом періоду дослідження, були легкої або середньої тяжкості, швидко минулими та не потребували додаткової терапії.

Ще одне рандомізоване, подвійне сліпе, плацебо-контрольоване багатоцентрове дослідження, з паралельними групами та фіксованою дозою, (*Park* і співавт.) показало, що тривалість ефективного дії уденафілу для можливості проведення повноцінного статевого акту, триває 12 годин (після разової дози 100 мг), що вказує на те, що можна досягти гнучкості та спонтанності в статевому житті [25]. У вищевказаному дослідженні учасникам було запропоновано спробувати здійснити статевий акт через 12 годин після прийому уденафілу або плацебо протягом 4-тижневого періоду лікування. Критерієм ефективності вважали відповідь на Запитання 3 Анкети SEP. Критерієм вторинної ефективності – відповіді на Запитання 2 Анкети SEP і зміна від вихідних даних в оцінках ПЕФ-EF.

Уденафіл достовірно підвищив показник підтримки ерекції (плацебо: 28,3% проти Уденафілу: 54,7% [Запитання 3 Анкети SEP]). Порівняно з плацебо. У групі уденафілу спостерігалось значне покращення показника ПЕФ-EF (плацебо: $-0,58 \pm 0,67$; Уденафіл 100 мг: $4,40 \pm 0,84$). Професор *Park* та співавтори зробили висновок, що уденафіл може бути ефективним варіантом лікування у пацієнтів, які потребують спонтанного відновлення еректильної функції і бажають статевому акту без занепокоєння щодо тривалості ефекту препарату.

Також, було проведено мета-аналіз п'яти рандомізованих, плацебо-контрольованих досліджень (*Ding* і співавтори). Результати зведеного мета-аналізу показали, що лікування Уденафілом забезпечує середнє збільшення ефективності терапії ЕД в порівнянні з вихідними даними в оцінці

ПЕФ-EF на 5,65 балів у порівнянні з плацебо, що було статистично достовірно [49]. Вищевказаний аналіз показав, що подібні результати спостерігались при порівнянні відповідей на Запитання 2 Анкети SEP і Запитання 3 Анкети SEP, питання GAQ та відсоток пацієнтів, у яких мав місце нормальна ерекція після лікування ерекції на основі оцінки ПЕФ-EF (≥ 26).

Інтегральні результати свідчать про середнє збільшення на 22,14% та 31,22% у позитивних відповідях на Запитання 2 Анкети SEP та Запитання 3 Анкети SEP, відповідно після лікування Уденафілом порівняно з плацебо. Крім того, група пацієнтів, яка отримувала Уденафіл показала більший приріст позитивних відповідей на GAQ та більший відсоток хворих, у яких мав відмічатися нормальна ерекція після лікування порівняно з плацебо (співвідношення ризику: відповідно 3,44 та 2,37).

Вивчення ефективності використання уденафілу у хворих на ЕД із цукровим діабетом (ЦД). Саме по собі захворювання на ЦД являє собою тяжке захворювання, що сприяє виникненню поліорганної судинної на неврологічної патології, що часто призводять до розвитку ЕД. ЦД сприяє виникненню та прогресуванню ЕД через складну взаємодію підвищених рівнів кінцевих продуктів глікації, підвищеного рівня вільних кисневих радикалів, порушенню синтезу NO, підвищенню локального зв'язування рецепторів ендотеліну В, підвищенню регуляції метаболізму RhoA/Rho-кінази, невропатичним ускладненням, а також порушення у механізмі cGMP-залежної протеїнкінази-1 тощо. Це неповний перелік механізмів розвитку ЕД при ЦД вказує на те, що асоційована з діабетом ЕД є багатофакторним захворюванням [50]. Незважаючи на значимий прогрес у вивченні та розумінні патофізіології ЕД, лікування ЕД, асоційованої з ЦД часто буває досить складним через багатофакторну етіологію захворювання.

З метою обґрунтування застосування препарату уденафілу, з метою лікування ЕД на фоні ЦД, було проведено кілька доклінічних досліджень з використанням моделей ЕД, асоційованої з ЦД у тварин [51,52,53]. У дослідженнях було показано, що регулярне застосування уденафілу є потенційно ефективною терапевтичною стратегією запобігання прогресії ЕД при ЦД шляхом підвищення рівня експресії генів та білків нейрональної сироваткової та ендотеліальної NO-синтези у кавернозних тілах статевого члена хворих [54].

Ще одне дослідження ефективності використання Уденафілу у пацієнтів з ЕД та ЦД було проведено в рамках III фази клінічних досліджень. У 12-тижневому мультицентровому, плацебо-контрольованому, рандомізованому, подвійному сліпому, з паралельними групами і подвійним контролем фіксованою дозою дослідженні (Moon і співавтори) оцінювали ефективність і безпеку Уденафілу (в двох дозах, 100 мг і 200 мг) у 174 корейських чоловіків з ЕД [26]. Критерієм оцінки ефективності була зміна показника ПЕФ-EF від початкового рівня. Додатковими параметрами були відповіді на Запитання 3 та 4 анкети ПЕФ, Запитання 2 і Запитання 3 Анкети SEP, показник досягнення нормальної еректильної функції та відповідь пацієнта на GAQ. Обидві групи Уденафілу показали істотну більшу зміну порівняно з вихідним рівнем в оцінках ПЕФ-EF у порівнянні з плацебо (плацебо: 1,20; Уденафіл 100 мг: 7,00; Уденафіл 200 мг: 8,21). Подібні результати спостерігались при порівнянні Запитання 3 та 4 Анкети ПЕФ, Запитання 2 і Запитання 3 Анкети SEP, а також відповідь на GAQ між групами Уденафілу та плацебо.

Вивчення ефективності використання уденафілу у хворих на ЕД з артеріальною гіпертензією. Артеріальна гіпертензія (АГ) є досить розповсюдженою патологією у чоловіків з ЕД. Вона сама по собі є фактором ризику розвитку ЕД [3]. Також ЕД може бути результатом побічного ефекту антигіпертензивних препаратів, таких як бета-блокатори та діуретики [3]. Таким чином, враховуючи тісний зв'язок між ЕД та гіпертензією, питання ефективності та безпеки ІФДЕ-5 для лікування ЕД у цій популяції пацієнтів приділяється досить велике значення.

З метою вивчення дії уденафілу на пацієнтів з ЕД на фоні АГ, було проведено 12-тижневе, багатоцентрове, подвійне сліпе, рандомізоване, плацебо-контрольоване з паралельними групами дослідження (Paik і співавт.) для визначення ефективності та безпеки, де використовувалися фіксовані дози уденафілу (100 мг або 200 мг) у 165 корейських чоловіків з анамнезом ЕД (мінімум 6 місяців), які приймають один або декілька антигіпертензивних препаратів у стабільній дозі для лікування артеріальної гіпертензії [29].

Критеріями ефективності було обрано зміна від базових показників в оцінках ПЕФ-EF, у відповідях на за Запитання 3 і 4 Анкети ПЕФ, у відповідях на Запитання 2 і Запитання 3 Анкети SEP, а також відповідь пацієнта на GAQ.

Групи пацієнтів, які отримували Уденафіл показали суттєве збільшення показників ПЕФ-EF (плацебо: 1,98; Уденафіл 100 мг: 8,71; Уденафіл 200 мг: 10,04); бали анкети ПЕФ, - Запитання 3

(плацебо: 0,1; Уденафіл 100 мг: 1,3; Уденафіл 200 мг: 1,4) і Запитання 4 (плацебо: 0,7; Уденафіл 100 мг: 2,0; Уденафіл 200 мг: 2,5) у порівнянні з групою плацебо. Подібним чином спостерігалось значиме поліпшення змін відносно вхідних показників Запитання 2 Анкети SEP (плацебо: 3,13%; Уденафіл 100 мг: 25,85%; Уденафіл 200 мг: 29,82%); Запитання 3 Анкети SEP - плацебо: 12,55%; уденафіл 100 мг: 57,86%; Уденафіл 200 мг: 71,82%). Порівняно з групою плацебо, частка позитивних відповідей на GAQ (плацебо: 41,2%, Уденафіл 100 мг: 78,8%; Уденафіл 200 мг: 85,2%) та суб'єктів, які повернулися до нормальної ерекції (плацебо: 15,7%; Уденафіл 100 мг: 44,2%; Уденафіл 200 мг: 54,5%) були значно більшими для груп Уденафілу.

За результатами дослідження було зроблено висновок, що ефективність використання уденафілу мала місце незалежно від ступеня тяжкості ЕД, кількості антигіпертензивних засобів та попереднього досвіду застосування ІФДЕ5.

Вивчення ефективності використання уденафілу у хворих на ЕД з симптомами нижніх сечових шляхів (СНСШ)

В наш час багато наукових робіт присвячено вивченню причинно-наслідкових зв'язків між ЕД і СНСШ [56]. Основні механізми взаємозв'язку між СНСШ та ЕД у чоловіків з ДГПЗ не повністю вивчені. Але уже встановлено, що метаболічний шлях NO/cGMP, сигнальний механізм RhoA/Rho-кінази, атеросклероз судин таза і вегетативна адренергічна гіперактивність є потенційними мішенями для ІФДЕ5 [57].

За результатами мета-аналізу доступних рандомізованих, плацебо-контрольованих досліджень, що вивчали ефективність та безпеку ІФДЕ5 у вигляді монотерапії чи в комбінації з альфа-адреноблокаторами у чоловіків з СНСШ/ДГПЗ, були продемонстровані позитивні результати з точки зору як еректильної функції, так і симптомів СНСШ [57].

В літературі нам вдалося знайти тільки одне дослідження вищевказаної проблеми. У відкритому, проспективному (без порівняння) дослідженні, проведеному Chung і співавторами, оцінювали ефективність та безпеку дози 100 мг уденафілу та альфа-адреноблокатора (при паралельному використанні) у 120 пацієнтів з симптомами СНСШ/ДГПЗ при наявності ЕД, які вже отримували тривалу терапію альфа-адреноблокаторами. Після 8 тижневого лікування значення Міжнародного показника симптомів простати (IPSS) значно знизилось з 14,3 до 11,5, а середній показник ПЕФ-5 значно підвищився - з 11,9 на початковому обстеженні до 19,3, без будь-яких додаткових небажаних наслідків, пов'язаних з паралельним лікуванням [27]. Дослідження дає змогу рекомендувати застосування цих двох препаратів для лікування вищевказаної комбінованої патології СНСШ та ЕД.

Дослідження тривалого щоденного (в режимі мульти-доз) прийому уденафілу для лікування ЕД. Нами було виявлено кілька досліджень, в яких було показано, що довготривале або регулярне щоденне застосування препаратів ІФДЕ-5 в лікуванні ЕД може значно покращити стан ендотелію кавернозних тіл статевого члена при ендотеліальній дисфункції, що свідчить про перспективний терапевтичний потенціал [58,59,60].

В літературі описано багатоцентрове, рандомізоване, подвійне, сліпе, плацебо-контрольоване, клінічне дослідження з фіксованою дозою, яке було проведене в рамках II-ї фази клінічних досліджень лікарського засобу уденафілу. В ньому оцінювалась ефективність і безпека застосування препарату в низькому дозуванні щоденно (уденафіл - 25 мг; 50 мг; 75 мг) для лікування ЕД. Метою дослідження було визначення оптимальної клінічної дози препарату та визначення графіку та регулярності його дозування [28]. Критерієм ефективності слугувала оцінка ПЕФ-EF. Вторинні показники ефективності визначалися при вивченні показників Запитання 2 Анкети SEP, Запитання 3 Анкети SEP і питання GAQ, а також були відзначені відсоток пацієнтів, які продемонстрували «перехід до норми».

У порівнянні з групою плацебо, пацієнти, які приймали уденафіл по 50 та 75 мг, значно збільшили свій рівень ПЕФ-EF, але пацієнти, які приймали уденафіл по 25 мг, мали досить невисоке покращення (плацебо: 3,61; уденафіл 25 мг - 5,75; уденафіл 50 мг - 6,55; уденафіл 75 мг - 8,71).

Подібна тенденція спостерігалась при порівнянні показників Запитання 2 Анкети SEP (плацебо: 11,95%, уденафіл 25 мг-22,10%, уденафіл 50 мг-27,9%, Уденафіл 75 мг-39,11%). Однак у порівнянні з плацебо всі групи уденафілу показали значно більшу реакцію пацієнта у відповіді на Запитання 3 Анкети SEP (плацебо: 23,46%; уденафіл 25 мг - 42,09%; уденафіл 50 мг-51,41%; уденафіл 75 мг - 73,5%); у відсотках, пацієнти, які досягли нормальних показників по ПЕФ-EF також мали перевагу в групах уденафілу (плацебо: 13,6%, уденафіл 25 мг-30,5%, уденафіл 50 мг-40,0%, уденафіл 75 мг-44,1%).

Крім того, у відношенні відсотка позитивних відповідей на GAQ всі групи пацієнтів, які отримували уденафіл, виявили суттєву перевагу в порівнянні з групою плацебо (плацебо: 35,6%; уденафіл 25 мг - 69,5%; уденафіл 50 мг - 75,0%; уденафіл 75 мг - 88,1; %). У всіх групах лікування було продемонстровано, що уденафіл має хорошу переносимість, а всі побічні ефекти, пов'язані з лікуванням, були легкими або помірними, швидко минучими та не потребували додаткової терапії.

Вивчаючи висновки вищевказаних робіт, можна сказати, що перевага систематичного щоденного застосування ІФДЕ-5 полягає в наступному:

1) повернення до природного і спонтанного статевго життя, як це було раніше, коли не була порушена еректильна функція;

2) недопущення невідповідного застосування (передозування) засобу ІФДЕ5 (в режимі «на вимогу»);

3) реабілітація ендотелію кавернозних тіл статевго члена;

4) комбіноване лікування симптомів сечового міхура СНСШ/ДГПЗ [3,17,61].

Вивчаючи показники фармакокінетичного профілю уденафілу ($t_{\max}$ 0,8-1,3 години; $t_{1/2}$ = 9,9-12,1 години) та враховуючи фармакотерапевтичні ефекти активного компоненту, даний ІФДЕ-5 можна вважати препаратом для щоденного тривалого застосування.

Вивчення ефективності використання уденафілу у хворих на ЕД з дисліпідемією. Доведено, що метаболічний синдром негативно впливає на еректильну функцію чоловіків. Дисліпідемія, як один з компонентів метаболічного синдрому, є незалежним фактором ризику ендотеліальної дисфункції, яка є основним фактором розвитку ЕД [62]. В літературі описано кілька клінічних досліджень, які продемонстрували обнадійливі результати для варденафілу та тадалафілу при лікуванні пацієнтів з ЕД на фоні дисліпідемії [63,64]. Нам вдалося знайти дослідження, метою якого було доклінічне вивчення дії уденафілу на моделі гіперхолестеринемії та ЕД у щурів. Дослідження показало, що систематичне лікування ЕД уденафілом, на фоні дисліпідемії, відновлює еректильну функцію.

За результатами даного дослідження можна зробити попередній висновок про метаболічне обґрунтування потенційного застосування уденафілу для лікування ЕД, що виникла внаслідок гіперхолестеринемії [65]. Звичайно для більш аргументованих рекомендацій, щодо застосування препарату уденафілу потрібні більш ґрунтовні клінічні дослідження, але навіть за результатами попередніх досліджень, лікарський препарат уденафілу можна розглядати як перспективний препарат у складі терапії ЕД з супунею дисліпідемією.

Вивчення ефективності використання уденафілу у хворих на ЕД після радикальної простатектомії. Роль ІФДЕ-5 в реабілітації еректильної функції після радикальної простатектомії у чоловіків описана в кількох доклінічних дослідженнях, які показали захисну роль ІФДЕ-5 в профілактиці ушкодження ендотелію через пошкодження судинних ішемічних та кавернозних нервів [66]. Кілька експериментальних досліджень з використанням моделей ушкодження кавернозних нервів у тварин продемонстрували, що регулярне застосування уденафілу може зберегти еректильну функцію через поліпшення стану при гіпоксії тканини статевго члена та наявності фіброзу, індукованих ушкодженням кавернозних нервів, що вказує на корисну роль проти патофізіологічних наслідків ушкодження кавернозних нервів [67,68].

Безпека та переносимість уденафілу при ЕД. За результатами клінічних випробувань, в яких оцінювали ефективність і безпеку застосування уденафілу у чоловіків, що страждають на ЕД, повідомлялось, що більшість небажаних ефектів, що виникали, мали легкий та середній рівень тяжкості, без виникнення будь-яких ускладнень протягом періоду дослідження, та не потребували додаткової терапії [24,25,26,28,29]. Найбільш поширеними побічними ефектами що були зареєстровані на фоні прийому препарату, були припливи та головний біль [17]. Поширені небажані ефекти описані та систематизовані в таблиці 3.

Побічні ефекти, найчастіше були пов'язані з вазодилатуючим ефектом препаратів групи ІФДЕ-5. Профіль безпеки уденафілу пов'язаний з ефектом високої спорідненості до ФДЕ-5, та високою вибірковістю дії даного активного компоненту. Загальна частота небажаних ефектів, пов'язаних з впливом на зір, зареєстрованих для уденафілу була дуже низькою (0,0% – 0,6%) [24,25,26,28,29].

Аналізуючи дані досліджень, виявлено що для уденафілу не характерні такі небажані ефекти, як міалгія та біль у спині.

Таблиця 3

Побічні ефекти, пов'язані з лікуванням препаратом Уденафіл

Дослідження	Група	Приплив (%)	Головний біль	Закладеність носа (%)	Судинна гіперемія (%)	Диспепсія (%)	Порушення зору (%)	Міалгія (%)	Біль у спині (%)	Інше (%)
Paick і співавт. ²⁴	Плацебо	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
	100 мг	10.5	1.8	3.5	3.5		0.0	0.0		
	200 мг	23.2	8.9	7.1	7.1		0.0	0.0		
Paick і співавт. ²⁹	Плацебо	1.9	0.0		0.0	0.0	0.0			
	100 мг	5.7	1.9		3.8	1.9	0.0			
	200 мг	5.3	8.8		5.3	5.3	1.8			
Park і співавт. ²⁵	Плацебо	0.0	4.0	0.0		0.0	0.0	0.0		0.0
	100 мг	1.9	1.9	1.9		3.8	0.0	0.0		1.9
Moon і співавт. ²⁶	Плацебо									
	100 мг	10.0	5.0							
	200 мг	10.0	5.0							
Zhao і співавт. ²⁸	Плацебо	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.7		
	25 мг	1.7	0.0	0.0	1.7	0.0	1.7	0.0		
	50 мг	8.3	1.7	0.0	0.0	1.7	0.0	0.0		
	75 мг	6.8	3.4	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0		
Ortac і співавт. ³⁰	Плацебо									
	100 мг	3.4	5.1							

За результатами проведених клінічних досліджень, з упевненістю можна сказати, що препарат уденафілу загалом пацієнтами переноситься добре.

Безпека та переносимість у хворих на ЕД, які приймали антигіпертензивні препарати та альфа-адреноблокатори. Важливим фактором вивчення безпеки та переносимості препарату уденафілу є його перспективне застосування у пацієнтів, що страждають на ЕД, яка є наслідком серцево-судинних захворювань, як то артеріальна гіпертензія (АГ). Основною причиною розвитку ЕД у таких хворих, є судинні захворювання. Також, доведено, що прийом деяких препаратів в рамках серцево-судинної терапії, впливає на розвиток ЕД (деякі антигіпертензивні засоби, антидепресанти, транквілізатори, наркотичні препарати, H2-блокатори, гормональні препарати).

Вивчаючи результати застосування уденафілу у пацієнтів при ЕД на фоні АГ терапії спостерігалось зниження діастолічного АТ групах лікування препаратом з дозуванням 100 мг (тільки у положенні «стоячи»: від 85,3 мм рт.ст. до 81,9 мм рт.ст.) та уденафілу у дозуванні 200 мг (обидва положення, стоячи та сидячи: від 83,7 і 85,9 мм рт.ст. до 81,1 і 83,0 мм рт.ст., відповідно), без суттєвої зміни систолічного тиску [29]. Виявлено також, що значиме зниження діастолічного АТ спостерігалось як на сидячи, так і стоячи також після лікування в групі плацебо; таким чином, не було статистично значущих відмінностей у профілях АТ між групами. Крім того, одночасне застосування Уденафілу з антигіпертензивним лікарським препаратом не призвело до збільшення частоти небажаних ефектів, пов'язаних із застосуванням уденафілу, таких як судинно-дисфункціональні симптоми (головний біль, припливи) або значимих гіпотензивних симптомів (запаморочення, слабкість, головокружіння) [29].

Аналіз та обговорення огляду робіт, присвячених використанню уденафілу для лікування ЕД у чоловіків. За останні 20 років від моменту введення в практику лікування ЕД застосування препаратів ІФДЕ-5 їх встигли визнати за «золотий стандарт» терапії ЕД у чоловіків. Це обумовлено тим, що в наукових роботах ведучих вчених світу встановлена висока ефективність та добра переносимість препаратів цієї групи, препарати мають добрий профіль безпеки та легкість застосування. Препарати ІФДЕ-5 покращують та нормалізують ерекtilьну функцію чоловіків, збільшуючи рівень cGMP у ендотелії кавернозних тіл статевого члена, що призводить до релаксації кавернозних гладких м'язових клітин та забезпечує ерекцію достатню для проведення успішного статевого акту. У світі використовується вже більше п'яти препаратів цієї групи, а клінічні відмінності між ними пов'язані з їх різною фармакокінетикою, а точніше часом до початку дії та тривалістю ефекту.

Таким чином, розробка нових ІФДЕ-5 та інших лікарських препаратів для покращення ерекtilьної функції може індивідуально підходити до кожного пацієнта і краще відповідати їх потребам. Виходячи з вищевказаного уденафіл має встановлені клінічні відмінності відносно препаратів попередніх поколінь, які характеризуються – високим профілем селективності до ФДЕ-5, що обумовлює відсутність ряду побічних ефектів які характерні для інших препаратів, та швидким початком дії та тривалістю ефекту (від 12 до 24-годин). Цей препарат може бути одним з кращих варіантів для лікування ЕД відповідно до особливостей анамнезу пацієнта та його статевго життя.

В науковій літературі доведено, що уденафіл є ефективним і безпечним варіантом терапії ЕД, та його можна вважати препаратом вибору, з хорошою переносимістю, для ефективного лікування ЕД [24,25,26,28,29]. Приведений в огляді мета-аналіз показав, що уденафіл в дозах 100 і 200 мг може збільшити показники ПЕФ-ЕФ відповідно на 6,69 і 8,62 балів [49]. Одержані дані подібні до результатів об'єднаного аналізу силденафілу в дозі 100 мг, тадалафілу 20 мг та варденафілу 20 мг (відповідно 9,65, 8,52 та 7,50 балів), хоча пряме порівняння ефективності різних засобів ІФДЕ-5 є складним через обмежені дані щодо порівняльного аналізу їх ефективності при лікуванні ЕД [71].

Використання уденафілу збільшило показник відповідей на Запитання 2 і Запитання 3 Анкети SEP на 28,09% і 40,23% відповідно, що було подібно до результатів об'єднаного аналізу для силденафілу (10,48% і 29,10% відповідно), тадалафілу (відповідно 29,07% та 48,07%) та варденафілу (відповідно 29,22% та 48,13%) [19,49].

Досить хороші результати були отримані у дослідженні застосування препарату уденафілу у пацієнтів з ЕД та супутнім ЦД. Незважаючи на те, що загальна ефективність препаратів ІФДЕ-5 у чоловіків з ЕД на фоні ЦД нижча у порівнянні з застосуванням у хворих, що страждають ЕД без супутнього ЦД. При цьому, для покращення якості життя препарати групи ІФДЕ-5 є необхідними у терапії для лікування ЕД у чоловіків із ЦД.

Уденафіл може бути препаратом вибору для чоловіків з ЕД, що страждають на АГ, які приймають антигіпертензивні препарати. Згідно останнім досліджень (Paick JS, Kim SW, Park YK, et al.) [29] уденафіл в дозуванні 100 мг та 200 мг показав значиме збільшення показника ПЕФ-ЕФ на 6,73 і 8,06 балів в порівнянні з плацебо. Аналізуючи позитивні відповіді на Запитання 2 та Запитання 3 Анкети SEP, лікування уденафілом в дозуванні 100 мг та 200 мг показало збільшення на 25,85%, 57,88%, 29,82% та 71,11% порівняно з вихідним рівнем, що було порівняно з результатами, отриманими для тадалафілу в дозі 20 мг (34,3% і 45,1%) та варденафілу в дозі 5-20 мг (32,4% та 38,0%), відповідно [75,76,77]. Це свідчить про те, що клінічна ефективність Уденафілу аналогічна клінічній ефективності інших засобів ІФДЕ-5.

Результати, одержані при вивченні ефективності та переносимості Уденафілу при лікуванні ЕД у чоловіків з АГ, що систематично приймають антигіпертензивні препарати, подібні до результатів, отриманих для всієї популяції хворих із ЕД [24,29]. Вивчаючи показники безпеки та переносимості, лікування ЕД уденафілом при одночасному застосуванні антигіпертензивних препаратів у чоловіків не призводило до значимих змін профілів АТ або збільшення частоти небажаних ефектів, пов'язаних з лікуванням, таких як клінічно значущі вазодилатуючі симптоми або гіпотензивні симптоми, порівняно з плацебо, що було подібним до результатів інших ІФДЕ5 [29].

З приводу щоденного профілактичного використання препарату уденафіл можна сказати, що пацієнти за власним вибором можуть віддавати перевагу такому використанню ІФДЕ-5 порівняно із застосуванням «на потребу» завдяки покращенню «на потребу», звільнення від боязні невдачі, пов'язаних з фактором часу, та досягнення спонтанності у сексуальному житті [78]. Використання ІФДЕ-5 «для статевого акту» вимагає подальшої «запланованої раніше» сексуальної активності, що може завдавати певний дискомфорт і чоловікам з ЕД і їх статевим партнеркам.

Окрім того, деякі дослідження показали, що регулярне застосування уденафілу, як препарату ІФДЕ-5 в лікуванні ЕД, суттєво поліпшує ендотеліальну дисфункцію, та зупиняє структурні зміни кавернозних тіл статевого члена [58,59,60]. Таким чином, регулярний щоденний прийом ІФДЕ-5 може мати потенційну перевагу в лікуванні ЕД за рахунок корекції порушень обох патофізіологічних чинників, психогенних (тривога через заплановану сексуальну активність) та органічних (ендотеліальна дисфункція та структурні зміни у тканинах статевого члена), хоча для деталізації вищевказаних гіпотез необхідні подальші дослідження.

У даному контексті тривалість дії препарату забезпечує «ідеальний» фармакокінетичний профіль, що надає можливості для регулярного щоденного прийому уденафілу, тим самим забезпечуючи постійні стаціонарні концентрації препарату, що зможуть будь-якої миті за наявності статевого збудження забезпечити достатню ерекцію для здійснення статевого акту. До цього тільки

тадалафіл міг бути використаний для щоденного прийому завдяки своїм фармакокінетичним властивостям ($t_{1/2}$ =17,5 годин), що перевищує показник силденафілу (3–4 години) або варденафілу (4–5 годин) [17]. І хоча показник $t_{1/2}$ уденафілу (9,9 – 12,1 години) коротше, ніж у тадалафілу, уденафіл має більш прийнятні фармакокінетичні властивості з відносно більшим показником $t_{1/2}$, порівняно з силденафілом або варденафілом [17].

Таким чином, уденафіл може вважатися ще одним потенційним варіантом для тривалого систематичного застосування ІФДЕ-5 при лікуванні ЕД.

В останні роки в кількох рандомізованих плацебо-контрольованих дослідженнях вивчалась ефективність та безпека засобів ІФДЕ-5 окремо або в комбінації з альфа-адреноблокатором при лікуванні СНСШ. Згідно з мета-аналізом, застосування тільки засобів ІФДЕ-5 у пацієнтів з СНСШ було пов'язане з істотним покращенням показників в ПЕФ (+5,487) та IPSS (-2,852), але не максимальною швидкістю потоку (Q_{max}) у порівнянні з плацебо [57].

Комбіноване застосування ІФДЕ-5 та альфа-адреноблокатора значно покращило оцінку домену ПЕФ (+3,6), IPSS (-1,8) та Q_{max} (+1,5) порівняно з монотерапією альфа-адреноблокатором без збільшення значимих небажаних наслідків. Згідно з цими даними (Chung і співавтори), було показано, що комбінація уденафілу 100 мг з альфа-адреноблокаторами у пацієнтів з СНСШ і ЕД значно покращила показники IPSS (-2,8) та ПЕФ-5 (+7,4) без будь-яких додаткових небажаних ефектів, пов'язаних з паралельним застосуванням лікарських засобів [27].

Кілька робіт було присвячено специфічним клінічним властивостям (настання ефекту чи тривалості дії) уденафілу. В опублікованому дослідженні (Park та співавт.), учасникам було запропоновано спробувати статевий акт через 12 годин після прийому уденафілу або плацебо для оцінки тривалості дії препарату [25]. Дослідження показали, що уденафіл значно підвищив показник підтримки ерекції та покращив оцінки за шкалою ПЕФ-EF у порівнянні з плацебо, що свідчить про те, що ефективність уденафілу зберігається протягом 12 годин після разової дози 100 мг.

Звертаючи увагу на переваги різних препаратів групи ІФДЕ-5 можна краще врахувати індивідуальні особливості та потреби для кожного пацієнту. На сьогоднішній день є актуальним проведення подальших досліджень для оцінки ефективності застосування уденафілу для лікування ЕД у важких для лікування категоріях пацієнтів: у хворих, які не відповідають на інші препарати ІФДЕ-5 або пацієнти з ЕД після радикальної простатектомії. Також актуальним може бути проведення дослідження, присвячені специфічним клінічним властивостям, таким як тривалість дії.

Висновки:

1. Уденафіл є сучасним високоефективним препаратом із сприятливим профілем безпеки для лікування пацієнтів із ЕД. Препарат має швидкий початок дії та тривалий ефект.
2. Уденафіл високоефективний лікарський засіб для лікуванні ЕД, асоційованої з ЦД та АГ.
3. Уденафіл є ефективним та безпечним препаратом при одночасному застосуванні з антигіпертензивними препаратами або альфа-адреноблокаторами.
4. Уденафіл може бути варіантом лікування ЕД з регулярним щоденним прийомом препарату, що забезпечується сприятливим профілем ефективності та безпеки даного лікарського засобу.

Література:

1. Клінічна сексологія і андрологія / За ред. О.Ф.Возіанова, І.І.Горпинченка. – К.: Здоров'я, 1996. – 536 с.
2. Горпинченко І.І., Мирошников Я.О. «Еректильная дисфункция». -2003. Л.: Медицина світу -85 с
3. Shamloul R, Ghanem H. Erectile dysfunction. *Lancet*. 2013;381(9861): 153–165.
4. Wessells H, Joyce GF, Wise M, Wilt TJ. Erectile dysfunction. *J Urol*. 2007;177(5):1675–1681.
5. Kubin M, Wagner G, Fugl-Meyer AR. Epidemiology of erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2003;15(1):63–71.
6. Kupelian V, Shabsigh R, Araujo AB, O'Donnell AB, McKinlay JB. Erectile dysfunction as a predictor of the metabolic syndrome in aging men: results from the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*. 2006;176(1):222–226.
7. McVary KT. Erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms secondary to BPH. *Eur Urol*. 2005;47(6):838–845.
8. Rosen R, Altwein J, Boyle P, et al. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). *Eur Urol*. 2003;44(6):637–649.
9. Billups KL. Sexual dysfunction and cardiovascular disease: integrative concepts and strategies. *Am J Cardiol*. 2005;96(12B):57M–61M.
10. Brown JS, Wessells H, Chancellor MB, et al. Urologic complications of diabetes. *Diabetes Care*. 2005;28(1):177–185.
11. McVary KT. Clinical practice. Erectile dysfunction. *N Engl J Med*. 2007;357(24):2472–2481.
12. Kapur V, Chien CV, Fuess JE, Schwarz ER. The relationship between erectile dysfunction and cardiovascular disease. Part II: The role of PDE-5 inhibition in sexual dysfunction and cardiovascular disease. *Rev Cardiovasc Med*. 2008;9(3):187–195.
13. Miner MM. Erectile dysfunction and the “window of curability”: a harbinger of cardiovascular events. *Mayo Clin Proc*. 2009;84(2): 102–104.
14. Shabsigh R, Shah M, Sand M. Erectile dysfunction and men's health: developing a comorbidity risk calculator. *J Sex Med*. 2008;5(5): 1237–1243.
15. Hodges LD, Kirby M, Solanki J, O'Donnell J, Brodie DA. The temporal relationship between erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Int J Clin Pract*. 2007;61(12):2019–2025.
16. Montorsi F, Adaihan G, Becher E, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med*. 2010;7(11):3572–3588.
17. Bruzziches R, Francomano D, Gareri P, Lenzi A, Aversa A. An update on pharmacological treatment of erectile dysfunction with phosphodiesterase type 5 inhibitors. *Expert Opin Pharmacother*. 2013;14(10): 1333–1344.
18. Bell AS, Palmer MJ. Novel phosphodiesterase type 5 modulators: a patent survey (2008–2010). *Expert Opin Ther Pat*. 2011;21(10):1631–1641.
19. Yuan J, Zhang R, Yang Z, et al. Comparative effectiveness and safety of oral phosphodiesterase type 5 inhibitors for erectile dysfunction: a systematic review and network meta-analysis. *Eur Urol*. 2013;63(5): 902–912.
20. Glina S, Toscano I, Gomatzky C, et al. Efficacy and tolerability of lodenafil carbonate for oral therapy in erectile dysfunction: a phase II clinical trial. *J Sex Med*. 2009;6(2):553–557.

21. Glina S, Fonseca GN, Bertero EB, et al. Efficacy and tolerability of lodenafil carbonate for oral therapy of erectile dysfunction: a phase III clinical trial. *J Sex Med.* 2010;7(5):1928–1936.
22. Hatzimouratidis K, Hatzichristou DG. Looking to the future for erectile dysfunction therapies. *Drugs.* 2008;68(2):231–250.
23. Doh H, Shin CY, Son M, et al. Mechanism of erectogenic effect of the selective phosphodiesterase type 5 inhibitor, DA-8159. *Arch Pharm Res.* 2002;25(6):873–878.
24. Paick JS, Kim SW, Yang DY, et al. The efficacy and safety of udenafil, a new selective phosphodiesterase type 5 inhibitor, in patients with erectile dysfunction. *J Sex Med.* 2008;5(4):946–953.
25. Park HJ, Park JK, Park K, Min K, Park NC. Efficacy of udenafil for the treatment of erectile dysfunction up to 12 hours after dosing: a randomized placebo-controlled trial. *J Sex Med.* 2010;7(6):2209–2216.
26. Moon DG, Yang DY, Lee CH, et al. A therapeutic confirmatory study to assess the safety and efficacy of Zydene (udenafil) for the treatment of erectile dysfunction in male patients with diabetes mellitus. *J Sex Med.* 2011;8(7):2048–2061.
27. Chung BH, Lee JY, Lee SH, Yoo SJ, Lee SW, Oh CY. Safety and efficacy of the simultaneous administration of udenafil and an alpha-blocker in men with erectile dysfunction concomitant with BPH/LUTS. *Int J Impot Res.* 2009;21(2):122–128.
28. Zhao C, Kim SW, Yang DY, et al. Efficacy and safety of once-daily dosing of udenafil in the treatment of erectile dysfunction: results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Eur Urol.* 2011;60(2):380–387.
29. Paick JS, Kim SW, Park YK, et al. The efficacy and safety of udenafil [Zydene] for the treatment of erectile dysfunction in hypertensive men taking concomitant antihypertensive agents. *J Sex Med.* 2009;6(11):3166–3176.
30. Ortaç M, Çayan S, Çalis,kan MK, et al. Efficacy and tolerability of udenafil in Turkish men with erectile dysfunction of psychogenic and organic aetiology: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Andrology.* 2013;1(4):549–555.
31. Corbin JD, Francis SH. Pharmacology of phosphodiesterase-5 inhibitors. *Int J Clin Pract.* 2002;56(6):453–459.
32. Lue TF. Erectile dysfunction. *N Engl J Med.* 2000;342(24):1802–1813.
33. Kim NN. Phosphodiesterase type 5 inhibitors: a biochemical and clinical correlation survey. *Int J Impot Res.* 2003;15 Suppl 5:S13–S19.
34. Kim BH, Lim HS, Chung JY, et al. Safety, tolerability and pharmacokinetics of udenafil, a novel PDE-5 inhibitor, in healthy young Korean subjects. *Br J Clin Pharmacol.* 2008;65(6):848–854.
35. Shim HJ, Kim YC, Park KJ, et al. Pharmacokinetics of DA-8159, a new erectogenic, after intravenous and oral administration to rats: hepatic and intestinal first-pass effects. *J Pharm Sci.* 2003;92(11):2185–2195.
36. Walker DK, Ackland MJ, James GC, et al. Pharmacokinetics and metabolism of sildenafil in mouse, rat, rabbit, dog and man. *Xenobiotica.* 1999;29(3):297–310.
37. Kim TE, Kim BH, Kim JR, et al. Effect of food on the pharmacokinetics of the oral phosphodiesterase 5 inhibitor udenafil for the treatment of erectile dysfunction. *Br J Clin Pharmacol.* 2009;68(1):43–46.
38. Wallis RM, Corbin JD, Francis SH, Ellis P. Tissue distribution of phosphodiesterase families and the effect of sildenafil on tissue cyclic nucleotides, platelet function, and the contractile responses of trabeculae carneae and aortic rings in vitro. *Am J Cardiol.* 1999;83(5A): 3C–12C.
39. Francis SH, Turko IV, Corbin JD. Cyclic nucleotide phosphodiesterases: relating structure and function. *Prog Nucleic Acid Res Mol Biol.* 2001;65:1–52.
40. Bischoff E. Potency, selectivity, and consequences of nonselectivity of PDE inhibition. *Int J Impot Res.* 2004;16(Suppl 1):S11–S14.
41. Gresser U, Gleiter CH. Erectile dysfunction: comparison of efficacy and side effects of the PDE-5 inhibitors sildenafil, vardenafil and tadalafil – review of the literature. *Eur J Med Res.* 2002;7(10):435–446.
42. Ku HY, Ahn HJ, Seo KA, et al. The contributions of cytochromes P450 3A4 and 3A5 to the metabolism of the phosphodiesterase type 5 inhibitors sildenafil, udenafil, and vardenafil. *Drug Metab Dispos.* 2008;36(6):986–990.
43. Ji HY, Lee HW, Kim HH, et al. Role of human cytochrome P450 3A4 in the metabolism of DA-8159, a new erectogenic. *Xenobiotica.* 2004;34(11–12):973–982.
44. Kim J, Kim SJ, Ji HY, et al. Simultaneous determination of a new phosphodiesterase-5 inhibitor DA-8159 and its active metabolite in human plasma by high performance liquid chromatography with tandem mass spectrometry. *Chromatographia.* 2003;57(7–8):447–450.
45. Amakye D, Ward J, Bryson S, Han K. DA-8159-phase I studies to investigate the safety and pharmacokinetics in healthy male Caucasian subjects. *Clin Pharmacol Ther.* 2004;75:86.
46. Hatzichristou D, Amar E, Eardley I, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *Eur Urol.* 2010;57(5):804–814.
47. Oh TY, Kang KK, Ahn BO, Yoo M, Kim WB. Erectogenic effect of the selective phosphodiesterase type 5 inhibitor, DA-8159. *Arch Pharm Res.* 2000;23(5):471–476.
48. Salem EA, Kendirci M, Hellstrom WJ. Udenafil, a long-acting PDE5 inhibitor for erectile dysfunction. *Curr Opin Investig Drugs.* 2006;7(7):661–669.
49. Ding H, Du W, Wang H, et al. Efficacy and safety of udenafil for erectile dysfunction: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Urology.* 2012;80(1):134–139.
50. Thorve VS, Kshirsagar AD, Vyawahare NS, Joshi VS, Ingale KG, Mohite RJ. Diabetes-induced erectile dysfunction: epidemiology, pathophysiology and management. *J Diabetes Complications.* 2011;25(2):129–136.
51. Kang KK, Choi SM, Ahn GJ, Kwon JW, Kim WB. The effect of DA-8159 on corpus cavernosal smooth muscle relaxation and penile erection in diabetic rabbits. *Urol Res.* 2004;32(2):107–111.
52. Ahn GJ, Sohn YS, Kang KK, et al. The effect of PDE5 inhibition on the erectile function in streptozotocin-induced diabetic rats. *Int J Impot Res.* 2005;17(2):134–141.
53. Ahn GJ, Yu JY, Choi SM, et al. Chronic administration of phosphodiesterase 5 inhibitor improves erectile and endothelial function in a rat model of diabetes. *Int J Androl.* 2005;28(5):260–266.
54. Ahn GJ, Chung HK, Lee CH, Kang KK, Ahn BO. Increased expression of the nitric oxide synthase gene and protein in corpus cavernosum by repeated dosing of udenafil in a rat model of chemical diabetogenesis. *Asian J Androl.* 2009;11(4):435–442.
55. Cho SY, Park K, Paick JS, Kim SW. Change of erectile function and responsiveness to phosphodiesterase type 5 inhibitors at different stages of streptozotocin-induced diabetes in rats. *J Sex Med.* 2011;8(5): 1352–1361.
56. Martínez-Salamanca JJ, Carballido J, Eardley I, et al. Phosphodiesterase type 5 inhibitors in the management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms: critical analysis of current evidence. *Eur Urol.* 2011;60(3):527–535.
57. Gacci M, Corona G, Salvi M, et al. A systematic review and meta-analysis on the use of phosphodiesterase 5 inhibitors alone or in combination with α -blockers for lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol.* 2012;61(5):994–1003.
58. Behr-Roussel D, Gorny D, Mevel K, et al. Chronic sildenafil improves erectile function and endothelium-dependent cavernosal relaxations in rats: lack of tachyphylaxis. *Eur Urol.* 2005;47(1):87–91.
59. Porst H, Giuliano F, Glina S, et al. Evaluation of the efficacy and safety of once-a-day dosing of tadalafil 5 mg and 10 mg in the treatment of erectile dysfunction: results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Eur Urol.* 2006;50(2):351–359.
60. Porst H, Rajfer J, Casabé A, et al. Long-term safety and efficacy of tadalafil 5 mg dosed once daily in men with erectile dysfunction. *J Sex Med.* 2008;5(9):2160–2169.
61. Bella AJ, Deyoung LX, Al-Numi M, Brock GB. Daily administration of phosphodiesterase type 5 inhibitors for urological and nonurological indications. *Eur Urol.* 2007;52(4):990–1005.
62. Miner M, Billups KL. Erectile dysfunction and dyslipidemia: relevance and role of phosphodiesterase type-5 inhibitors and statins. *J Sex Med.* 2008;5(5):1066–1078.
63. Lewis RW, Sadovsky R, Eardley I, et al. The efficacy of tadalafil in clinical populations. *J Sex Med.* 2005;2(4):517–531.
64. Miner M, Gilderman L, Bailen J, et al. Vardenafil in men with stable statin therapy and dyslipidemia. *J Sex Med.* 2008;5(6):1455–1467.
65. Kang KK, Yu JY, Yoo M, Kwon JW. The effect of DA-8159, a novel PDE5 inhibitor, on erectile function in the rat model of hypercholesterolemic erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* 2005;17(5): 409–416.
66. Hatzimouratidis K, Burnett AL, Hatzichristou D, McCullough AR, Montorsi F, Mulhall JP. Phosphodiesterase type 5 inhibitors in postprostatectomy erectile dysfunction: a critical analysis of the basic science rationale and clinical application. *Eur Urol.* 2009;55(2):334–347.
67. Lee CH, Kim HS, Goo MJ, et al. Chronic administration of udenafil, a selective phosphodiesterase type 5 inhibitor, promotes erectile function recovery in an animal model of bilateral cavernous nerve crush injury. *J Sex Med.* 2011;8(5):1330–1340.
68. Lee CH, Shin JH, Ahn GJ, Kang KK, Ahn BO, Yoo M. Udenafil enhances the recovery of erectile function and ameliorates the pathophysiological consequences of cavernous nerve resection. *J Sex Med.* 2010;7(7):2564–2571.
69. Kim I, Kim D. Anterior ischemic optic neuropathy associated with udenafil. *Korean J Ophthalmol.* 2012;26(3):235–238.
70. Kim MG, Kim JR, Kim BH, et al. The effect of udenafil on the hemodynamics of healthy male volunteers administered tamsulosin. *Curr Med Res Opin.* 2013;29(6):685–693.
71. Berner MM, Kriston L, Harms A. Efficacy of PDE-5-inhibitors for erectile dysfunction. A comparative meta-analysis of fixed-dose regimen randomized controlled trials administering the International Index of Erectile Function in broad-spectrum populations. *Int J Impot Res.* 2006;18(3):229–235.

72. Vardi M, Nini A. Phosphodiesterase inhibitors for erectile dysfunction in patients with diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD002187
73. Sáenz de Tejada I, Anglin G, Knight JR, Emmick JT. Effects of tadalafil on erectile dysfunction in men with diabetes. *Diabetes Care*. 2002;25(12):2159–2164.
74. Goldstein I, Young JM, Fischer J, Bangerter K, Segerson T, Taylor T. Vardenafil, a new phosphodiesterase type 5 inhibitor, in the treatment of erectile dysfunction in men with diabetes: a multicenter double-blind placebo-controlled fixed-dose study. *Diabetes Care*. 2003;26(3): 777–783.
75. Blonde L. Sildenafil citrate for erectile dysfunction in men with diabetes and cardiovascular risk factors: a retrospective analysis of pooled data from placebo-controlled trials. *Curr Med Res Opin*. 2006;22(11): 2111–2120.
76. Kloner RA, Sadovsky R, Johnson EG, Mo D, Ahuja S. Efficacy of tadalafil in the treatment of erectile dysfunction in hypertensive men on concomitant thiazide diuretic therapy. *Int J Impot Res*. 2005;17(5): 450–454.
77. Shabsigh R, Duval S, Shah M, Regan TS, Juhasz M, Veltry LG. Efficacy of vardenafil for the treatment of erectile dysfunction in men with hypertension: a meta-analysis of clinical trial data. *Curr Med Res Opin*. 2007;23(10):2453–2460.
78. Rubio-Aurioles E, Porst H, Kim ED, et al. A randomized open-label trial with a crossover comparison of sexual self-confidence and other treatment outcomes following tadalafil once a day vs tadalafil or sildenafil on-demand in men with erectile dysfunction. *J Sex Med*. 2012;9(5): 1418–1429.
79. Giuliano F, Vicaute E, Jeanpetit Y. Impact of the pharmacokinetic properties of PDE5 inhibitors on the dose/sexual intercourse interval. *Prog Urol*. 2008;18:536–542.
80. Eardley I, Ellis P, Boolell M, Wulff M. Onset and duration of action of sildenafil for the treatment of erectile dysfunction. *Br J Clin Pharmacol*. 2002;53 Suppl 1:61S–65S.
81. Zinner N. Do food and dose timing affect the efficacy of sildenafil? A randomized placebo-controlled study. *J Sex Med*. 2007;4:137–144.
82. Moncada I, Jara J, Subirá D, Castaño I, Hernández C. Efficacy of sildenafil citrate at 12 hours after dosing: Re-exploring the therapeutic window. *Eur Urol*. 2004;46:357–360.
83. Інструкція для медичного застосування препарату Зидена P11№UA/15216/01/01, UA/15216/01/02 від 03.06.2016 №520.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА ФОРМЕН КОМБИ

Гурженко Ю.Н.

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 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 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, сливы африканской (*Pugium 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** (*Pugium 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 *Pugium 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 *Pugium Africanum* обусловлено снижением активности фермента гидроксистероидредуктазы. *Pugium 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, иммунномодулирующее, антиэксудативное, 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).

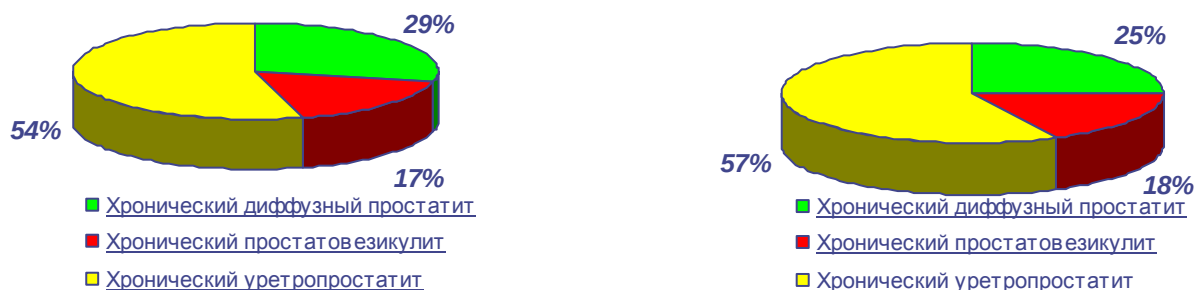


Схема 1. Распределение больных по нозологии.

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; p^1 - достоверность различий показателей между группами.

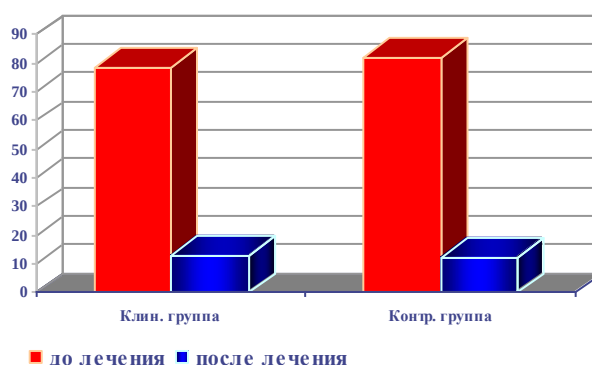


Схема 2. Мониторинг лейкоцитарной реакции секрета предстательной железы

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 Больных	Продольный размер		Поперечный размер	
	До лечения	После лечения	до лечения	после лечения
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; p^1 - 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

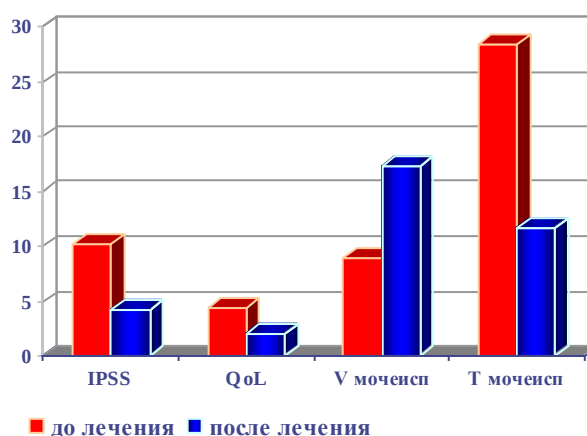


Схема 3. Динамика урофлуорометрических показателей, индекса IPSS и качества жизни в клинической группе

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.

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.

Таблиця 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

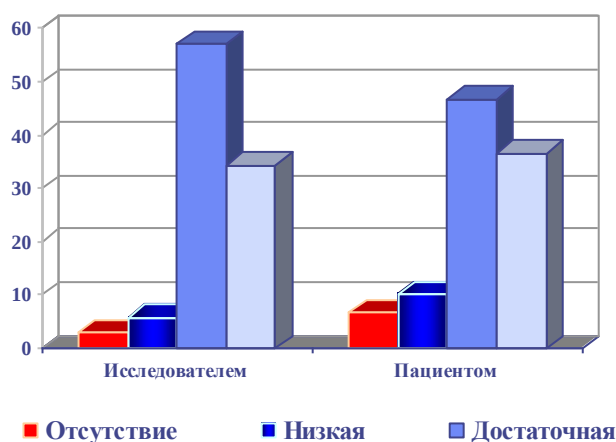


Схема 5. Оценка эффективности препарата ФОРМЕН КОМБИ

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. - №1. - 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. Адашкевич 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. - №6. - 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.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНСЕРВАТИВНЫХ И ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭЯКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ

Книгавко А.В.¹, Горленко А.С.², Майборода О.Ф.³

¹Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

²КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала», г. Харьков

³Харьковская ГКБ № 17, неврологическое отделение, г. Харьков

Преждевременная эякуляция (ПЭ) - стойкое наступление оргазма и эякуляции у мужчины до наступления оргазма у женщины - достаточно частое заболевание, которым по данным разных авторов страдает от 25 до 40% мужчин, преимущественно молодого возраста. Несмотря на такое широкое распространение преждевременной эякуляции до сих пор в Украине нет четких гайдлайнов

ее лечения. В данной работе рассмотрены этиопатогенетические факторы преждевременной эякуляции (ПЭ) различной этиологии и варианты их лечения.

Материалы и методы: В 2007-2017 гг. в ОКЦУН им. В.И. Шаповала проведено исследование 906 пациентов с преждевременной эякуляцией. В данной выборке оценивались результаты диагностики и лечения 347 пациентов с первичной ПЭ с интравагинальным латентным интервалом (ИВЛИ) менее 1 минуты. На основании пенильной биотезиометрии, сбора сексуального анамнеза, а также использования шкалы вегетативной дисфункции и шкалы Гамильтона даны предположения по наиболее вероятной причине ПЭ. Это позволило разбить пациентов на 3 группы: 1-я – 96 пациентов с нормальной чувствительностью головки без отклонений в психоневрологическом статусе назначен дапоксетин 30 мг «по требованию», 2-я группа – 98 пациентов с нормальной чувствительностью головки и высоким балом по шкале Гамильтона назначались ингибиторы обратного захвата серотонина на протяжении полугода (группа 2а – 44 пациента принимала пароксетин 20 мг, группа 2б – 54 пациента принимали сертралин 50 мг), 3-я группа – 151 пациент с повышенной чувствительностью головки и нормальным психоневрологическим статусом были подвергнуты микрохирургической денервации головки полового члена - селективной нейротомии. Через 1 и 8 месяцев определялась результативность лечения, которая оценивалась в удлинении интравагинального латентного интервала (ИВЛИ), удовлетворении половым контактом по шкале Розена, отсутствии необходимости принимать лекарства после курса лечения.

Результаты: В 1-й группе длительность ИВЛИ повысилась в 2,54 раза, эффективность 83%, 76% пациентов смогли не принимать препарат после полугодовой терапии, во 2-й группе увеличение ИВЛИ 2,12 раз, 64% смогли не принимать препарат для сохранения должного ИВЛИ. 3-я группа повышение ИВЛИ в 4,35 раза, субъективная эффективность лечения 97,7%, все пациенты избавлены от необходимости принимать препараты для коррекции ПЭ.

Выводы:

Использование указанного диагностического алгоритма позволяет добиваться высоких результатов лечения (87-96%) лечения СПЭ:

1. При нормальном психоневрологическом статусе у пациентов без гиперсенситивности головки использование дапоксетина «по требованию».
2. При наличии вегетативной и/или психоневрологической дисфункции – использование ИОЗС на срок 6-8 месяцев.
3. При средней и тяжелой степенях СПЭ без неврологических факторов и вегетативной дисфункции у пациентов с гиперсенситивностью головки рекомендовано раннее хирургическое лечение (микрохирургическая денервация головки в виде селективной дорсальной или мозаичной нейротомии).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРО-TESE ПРИ СЕКРЕТОРНЫХ ФОРМАХ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Лесовой В.Н.^{1,2}, Панасовский Н.Л.^{1,2}, Аркатов А.В.^{1,2}, Ситникова Е.И.², Феськов А.М.³

¹Харьковский государственный медицинский университет, г. Харьков

²КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала», г. Харьков

³Клиника Репродукции Человека ООО «Сана-Мед»

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 инфертильности являются азооспермии. Распространенность азооспермии среди больных с мужским бесплодием достигает 15-20% и у 80% пациентов этой группы диагностируется секреторное бесплодие. Необструктивная азооспермия (НОА) может быть эндокринной: первичной (крипторхизм, гипогонадизм, эктопии); вторичной (паротит, вторичный гипогонадизм). Связанная с токсическим воздействием (алкоголь, лекарственные препараты, пестициды и др.), а так же генетически обусловленной азооспермией.

Диагностический алгоритм обследования пациентов включает в себя как традиционное клиническое обследование, так и специфические генетические, биохимические, гормональные, аппаратные методы исследования.

Всем пациентам с азооспермией мы выполняем кариотипирование, оценку локуса AZF, выявление гетерозиготного носительства гена муковисцидоза – прогностические факторы 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%.

У мужчин с нарушением сперматогенеза, численные и структурные аномалии хромосом (транслокации) встречаются в 30 раз чаще, чем в популяции. Частота хромосомных нарушений у мужчин с необструктивной азооспермией составляет 10-15%, с олигозооспермией 4-7%.

Наиболее частой количественной хромосомной патологией при азооспермии (в 10% случаев) является синдром Клайнфельтера – кариотип - 47,XXY.

К лабораторным прогностическим факторам относились уровень тестостерона, ФСГ, ЛГ, пролактин, ингибин В. Проводили УЗИ с доплерометрией – оценивали размер, структуру яичек, состояние придатков и наличие варикоцеле.

Результаты лечения пациентов(п-48) с гипогонадотропным гипогонадизмом и азооспермией показали:

- У 80% больных, которые получали комбинацию рекомбинантного человеческого ФСГ (Гонал-Ф) с ХГЧ, появились сперматозоиды в эякуляте >1,5млн. \мл после 18мес.терапии
- У 27,5% пациентов повышение концентрации сперматозоидов достигло 20млн.\мл.
- Было достигнуто 8 клинических беременностей
- В успешной группе пациентов объем яичек был достоверно больше (9 мл) чем, у тех кто потерпел неудачу(5,7мл).

За период 2013-2017г. 25 мужчинам с НОА была выполнена микро-TESE. В зависимости от уровня ФСГ пациенты были разделены на 3-группы. Средний возраст составил 37лет.

Положительным результатом считалось обнаружение сперматозоидов пригодных к ИКСИ:

1. Синдром клеток Сертоли (ФСГ-21,3 Ме/л)-12,85%
2. Блок сперматогенеза (ФСГ-16,18 Ме/л)-26,6%
3. Гипосперматогенез (ФСГ-14,18 Ме/л)-75,86%

При сравнении групп у пациентов с уровнем ФСГ меньше 15 IU/ml эффективность TESE была достоверно выше чем у остальных.

На основании полученных результатов и анализа литературных данных микро-TESE является наиболее эффективным и безопасным методом получения сперматозоидов из ткани яичка у пациентов с необструктивной азооспермией.

В качестве стартового метода биопсии микро-TESE можно рекомендовать пациентам необструктивной азооспермией старше 35 лет, суммарным объемом яичка <10мл, уровнем ингибина < 50пг/мл, и уровнем ФСГ >20 МЕ/л.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯИЧЕК У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ ОСЛОЖНЕННЫХ АЗОСПЕРМИЕЙ

Костев Ф.И., Богацкий С.В., Шаталюк С.С. Дехтярь Ю.Н. Тучин Д.Ф.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса

Мужского бесплодие, которое развивается вследствие ряда заболеваний или суммарных патологических воздействий на репродуктивную систему мужчин, является весьма актуальным в настоящее время во всем мире. Его патогенез, структура, диагностика продолжают оставаться предметом многих дискуссий [1,2]. Статистика ВОЗ из года в год предоставляет неутешительную информацию о том, что в 45% случаев бесплодных пар «виновником» является мужчина, а в 40% - женщина, оставшиеся случаи связаны с несовместимостью партнеров [3].

К сожалению, в большинстве наблюдений применение эндокринологических и генетических методов исследований не позволяет достоверно дифференцировать причину отсутствия сперматозоидов в эякуляте — нарушение сперматогенеза или нарушение проходимости

семявыводящих путей. Многообразие факторов, приводящих к мужскому бесплодию, возможность их сочетания затрудняют выбор необходимых методов диагностики и лечения.

Восстановление репродуктивной функции растягивается во времени и негативно отражается на эффективности лечения [4,5,7,13].

К наиболее тяжелым причинам мужского бесплодия относится азооспермия, проявляющаяся отсутствием сперматозоидов в эякуляте. По данным разных авторов это состояние может быть выявлено у 10% бесплодных пациентов.

Следует дифференцировать обструктивную азооспермию, когда сперматозоиды из яичка и придатка не попадают в сперму вследствие обструкции семявыносящих путей и необструктивную, когда сперматозоиды не вырабатываются или не созревают должным образом. Обструктивная азооспермия обычно развивается на фоне хронических воспалительных заболеваний, вызывающих облитерацию просвета семявыносящих путей, в редких случаях - в результате врожденной аномалии семявыносящих путей и ятрогении. Причинами необструктивной азооспермии могут быть гормональные нарушения, варикоцеле, лучевое воздействие, опухолевые процессы в яичках, влияние химиотерапии и др.

Остановка развития герменативных клеток также может быть вызвана генетическими факторами, такими как трисомия, аутосомные аномалии (транслокации, инверсии) или делеции в Y-хромосоме (Yq11) [13]. Дифференцировать эти патологические процессы может помочь только проведение морфологического исследования биоптата яичка, позволяющее определить патологию и уровень повреждения сперматогенеза [4,5].

Анализ гистологических препаратов включает в себя оценку гистологических изменений в каждом, отдельно взятом семенном канальце путем отдельного подсчета количества имеющихся клеток (сперматогоний, сперматоцитов, округлых и вытянутых сперматид, клеток Сертоли), состояния собственной пластинки (базальной мембраны) состояния и состава интерстициальной ткани. При выявлении в семенном канальце половых клеток следует определить стадию сперматогенеза.

Термином «сперматогенез» обозначают период развития мужских гамет в эпителии семенных канальцев из диплоидных сперматогоний, имеющих контакт с базальной мембраной, до высвобождения дифференцированных гаплоидных половых клеток в просвет семенных канальцев. Данный процесс включает пролиферацию и дифференцировку сперматогониев, мейотическое деление первичных и вторичных сперматоцитов и трансформацию гаплоидных ранних округлых сперматид в сперматозоиды. Последний этап называется «спермиогенез». Высвобождение вытянутых (зрелых) сперматид в просвет семенных канальцев обозначается термином «спермиация».

При этом гаплоидные клетки в эпителии семенных канальцев называются «сперматидами», а гаплоидные мужские гаметы после спермиации — «сперматозоидами».

Большинство исследователей выделяют 6 стадий сперматогенеза, представляющих собой несколько одновременно развивающихся волн сперматогенеза в эпителии семенных канальцев. Стадия I характеризуется наличием ранних округлых сперматид с акросомальным (апикальным) пузырьком после второго мейотического деления. На этой стадии выявляются сперматогонии типа А и В, сперматоциты 1-го порядка на стадии пахитены, округлые и вытянутые сперматиды. Стадия II представлена сперматогониями типа А и В сперматоцитами 1-го порядка на стадии пахитены, округлыми и вытянутыми сперматидами, а также резидуальными тельцами, образовавшимися в клетках Сертоли из разрушенных сперматид. Стадия III характеризуется началом конденсации ядер сперматид и вступлением сперматогоний типа В в мейоз (фаза прелептотена). На стадиях IV и V отмечаются дальнейшая конденсация ядер сперматид и первичные сперматоциты на стадии пахитены. Выявление сперматоцитов 1-го порядка в фазу лептотены свидетельствует о стадии IV, а в фазу зиготены — стадии V. После стадии V первичные сперматоциты в фазу пахитены подвергаются диакнезу (последний этап профазы мейоза) и вступают в первое мейотическое деление. Стадия VI характеризуется наличием сперматоцитов 2-го порядка. Эти сперматоциты подвергаются второму мейотическому делению после короткой (около 6 ч) интерфазы, вследствие чего стадия VI обнаруживается крайне редко [6,13,14,18].

Если в большинстве семенных канальцев определяются практически все стадии сперматогенеза, то такая гетерогенная картина расценивается как «нормальный сперматогенез», как в качественном, так и в количественном аспекте. Так, если в семенных канальцах уменьшено число вытянутых сперматид или наблюдается неполный клеточный состав, то речь идет о «гипосперматогенезе» [8].

Важним етапом мікроскопічного вивчення біоптата яичка є, на наш погляд, кількісна оцінка ступеня порушень сперматогенезу. Вперше така бальна система для оцінки якості сперматогенезу була запропонована в 1970 р. S. Johansen [8], пізніше вона була модифікована D. De Kretser і A. Holstein [9]. Згідно останньої, на гістологічних препаратах повинен бути оцінений кожен сім'яний каналець. Така система найбільш значима для пацієнтів з олигоастенозооспермією, оскільки існує сильна залежність між бальною оцінкою сперматогенезу при гістологічному дослідженні і кількістю виявлених сперматозоїдів.

Цель исследования: Визначити морфологічні порушення сперматогенезу в біоптатах яичка у чоловіків з гіпергонадотропним гіпогонадизмом, ускладненим азооспермією.

Матеріали і методи. На базі кафедри урології і нефрології ОНМедУ г. Одеси проведено морфологічне дослідження 24 біоптатів яичка, отриманих у чоловіків 26-40 років, хворих на гіпергонадотропний гіпогонадизм, азооспермією. Зразки тканини яичка розміром 0,25-0,4 см фіксували 10% забуференим формаліном, заливали в парафін і виготовляли срези товщиною 5 мкм з наступною обзорною окраскою гематоксилином і еозином, гістохімічною окраскою для візуалізації з'єднаної тканини з застосуванням пікринової кислоти і кислого фуксину (Ван Гизон) за стандартною методикою. В результаті гістохімічної реакції колагенові волокна фарбувалися в червоний колір. Підрахунок клітин здійснювали за допомогою програм статистичних методів дослідження, так же визначали рівень статистичних гормонів.

Результати досліджень і їх обговорення. З метою вивчення оцінки морфофункціонального стану тканини яичка використовували систему гістологічного рахунку, описану S.G. Johansen і модифіковану De Kretser and Holstein, згідно рекомендацій Європейського урологічного товариства. Для вивчення андрогенної функції яичка у 24 пацієнтів з первинним гіпогонадизмом проведено оцінку гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної системи, включаючи дослідження вмісту тестостерону (Т), ФСГ, ЛГ, пролактину (ПРЛ) і естрадіолу (Е). В процесі обстеження нами відмічено, що практично у всіх обстежених нами пацієнтів були порушення рівня статистичних гормонів.

Середній вік хворих становив $(33,64 \pm 0,48)$ років. Рівень Т крові коливався від 1,3 до 9,9 нмоль/л (в середньому становив $4,5 \pm 1,3$ нмоль/л), рівень ЛГ визначався від 2,1 до 14,1 МО/л (в середньому $13,4 \pm 5,3$) МО/л). Рівень ФСГ коливався від 4,4 до 45,3 МО/л (в середньому становив $37,43 \pm 11,32$) МО/л). Рівень ПРЛ крові становив від 107,3 до 338,1 МО/л (в середньому $266,1 \pm 67,4$) МО/л). Рівень Е крові становив від 37,2 до 101,7 пг/мл (в середньому $64,21 \pm 23,13$ пг/мл).

Нормальний сперматогенез, що відповідав 100% згідно шкали D. De Kretser і A. Holstein, класифіковувалися наявністю сім'яних каналців, які мають тонку базальну мембрану і послідовно розташований сперматогенний епітелій. На внутрішній стороні базальної мембрани розташовані сперматогонії, сперматоцити першого і другого порядків, єдиничні клітини Сертолі, групи сперматид і зрілих сперматозоїдів. Серед 24 обстежених, нормальний сперматогенез нами не виявлено. Наряду з цим аналіз різноманітностей статистичних клітин в сім'яних каналцях дозволяє виділити ряд варіантів порушення сперматогенезу.

Серед вивченого нами матеріалу гіосперматогенез був діагностований в 6 (25%) біоптатах. З них в 2 (8,3%) біоптатах каналці сперматогенного епітелію частково десквамовані і розташовані хаотично. Існує місце очагова гіперплазія клітин Лейдига, локалізованих в міжканалцевої зоні. Процентна частка сім'яних каналців згідно шкали D. De Kretser і A. Holstein, нами оцінена в 87%. (табл.1).

Ослаблений сперматогенез спостерігали в 4 (16,6%) випадках, частка сім'яних каналців, що містять витягнуті сперматиди становила від 65 до 70%. При цьому клітинний склад зародкових клітин зменшений на всіх стадіях розвитку сперматогенезу. В стромі відзначається очаговий фіброз і лімфогістіоцитарна інфільтрація. Така морфологічна картина спостерігається при обструктивній азооспермії (рис. 1,2.).

Тканина яичка з нормальним кількістю клітин Сертолі. В частині каналців клітинний проліферат представлений звичайним кількістю сперматогонієв, сперматоцитів першого і другого порядку і зменшеним кількістю ранніх сперматид, частину з яких з помірно вираженим поліморфізмом і фігурами митозів, а також їх десквамацією в просвіт каналця. В каналцях ознаки гіосперматогенезу.

В 75% випадків виявляли необструктивну азооспермію, пов'язану з порушенням сперматогенезу на якомусь з етапів розвитку сперматогенезу.

Таблиця 1

**Количественная оценка степени нарушения сперматогенеза
по шкале D. De Kretser и A. Holstein**

Доля семенных канальцев, содержащих вытянутые сперматиды, (%)	n	(%) биоптатов
100-90		
80-90	2	8,3
70-80		
60-70	4	16,6
50-60	7	29,4
40-50	5	20,8
30-40	2	8,3
20-30	3	12,5
10-20		
1-10	1	4,1
всего	24	100%

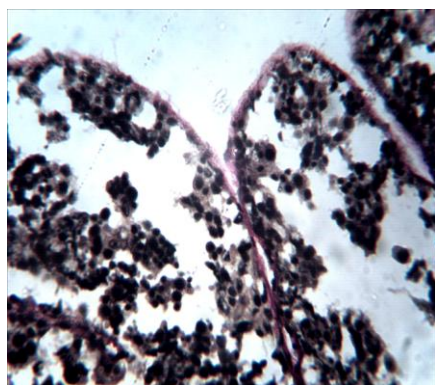


Рис.1. Ткань паренхимы яичка.
Обструктивная азооспермия.
Окр. по Ван Гизон ×400

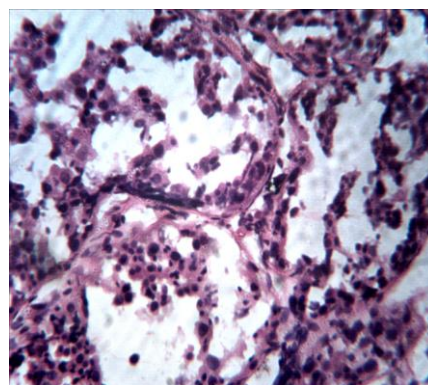


Рис.2. Ткань паренхимы яичка.
Обструктивная азооспермия.
Окр. Гематоксилин-эозин ×400

Из них у 7 (29,4%) биоптатов наблюдали блокаду развития зародышевых клеток на уровне сперматид, (рис.3,4).

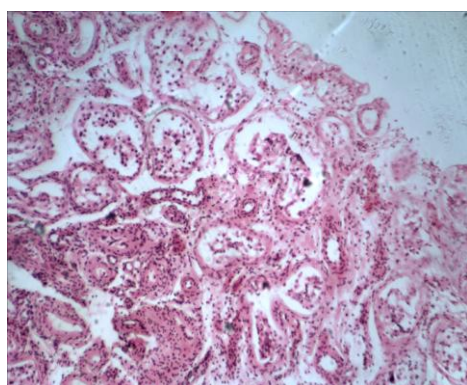


Рис.3. Ткань паренхимы яичка.
Необструктивная азооспермия. Блокада
зародышевых клеток на уровне сперматид.
Окр. Ван Гизон ×200

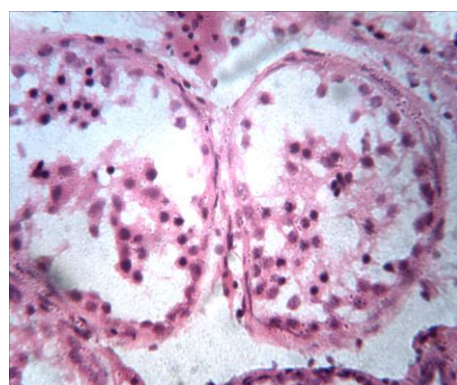


Рис.4. Ткань паренхимы яичка.
Необструктивная азооспермия. Блокада
зародышевых клеток на уровне сперматид.
Окр. Ван Гизон ×400

Согласно шкале D. De Kretser и A. Holstein, доля семенных канальцев, содержащих вытянутые сперматиды, оценивалась от 57% до 60%. В 5 (20,8%) случаях обнаруживали необструктивную азооспермию, связанную с блокадой развития зародышевых клеток на уровне сперматоцитов, согласно шкале D. De Kretser и A. Holstein, нами оценена от 40 до 50%. (рис.5,6).

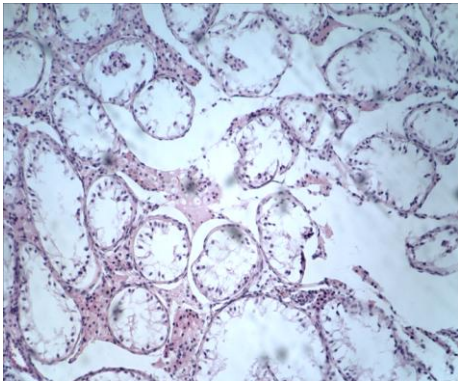


Рис.5. Ткань паренхимы яичка.
Необструктивная азооспермия.
Блокада зародышевых клеток
на уровне сперматоцитов.
Окр. Ван Гизон $\times 200$

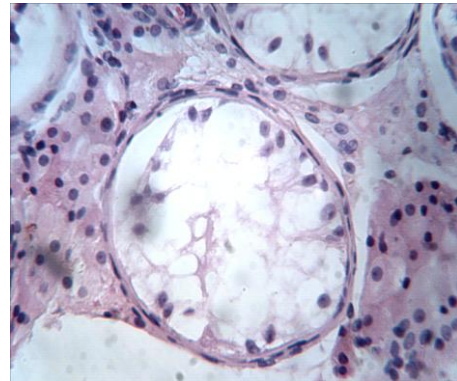


Рис.6. Ткань паренхимы яичка.
Необструктивная азооспермия.
Блокада зародышевых клеток
на уровне сперматоцитов.
Окр. Ван Гизон $\times 400$

Ткань яичка представлена с некоторым уменьшением количества клеток Сертоли. Уменьшение количества сперматоцитов первого и второго порядка. Ранние и поздние сперматоциты отсутствуют. Уменьшение количества сперматогониев. Склероз стенок семенных канальцев, очагово, до сужения их просвета с отсутствием признаков сперматогенеза. Слабо выраженный артериосклероз.

В 2(8,3%) случаях обнаруживали необструктивную азооспермию, связанную с блокадой развития зародышевых клеток на уровне сперматогониев. По критериям гистологического счета согласно модифицированной шкале D. De Kretser и A. Holstein, оценивается нами от 30% до 35%. (рис.7,8).

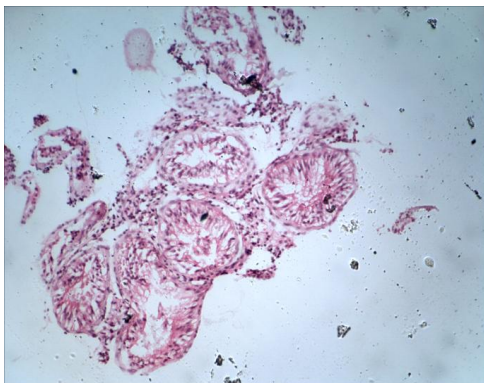


Рис.7. Ткань паренхимы яичка.
Необструктивная азооспермия.
Блокада зародышевых клеток на уровне
сперматогониев. Окр. Ван Гизон $\times 200$

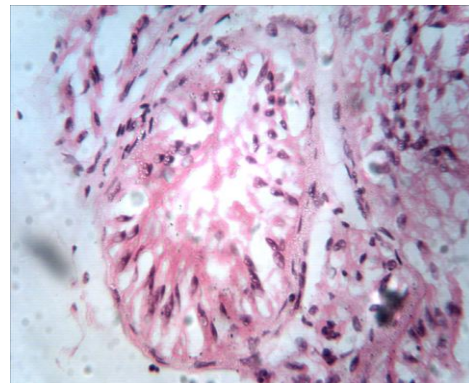


Рис.8. Ткань паренхимы яичка.
Необструктивная азооспермия. Блокада
зародышевых клеток на уровне сперматогониев.
Окр. Ван Гизон $\times 400$

Гистологически, диаметр семенных канальцев уменьшен, зародышевые клетки отсутствуют. В некоторых семенных канальцах сохранялось некоторое количество зародышевых клеток. Базальные мембраны таких канальцев несколько утолщены. В интерстиции – гиперплазия клеток Лейдига. Просвет семенных канальцев уменьшен, зародышевые клетки отсутствуют. Склероз и фиброз стенок семенных канальцев, очагово, до сужения их просвета с отсутствием признаков сперматогенеза. Склероз и очаговый фиброз интерстициальной ткани с лимфоидной инфильтрацией. Артериосклероз.

Полный Сертоли-клеточный синдром отмечался в 3 (12,5%) случаях, согласно шкале D. De Kretser и A. Holstein, нами оценен от 25% до 20% и менее, т.е. присутствие только клеток Сертоли в

канальцах, что явилось основанием для постановки диагноза «синдром наличия только клеток Сертоли». (рис. 9,10)

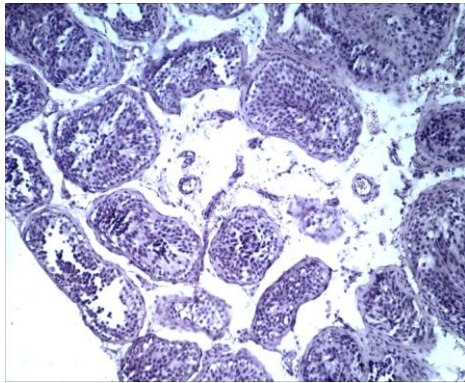


Рис.9. Ткань паренхимы яичка.
Необструктивная азооспермия.
Синдром наличия клеток Сертоли.
Окр. Ван Гизон $\times 200$

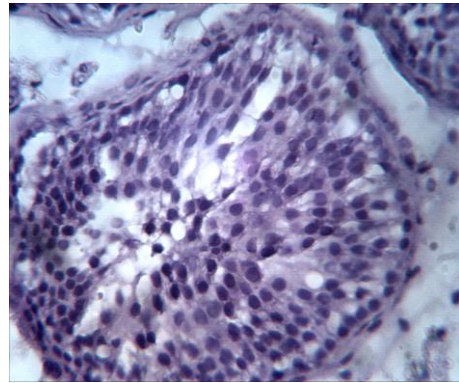


Рис.10. Ткань паренхимы яичка.
Необструктивная азооспермия.
Синдром наличия клеток Сертоли. Окр. Ван Гизон $\times 400$

Ткань яичка, семенные канальцы которой выстланы только клетками Сертоли. Обнаруживаются умеренное уменьшение размеров извитых канальцев семенников. Канальцевый пролиферат состоит из единичных сперматогониев и сперматоцитов первого порядка. Сперматоциты второго порядка, ранние и поздние сперматиды отсутствуют. Слабо выраженный фиброз интерстиция, собственной оболочки семенного канальца.

Подобные наблюдения представляют особую сложность при планируемой аспирации сперматозоидов из яичка и интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов.

Выраженная атрофия, фиброз и гиалиноз семенных канальцев, определялись только в 1 биоптате (4,1%), доля семенных канальцев, содержащих вытянутые сперматиды согласно шкале D. De Kretser и A. Holstein ниже 10%. (рис.11,12).

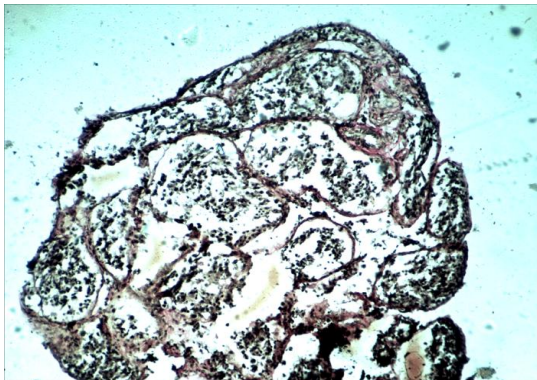


Рис.11. Ткань паренхимы яичка.
Необструктивная азооспермия. Фиброз семенных канальцев. Окрашивание по Ван – Гизон $\times 200$

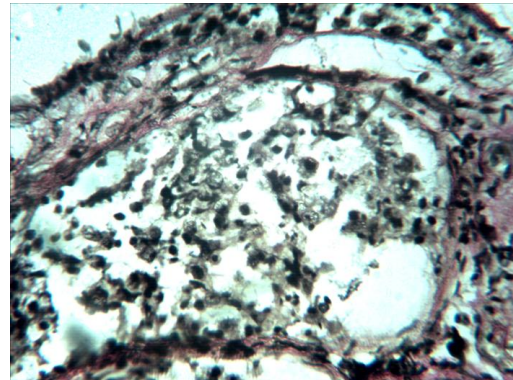


Рис.12. Ткань паренхимы яичка.
Необструктивная азооспермия. Фиброз семенных канальцев. Окрашивание Гематоксилин - эозин $\times 400$

При гистологическом исследовании канальцы резко уменьшены в диаметре, базальная мембрана утолщена. В просвете канальцев зародышевые клетки отсутствуют или обнаруживаются единичные дегенеративные клетки Сертоли. В строме - фиброз и лимфогистиоцитарная инфильтрация с уменьшенным содержанием клеток Лейдига.

Таким образом, анализ полученных нами результатов выявил, что преобладающим фактором бесплодия является необструктивная форма азооспермии, при котором нарушение созревания сперматозоидов определяется на различных стадиях развития зародышевых клеток от сперматогоний

до сперматид, що свідчить про збільшенні ролі як генетических факторів необструктивної азооспермії, так і екзогенних впливів на сперматогенез.

Благоприятний прогноз мають чоловіки з збереженим сперматогенезом, характерним для обструктивної азооспермії. Незважаючи на те, що сперматозоїди в сім'яній рідині не визначаються, сперматогенез у таких хворих може зберігатися впродовж тривалого часу завдяки компенсаторним механізмам, що дає можливість проведення екстракції сперматозоїдів з наступним ефективним проведенням ВРТ.

Учитывая научные сообщения и результаты проведения нами гистологических исследований можно считать что проведение биопсии яичка является целесообразным не только в плане диагностики состояния сперматогенеза, но и оценки перспективы проведенного лечения в том числе и по программе ЭКО-ИКСИ пациентов с необструктивными формами бесплодия.

Выводы. Морфологические исследования ткани яичка с особенностями гормонального метаболизма позволяют установить степень нарушения сперматогенеза, выяснить возможности репродуктивной функции и целесообразности этиопатогенетического лечения. У больных азооспермией имеются нарушения регуляции гипоталамо-гипофизарно - гонадной системы, что обусловлено первичной тестикулярной недостаточностью. Наличие очагового и тотального Сертоли-клеточного синдрома определяется ролью генетического фактора. Благоприятным при азооспермии является установленный морфологически гипосперматогенез, характерный для обструктивной азооспермии, что согласно шкале D. De Kretser и A. Holstein, нами оценен в 87%.

Литература:

1. Горпинченко И.И. Мужской гипогонадизм: клиника и лечение // Здоровье мужчины. – 2005. – №1. – С. 7 – 9.
2. Горпинченко И.И., Имшинская Л.П. Ложный крипторхизм – фактор мужского бесплодия. В: Социальные и клинические проблемы сексологии и сексopatологии: Материалы конференции М., 2003: 47.
3. Бойко Н.И., Борисенко Ю.А., Быстров А.А., и др. Сексология и андрология. - К.: Абрис.- 1997.- 870с
4. Имшинская Л. П., Юнда И. Ф., Горпинченко И. И., Романенко А. М.
5. Клинические проблемы сексологии и сексopatологии: Материалы конференции М., 2005: с. 152-157.
6. Горбов В. Г. Клинико-морфологические аспекты аспермии // Урология и нефрология. — 1991. — № 4. — С. 58-62.
7. Гаспаров А.С. Репродуктивное здоровье. Бесплодие как медико-социальная проблема /А.С. Гаспаров, Т.А.Назаренко //Практическое руководство. – М., 2000. – 56 с.
8. Altay B. The effects of female age on the outcome of testicular sperm extraction and intracytoplasmic sperm injection in infertile patients with azoospermia / B. Altay et al. // Int. Urol. Nephrol. – 2002. – No 33(1). – P. 95-99.
9. Thomas J.O. Histological pattern of testicular biopsies in infertile males in Ibadan, Nigeria / J.O. Thomas // East African Medical Journal – 1990. – No 67. – P. 578-584.
10. Schoor R.A. The role of testicular biopsy in the modern management of male infertility / R.A. Schoor, S. Elhanbly et al. // J. urol. – 2002. – Vol. 167. – No1. – P. 197-200.
11. Clermont Y. The cycle of the seminiferous epithelium in man. Am. J. Anat. 1963; 112: 35—51.
12. Bergmann M., Kliesch S. Hodenbiopsie. In: Krause W., Weidner W., eds. Andrologie. Stuttgart: Enke Verlag; 1998: 66—71.
13. Johnson L., Chaturvedi P.K., Williams J.D. Missing generations of spermatocytes and spermatids in seminiferous epithelium contribute to low efficiency of spermatogenesis in humans. Biol. Reprod. 1992; 47: 1091—8.
14. Holstein A.F., Schirren C., Roosen-Runge E.C. Illustrated pathology of human spermatogenesis. Berlin: Grosse Verlag; 1988.
15. Amer M., Zohdy W., El Naser T.A. et al. Single tubule biopsy: A new objective microsurgical advancement for testicular sperm retrieval in patients with nonobstructive azoospermia. Fertil. Steril. 2008 (89): 592—6.
16. McLachlan R.I., Rajpert-De Meyts E., Hoi-Hansen C.E. et al. Histological evaluation of the testis — approaches to optimizing the clinical value of the assessment: mini review. Hum. Reprod. 2007; 22: 2—16.
17. Diekmann K.P., Kulejewski M., Pichlmeier U., Loy V. Diagnosis of contralateral testicular intraepithelial neoplasia (TIN) in patients with testicular germ cell cancer: Systematic two-site biopsies are more sensitive than a single random biopsy. Eur. Urol. 2007; 51: 175—83.
18. Van Casteren N.J., Boellaard W.P.A., Dohle G.R. et al. Heterogeneous distribution of ITGCNU in an adult testis: consequences for biopsy-based diagnosis. Int. J. Surg. Pathol. 2008; 16: 21—4.
19. Nieschlag E., Behre H.M., Nieschlag S. Andrology. Male reproductive health and dysfunction. 3rd ed. Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag; 2010.

СНИЖЕНИЕ ВЕНОЗНОЙ ГИПЕРЕМИИ ПРОСТАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА ПРИ КОМОРБИДНОМ ВАРИКОЦЕЛЕ

Кривицкий В.А.¹, Книгавко А.В.², Аркатов А.В.^{1,2}, Горленко А.С.¹

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

В статье рассмотрена взаимосвязь венозной гиперемии простаты как ко-фактора развития хронического простатита и варикоцеле. При варикоцеле, особенно с диагностикой как рено- так и илеотестикулярного венозного рефлюкса, единственным постоянно функционирующим путем оттока венозной крови от яичка является вена семенного протока, по которой кровь попадает в парапростатическое венозное сплетение. В результате возникает венозная гиперемия простаты, что является одним из факторов развития хронического воспаления в предстательной железе. Расположение предстательной железы в области малого таза, связь ее венозных сплетений (plexus vesicoprostaticus), а также лимфатических сосудов с венозными сплетениями (plexus haemorrhoidalis) и лимфатическими сосудами прямой кишки приводят к тому, что в простате

под влиянием различных причин легко возникают нарушения кровообращения и явления застоя; в результате в ней, как «в сетях», легко застревает циркулирующая в крови инфекция и активизируется инфекции, попавшие половым путем. В данной работе нами проанализирована коморбидность хронического простатита и варикоцеле, а также эффективность операции Мармара для снижения венозной гиперемии простаты и повышения эффективности лечения простатита.

Материалы и методы: За 2015-2017 гг произведено изучение 632 пациентов, обратившихся в КЗОЗ «ОКЦУН им. В.И. Шаповала» с диагнозом хронический простатит и/или варикоцеле. При этом 243 пациента имели одновременно обе патологии, 312 только простатит и 77 пациентов только варикоцеле. Пациентам проводилась этиологическая диагностика инфекционного фактора, УЗИ простаты и мошонки в доплеровском режиме, оценка спермограммы и секрета простаты, а также опрос по шкале IPSS и IIEF-5 для оценки дизурических и сексуальных расстройств. Пациенты с комплексной патологией были разделены на 2 группы: 1-я группа 179 пациентов на фоне антибактериального лечения были подвергнуты операции Мармара с одной или двух сторон (при диагностике двустороннего варикоцеле). Вторая группа 64 человека кроме антибактериального лечения получала стандартную консервативную терапию (венотоники, массажи простаты и физиотерапия). Через 2 недели и 2 месяца после курса терапии проводились повторные физикальные исследования и опрос пациентов.

Результаты и обсуждение: При оценке историй болезни пациентов поступающих с диагнозом хронический простатит, варикоцеле явилось наиболее частым вторым диагнозом, встречаясь в 43,8%. При исследовании пациентов с варикоцеле простатит как второй диагноз встречался в более чем половине случаев. У 96,1% пациентов с простатитом и варикоцеле отмечена венозная гиперемия простаты, определяемая на ТРУЗИ с доплером, в то время как у пациентов просто с простатитом она отмечена лишь в 58.7% случаев, а при варикоцеле без простатита в 53.4% случаев при левостороннем процессе и 73.6% при двустороннем. Операция Мармара у пациентов с варикоцеле и простатитом приводила к снижению застоя венозной крови и нормализации венозного оттока у 87.4% пациентов, нормализации экзогенности простаты у 74,2% и вместе с антибактериальной терапией перехода простатита в стадию стойкой ремиссии у 87.4%. Лечение пациентов второй группы было менее успешным: нормализация венозного оттока наблюдалась лишь в 43.7% случаев, а стойкая ремиссия наблюдалась лишь 65.8% пациентов.

Выводы:

1. Варикоцеле, особенно двустороннее, является коморбидным состоянием для простатита, вызывая переполнение парапростатического венозного сплетения, вызывая венозную гиперемию простаты и хронизацию простатита.
2. Операция Мармара способствует нормализации простатического кровотока у пациентов с простатитом и варикоцеле, повышает эффективность лечения простатита и может быть рекомендована как составляющая комплексного лечения пациентов данной группы.

МОЖЛИВОСТІ СОНОЕЛАСТОГРАФІЇ ЯЄЧКА ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ

Наконечний Й.А., Воробець Д.З.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

Вступ. Варикоцеле найбільш поширена андрологічна патологія серед чоловіків та підлітків, основним клінічним значенням якого виступає непліддя. А питання ефективності варикоцелектомії щодо відновлення фертильності і надалі залишаються контраверсійними [5, 6, 8, 9, 10, 11]. Тому пошук неінвазивних методів дослідження, які корелюють з порушеннями сперматогенезу, а відтак дозволяють оцінити ризики непліддя, є беззаперечно актуальною проблемою [4, 5, 6].

Матеріали та методи. З первинним лівобічним варикоцеле обстежено 44 пацієнти у віці від 17 до 35 років. Виконували ультразвукове дослідження органів калитки і сім'яного канатика з ефектом Допплера та еластографію яєчок. Окрім традиційних доплерографічних показників кровоплину у внутрішньояєчкових артеріях у стані спокою та під час проби Valsalva оцінювали діаметр вен сім'яного канатика, швидкість реверсного кровоплину і його тривалість, а також визначали еластичність тестикулярної тканини [1, 3]. Ультразвукове обстеження з якісною компресійною еластографією органів калитки проведено на ультразвукових сканерах SAMSUNG Medison SonoAce R7 та SAMSUNG H60 з використанням лінійних датчиків з частотою 12 МГц. Паралельно проводили аналіз еякуляту. Пацієнтів обстежували на II етапах – до та через 3 місяці після оперативного

лікування варикоцеле. У групу норми ввійшло 30 практично здорових чоловіків без андрологічної патології також у віці від 17 до 35 років.

Результати дослідження та їх обговорення. Еластографічні зображення оцінювали за 5-ти бальною шкалою еластичності тканини яєчка. У практично здорових чоловіків з нормальними показниками спермограми діагностували еластограми 1 – 3 балів. При цьому, більш як у двох третин чоловіків репродуктивного віку переважала еластограма 2 бали. У чоловіків з лівобічним варикоцеле діагностовано еластограми 2 – 5 балів. У них відмічено більш низьку еластичність тканини яєчок і вищу бальність еластограми. Більше як у половини хворих на лівобічне варикоцеле реєструвалася еластограма 4 бали. Також для пацієнтів з лівобічним варикоцеле притаманними були такі параметри – індекс резистентності (RI) вищий 0,6, розширення вен сім'яного канатика понад 2,5 мм, швидкість ретроградного кровоплину більша 2 см/с та його тривалість довша 1 с.

Через 3 місяці після ефективної варикоцектомії у чоловіків покращувалася бальність еластичності тканини яєчок і показники кровоплину. Так, у жодного пацієнта не діагностовано еластограми 5 балів, яка реєструвалася в доопераційному періоді, а також RI не перевищував 0,6.

Ультразвукові показники корелювали з покращенням параметрів спермограми і, зокрема, зі збільшенням кількості сперматозоїдів в 1 мл, а також активнорухомих та нормальних форм в еякуляті.

Отримані нами результати перекликаються з даними літератури, які констатують, що соноеластографія на етапі попереднього ультразвукового обстеження виявляє порушення репродуктивного потенціалу у чоловіків [2]. А показник RI понад 0,6 асоціюється зі зниженням загальної кількості рухливих сперматозоїдів (TMS a+b+c) та об'ємом яєчок [7].

Висновки. Низька еластичність тестикулярної тканини у хворих на варикоцеле корелює з погіршенням показників еякуляту. Динаміку соноеластографічної бальності яєчок у чоловіків з варикоцеле слід використовувати для прогнозу фертильності.

Література.

1. Аллан П.А. Клінічна доплерівська ультрасонографія / П.А. Аллан, П.А. Даббінс, М.А. Позняк, В.Н. МакДікен, пер. з англ. за ред. В. Павлюк, О. Шимечко // – Медицина світу. – 2007. – С. 361 – 374.
2. Жуков О.Б. Ультразвуковая соноэластография мошонки в диагностике фертильности мужчины / О.Б. Жуков, О.В. Юрченко, В.И. Кырпа, А.А. Жуков // Андрология и генитальная хирургия. – 2014. – № 15 (2). – С. 58 – 62.
3. АП UA Шкала оцінки структурно-функціонального стану паренхіми яєчка у хлопчиків з пахвинними грижами за методом якісної компресійної еластографії / В.П. Захарко, А.Й. Наконечний, М.В. Габріель; – заявник Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. – № 70437; заявл. 19.12.2016; опубл. 14.02.2017.
4. Athina C. Tsili. Potential role of imaging in assessing harmful effects on spermatogenesis in adult testes with varicocele. / Athina C. Tsili, Olga N. Xiropotamou, Anastasios Syllakos, Vasilios Maliakas, Nikolaos Sofikitis, Maria I. Argyropoulou // World J. Radiol. – 2017. – V. 9 (2). – P. 34 – 45.
5. Chiba K. The varicocele: diagnostic dilemmas, therapeutic challenges and future perspectives / K. Chiba, R. Ramasamy, D.J. Lamb, L.I. Lipshultz // Asian J. Androl. – 2016. – V. 18. – P. 276 – 281. [PMID: 26698233 DOI: 10.4103/1008-682X.167724].
6. Esteves S.C. Afterword to varicocele and male infertility: current concepts and future perspectives / S.C. Esteves, A. Agarwal // Asian J. Androl. – 2016. – V. 18. – P. 319 – 322. [PMID: 26780876 DOI: 10.4103/1008-682X.172820].
7. Joel H. Hillelsohn. Spectral Doppler Sonography for Predicting Dyspermia / Joel H. Hillelsohn, Kai-Wen Chuang, Etai Goldenberg, Bruce R. Gilbert // J. Ultrasound Med. – 2013. – V. 32. – P. 1427 – 1432.
8. Shridharani A. The significance of clinical practice guidelines on adult varicocele detection and management / A. Shridharani, R.C. Owen, O.O. Elkelany, E.D. Kim // Asian J. Androl. – 2016. – V. 18. – P. 269 – 275. [PMID: 26806081 DOI: 10.4103/1008-682X.172641].
9. Sofikitis N. Mysteries facts and fiction in varicocele pathophysiology and treatment / N. Sofikitis, S. Stavrou, S. Skouros, F. Dimitriadis, P. Tsounapi, A. Takenaka // European Urology Supplements. – 2014; – V. 13. – P. 89 – 99. [DOI: 10.1016/j.eursup.2014.07.002].
10. Tiseo B.C. Summary evidence on the effects of varicocele treatment to improve natural fertility in subfertile men. / B.C. Tiseo, S.C. Esteves, M.S. Cocuzza // Asian J. Androl. – 2016. – V. 18. – P. 239 – 245. [PMID: 26806080 DOI: 10.4103/1008-682X.172639].
11. Valentino M. Children and adults varicocele: diagnostic issues and therapeutic strategies. / M. Valentino, M. Bertolotto, L. Derchi, P. Pavlica // J. Ultrasound. – 2014. – V. 17. – P. 185 – 193. [PMID: 25177391 DOI: 10.1007/s40477-014-0088-3].
12. Will M.A. The great debate: varicocele treatment and impact on fertility / M.A. Will, J. Swain, M. Fode, J. Sonksen, G.M. Christman, D. Ohl // Fertil Steril. – 2011; – V. 95. – P. 841 – 852. [PMID: 21272869 DOI: 10.1016/j.fertn-stert.2011.01.002].

ЭМБРИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЦИКЛОВ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ МЕТОДАМИ ВРТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ ЭПИДИДИМАЛЬНЫХ СПЕРМАТОЗОИДОВ

*Петрушко М.П.^{1,2}, Панасовский Н.Л.³, Аркатов А.В.³, Павлович Е.В.¹, Юрчук Т.А.¹,
Пиняев В.И.^{1,2}, Гапон А.А.¹*

¹Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

²Медицинский центр «ВРТ-клиника репродуктивной медицины», г. Харьков

³ КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии», г. Харьков

Введение Криоконсервирование сперматозоидов является неотъемлемой частью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) [1,2].

Этот метод становится особенно актуальным при получении эпидидимальных сперматозоидов у пациентов с обструктивной азооспермией. Превентивная криоконсервация сперматозоидов,

полученных при аспирации сперматозоидов из придатка яичка, позволит иметь репродуктивный материал партнера в день аспирации фолликулов пациентки. Однако данные об эффективности использования криоконсервированных эпидидимальных сперматозоидов в программах лечения бесплодия с использованием ВРТ противоречивые.

Цель исследования – сравнительная оценка эмбриологических параметров в циклах лечения бесплодия методами ВРТ с применением нативных и криоконсервированных сперматозоидов, полученных из придатка яичка.

Материал и методы Ретроспективно были проанализированы эмбриологические параметры 58 циклов лечения бесплодия методами ВРТ у пациентов, проходивших лечение бесплодия в «ДРТ– клинике репродуктивной медицины», г. Харьков. В программах ВРТ использовали нативные и криоконсервированные эпидидимальные сперматозоиды **спермии**: 32 цикла (группа I) –нативные (полученные при аспирации) **свежеаспирированные**, 26 цикла (группа II) – криоконсервированные.

Оценивали эмбриологические параметры (частоту оплодотворения ооцитов, дробления и формирования бластоцист), а также частоту наступления беременности при использовании нативных и криоконсервированных эпидидимальных спермиев в циклах лечения бесплодия методами ВРТ.

Сперматозоиды получали из аспирата придатка яичка мужчин с обструктивной азооспермией. Аспират центрифугировали в градиенте плотности (SpermGrade, Cook, США). После удаления супернатанта на преципитат наслаивали 20 мкл культуральной среды (Global total for fertilization, Global, США) и выполняли процедуру «swim up», после чего проводили морфофункциональную оценку спермиев, в соответствии с рекомендациями ВОЗ [3].

Криоконсервировали выделенные сперматозоиды по двухэтапному методу. К суспензии спермиев в соотношении 1:1 добавляли криозащитную среду Sperm Freezing Solution (Life Global, США) и инкубировали в течении 10 мин. После чего образцы помещали в соломинки объемом 0,5 мл (CryoBioSystem, France) и охлаждали в программируемом замораживателе от 22°C до –35°C со скоростью 1 град/мин, от –35 до –196°C со скоростью 150град/мин с последующим погружением в жидкий азот. Отогрев осуществляли с использованием водяной бани с температурой 37°C до полного исчезновения твердой фазы. Отмывку от криопротектора проводили в среде Global total for fertilization, (Life Global, США).

Оплодотворение проводили методом интрацитоплазматической инъекции морфологически полноценного спермия в цитоплазму ооцита. Для этого спермии переносили в 10 мкл 8% поливинилпирролидона для обездвиживания (PVP, Cook, США), согласно Nagy и др. [4]. Полученные эмбрионы культивировали в среде Global total medium (Life Global, USA) до стадии бластоцисты и переносили в полость матки на 5-е сутки развития *in vitro*. Все исследования выполнены с соблюдением правил биомедицинской этики [5,6].

Статистическую обработку данных проводили с использованием программ «Excel» («Microsoft», США) и «Past Statistic v/3/01» (Швеция). Различия в выборках считали достоверным при $P < 0,05$.

Результаты исследований Возраст женщин является важным прогностическим фактором эффективности вспомогательных репродуктивных технологий и должен учитываться при рандомизации исследуемых групп. Распределение групп по возрасту женщин было следующим: группа I – $30,0 \pm 6,2$; группа II – $(31,7 \pm 3,4)$ года.

При аспирации фолликулов было выделено 202 ооцита в группе I и 177 – в группе II. Различия среднего количества аспирированных и зрелых ооцитов, находящихся на стадии МII, в группах I и II были статистически недостоверными. Среднее количество спермиев в аспиратах мужчин групп I и II было так же статистически равнозначным (таблица 1).

Выживаемость эпидидимальных спермиев после отогрева составила $92 \pm 8,8\%$. Исследование их морфофункциональных характеристик показало значительное снижение их моторики по сравнению со свежевыделенными эпидидимальными спермиями. Так, количество активноподвижных спермиев в группе I составило $(12 \pm 0,8)\%$, в группе II – $(8 \pm 0,8)\%$.

Оценка эмбриологических характеристик циклов лечения бесплодия с использованием эпидидимальных спермиев показала высокую частоту фертилизации ооцитов, что свидетельствует сохранении их оплодотворяющего потенциала (таблица 2).

Таблиця 1

Клинические параметры циклов лечения бесплодия методами ВРТ с использованием нативных и криоконсервированных эпидидимальных спермиев

Параметр	Группа, количество пациентов	
	I (n=32)	II (n=26)
Возраст пациенток, лет	30,0 ± 6,2	31,7 ± 3,4
Среднее (общее) количество аспирированных ооцитов в цикле (абс.ед)	6,9±0,7 (222)	7,3±0,5 (189)
Среднее (общее) количество ооцитов на стадии М II, M±m (абс.ед)	6,3±1,0 (202)	6,8±1,6 (177)
Среднее количество спермиев, M±m	178,9±16,2	171,2±18,6
Выживаемость спермиев, %	-	92±8,8

Таблиця 2

Эмбриологические характеристики циклов лечения бесплодия методами ВРТ с использованием нативных и криоконсервированных эпидидимальных спермиев

Параметр	Группа, количество пациентов	
	I (n=32)	II (n=26)
Частота оплодотворения, %	94,8 ± 7,8 (195)	96,9 ± 6,6 (159)
Частота дробления, %	98,1 ± 5,1 (191)	98,35 ± 4,6 (156)
Частота формирования бластоцист, %	51,3 ± 3,3 (98)	59,6±5,2* (93)
Частота наступления беременности	46,1	53,1

Примечание. * – отличие статистически значимое, P<0,05

Изучение морфологических характеристик эмбрионов на 5–е сутки культивирования показало положительную динамику дробления и высокое качество эмбрионов, поскольку в обеих группах более 50% эмбрионов достигло стадии бластоцисты. Частота наступления беременности в группе с применением криоконсервированных эпидидимальных спермиев была выше (53,1 %), чем в группе с оплодотворением свежеспирированными клетками (46,1 %).

Выводы. Использование криоконсервированных эпидидимальных сперматозоидов в циклах лечения бесплодия методами ВРТ не приводит к снижению оплодотворяющей способности спермиев, темпов дробления эмбрионов, частоты формирования бластоцист и частоты наступления беременности.

Литература:

- Петрушко М.П., Павлович Е.В., Пиняев В.И., Волкова Н.А., Подуфалый В.В. Апоптоз и процессы фрагментации ДНК в нативных и криоконсервированных спермиях человека при нормо- и патоспермии // Цитология и генетика. – 2017. – т.51, №4. – с.52–56.
- Петрушко М.П., В.И., Юрчук Т., Павлович Е.В., Гапон А.А. Выбор тактики оплодотворения ооцитов человека криоконсервированными спермиями в программе лечения бесплодия вспомогательными репродуктивными технологиями // Научно-практическая конференция «Урология, андрология, нефрология – 2016». – 2016. – С.152–154.
- WHO laboratory manual for the Examination and processing of human semen fifth edition // World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. – 2010. WHO.– 287 p.
- Nagy Z., Varghese A., Agarwal A. Practical Manual of In Vitro Fertilization: Advanced Methods and Novel Devices // Springer Science & Business Media. – 2012. – Medical – 703 p.
- Кундиев Ю.И. Антология биозтики. – Львов: БАК. – 2003. – 592 с.
- Про затвердження умов та порядку застосування штучного запліднення та імплантації ембріона (ембріонів) та методів їх проведення / Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 4 лютого 1997 року, № 24.

ФОРМИРОВАНИЕ ЖЕНСКИХ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ НА ФОНЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Ромащенко О.В., Билоголовская В.В., Яковенко Л.Ф.

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) – это группа заболеваний (самостоятельных нозологических форм) верхнего отдела репродуктивного тракта женщины, с возможностью сочетания эндометрита, сальпингита, оофорита, tuboовариального абсцесса и тазового перитонита.

Міжнародна класифікація хвороб Х перегляду виділяє наступні запальні захворювання органів малого тазу у жінок:

- №70.0 – Гострий сальпінгіт і оофорит
- №70.1 – Хронічний сальпінгіт і оофорит
- №71.0 – Гостра запальна хвороба матки
- №71.1 – Хронічна запальна хвороба матки
- №73.0 – Гострий параметрит і тазовий целюліт
- №73.1 – Хронічний параметрит і тазовий целюліт
- №73.3 – Гострий тазовий перитоніт у жінок
- №73.4 – Хронічний тазовий перитоніт у жінок
- №73.6 – Тазові перитонеальні спайки у жінок
- №74.3 – Гоніокочкові запальні хвороби жіночих тазових органів
- №74.4 – Запальні хвороби жіночих тазових органів, викликані хламідіями.

У світовій медичній практиці лікарі всіх спеціальностей віддають перевагу терміну Pelvic inflammatory disease (PID) – запальні захворювання органів малого тазу (ВЗОМТ). Найвищий ризик розвитку ВЗОМТ відзначено у жінок у віці до 25 років з незахищеними статевими відносинами з декількома статевими партнерами. Згідно з висновками експертів ВОЗ, у 60% випадків причиною ВЗОМТ є інфекції, передавані статевим шляхом, причому, лідуючу позицію в цьому списку займають (65-70% всіх випадків ВЗОМТ) хламідіоз і гонорея[1].

Запальні захворювання органів малого тазу (ВЗОМТ) зустрічаються серед 38-67% жінок репродуктивного віку і часто характеризуються латентним перебігом, що ускладнює їх своєчасну діагностику. Виражені анатомічні зміни з боку органів малого тазу формуються через 1-2 роки з моменту виникнення запального процесу з боку статевих органів і традиційно не діагностуються на початкових етапах їх виникнення, в більшості випадків супроводжуються порушеннями репродуктивного і сексуального здоров'я[2].

Типичним для «молчаливих» запальних захворювань статевих органів прийнято вважати залучення в патологічний процес всіх органів малого тазу з високою ймовірністю формування спайкових змін, що вимагають адекватної корекції і проведення реабілітаційної терапії. Однак, 40% жінок з гоніокочковою або хламідійною інфекцією своєчасно не отримують необхідної терапії, саме тоді, коли запальний процес з боку статевих органів досягає апогею і у кожній четвертій з них формується безпліддя [3,4].

Таким чином, латентний перебіг ВЗОМТ, а також складності їх лабораторної діагностики сприяють збільшенню частоти випадків «нерасшифрованного» захворювання і проведення при цьому нерационального лікування (без урахування істинного етіологічного фактора), зазвичай з ігноруванням необхідності здійснення реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення репродуктивної і сексуальної функцій [5, 6, 7].

Отже, ВЗОМТ є складною проблемою, тісно пов'язаною з різними порушеннями репродуктивного і сексуального здоров'я жінок, обумовлених цілим рядом причин їх виникнення, так і формуванням спектра ускладнень навіть після проведення терапії [8,9].

Порушення сексуального здоров'я, виниклі на фоні ВЗОМТ – особливе клінічне стан, являючись результатом комплексного взаємодія фізіологічних і психологічних факторів, суттєво впливає на якість життя пацієнток будь-якого віку і їх партнерів. При цьому важливо враховувати, що історія розвитку захворювання кожної пацієнтки, як і неповторність сексуального «сценарія» взаємостосунків кожної пари, має первинне значення. Наявність багатьох факторів, в тому числі і особливостей розвитку ВЗОМТ в виникненні сексуальних дисгармоній, свідчить про важливість індивідуального підходу для обґрунтування подальшої тактики ведення пацієнтки з урахуванням зусиль не тільки гінекологів, але і андрологів, сексологів, психотерапевтів [10,11].

На фоні ВЗОМТ сексуальні дисфункції частіше за все проявляються порушенням бажання, лубрикації, різною ступенем вираженості диспареунії і проблемами в досягненні оргазму, зниженням частоти статевих стосунків, навіть до повного відвернення до сексуальним стосункам. ВЗОМТ супроводжуються також емоційною подавленістю і (або) депресивним настроєм жінки, що, безсумнівно, передається (за принципом «зворотного зв'язу») статевому партнеру [12].

Хроническая тазовая боль, возникающая на фоне ВЗОМТ, является также частой причиной сексуального неудовлетворения, нарушения гармонии отношений партнеров [13,14].

Диспареуния у женщин с ВЗОМТ встречается чаще (29-42%), нежели среди пациенток с другой гинекологической патологией (11-14%) [14]. Verit F.F. et al. показали, что при отсутствии адекватного лечения ВЗОМТ у 2/3 пациенток отмечается увеличение степени и интенсивности диспареунии, сопровождающейся, в некоторых случаях, формированием вторичных вестибулодинии и вагинизма[15]. Также, в исследованиях Maruta T.et al. при изучении сексуального здоровья 50 женщин с ВЗОМТ, у всех из них отмечена диспареуния различной степени выраженности, явившаяся основной причиной сексуальных дисгармоний в 78% случаев (по свидетельству их партнеров), снижения частоты половых отношений и, со временем, отказа от таковых вообще [16].

Частота и структура сексуальных дисфункций в значительной степени определяется масштабностью воспалительных изменений со стороны органов малого таза, что часто совпадает с различными нарушениями репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание беременности).

При этом женские сексуальные дисфункции, как следствие ВЗОМТ, являются клинической составляющей и одним из проявлений ВЗОМТ, требующих своевременной адекватной коррекции на этапах проведения противовоспалительной терапии, направленной на сохранение репродуктивного и сексуального здоровья пары [17].

При этом привлечение специалистов разного профиля с реализацией позиции междисциплинарного подхода, позволяющих расширить знания о взаимосвязанном функционировании органов малого таза, а также их взаимодействии с другими системами, имеет первостепенное значение [18].

На протяжении многих лет в нашей клинике в едином контексте при оценке гинекологического состояния, репродуктивного потенциала, проводилось изучение состояния сексуальной функции женщин с различной гинекологической патологией.

Мы поставили **цель исследований**: установить частоту и структуру сексуальных дисфункций у женщин репродуктивного возраста с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза (ХВЗОМТ).

Материалы и методы. Было проведено гинекологическое, сексологическое, психологическое обследование 439 женщин в возрасте от 23 до 43 лет с ХВЗОМТ (давность воспалительного процесса – от 2 до 23 лет), осложнившегося у 48 (10,9%) трубным бесплодием и у 29 (6,6%) - невынашиванием беременности. Был разработан адаптированный опросник, состоящий из 4 частей, позволяющий оценивать социальный статус обследованных, показатели соматического, гинекологического и сексуального здоровья.

Всем обследованным в динамике наблюдения проводилась ультрасонография анатомических структур органов малого таза с доплерографией и оценкой функциональных показателей зоны клитора. Определение пороговой чувствительности эрогенных зон первого порядка осуществлялось методом вибротестирования.

Результаты исследований. У всех обследованных женщин были установлены выраженные анатомические и функциональные изменения со стороны гениталий вследствие “молчаливого” хронического сальпингита. Средняя продолжительность хронических воспалительных заболеваний ОМТ была $7,4 \pm 2,3$ лет. Женские сексуальные дисфункции преобладали 273(62,4%) среди обследованных пациенток. Так, снижение сексуального желания установлено у 112(25,5%) женщин, снижение возбуждения – у 115(26,2%), вторичная аноргазмия – у 45(10,2%) и диспареуния (в различной степени выраженности) – у 231(52,6%), особенно яркая у пациенток с длительностью воспалительного процесса продолжительностью более 5 лет, трубным бесплодием и невынашиванием беременности. У одной женщины на фоне хронического рецидивирующего сальпингоофорита в течение 2 лет сформировалась вторичная вульводиния.

Частота сексуальных дисфункций коррелировала со степенью воспалительных изменений со стороны органов малого таза ($\chi^2 = 351,4337 > 3,841455$). Наиболее выраженные проявления ЖСД были у женщин с ХВЗОМТ продолжительностью более 5 лет.

Допплерография сосудов зоны клитора позволила убедиться в том, что у женщин с диспареунией отмечено увеличение показателей индекса резистентности ($IR = 0,78 \pm 0,82$) с одновременным уменьшением скорости объемного кровотока ($V_s = 6,5 \pm 9,0$ см/с).

Снижение порога вагинальной чувствительности у женщин с диспареунией, особенно – с вторичной вульводинией на фоне ХВЗОМТ, подтвержденные при проведении вибротестирования в сочетании с выше представленными результатами сосудистых изменений, позволяют нам понять

механізми формування столь часто зустрічаємих сексуальних порушень на фоні хронічного запального процесу зі сторони геніталій. Так, хронічний сальпінгіт супроводжувався порушенням периферическої чутливості, а іменно – зниженням порога болючої чутливості (аллодинія) з одночасною генералізацією чутливості, підвищеного сприйняття болю в інших частинах тіла.

Нами була проведена етапна протизапальна терапія, яка на перших етапах лікування була направлена на ерадикацію збудителів запального процесу, з наступним проведенням реабілітаційної терапії з включенням відновлення нормобіоценозу слизових уrogenітального тракту, показателів місцевого і системного імунітету, покращенням реологічних властивостей крові і гемодинаміки органів малого тазу, сексуальної функції.

Проведення етапної протизапальної терапії супроводжалося в більшості випадків покращенням функціональної активності органів малого тазу. При цьому частота ЖСД зменшилася в 1,8 раз; вони збереглися у 149 (33,9%) обстежених, однак інтенсивність їх проявлення була набагато менше. Зниження сексуального бажання по-прежнему було у 28 (6,4%) жінок, зниження збудження – у 25 (5,7%), вторинна аноргазмія – у 39 (8,9%), диспареунія – у 129 (29,4%) і вторинна вульводинія – у 1 (0,3%). Слід зазначити, що частота сексуальних дисфункцій коррелювала з фактором стресу і формуючого конфлікту в взаємодіях партнерів при проведенні терапії, ступенем анатомо-функціональних змін зі сторони геніталій на фоні хронічного запального процесу, тривалістю ХВЗОМТ і порушенням репродуктивної функції (бесплодіє, невнашівання). За період спостереження (5 років) сексуальна дезадаптація пари була помічена в 124 (28,2%) випадках, причому, завершившись розводом – в 41 (9,3%).

Висновок. Проведені нами дослідження, а також матеріали клінічних спостережень світових учених свідчать про те, що жіночі сексуальні дисфункції, як наслідок ХВЗОМТ, є складовою даної патології і вимагають своєчасної адекватної корекції.

Так, в структурі ЖСД, формуючихся на фоні запальних захворювань органів малого тазу, переважає (52,6%) вторинна диспареунія.

Частота і вираженість проявлення ЖСД коррелює зі ступенем ускладнень, сформованих в результаті перенесених хронічних запальних захворювань геніталій, а також тривалістю їх течії.

При ХВЗОМТ слід проводити етапну терапію, направлену на нивелювання проявлень хронічного запального процесу зі сторони геніталій, відновлення репродуктивного і сексуального здоров'я пари.

Рішення гінекологічних і сексологічних проблем в єдиному контексті в даному випадку важливо для покращення якості життя жінок, сексуального і репродуктивного здоров'я пари.

Література:

1. Ross J., Judlin P., Nilas L. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease//International Journal of STD and AIDS-2007-Vol.18-P.662-666.
2. Sadeghi-Nejad H., Wasserman M., Weidner W., Richardsson D., Goldmeier D. Sexually Transmitted Diseases and sexual function//Journal of Sexual Medicine-2010-Vol.7-P.389-413.
3. Goldstein A., Pukall C.F., Goldstein I. When sex hurts: A woman's guide to banishing sexual pain. De Capo Press; 2011.
4. Center for Disease control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR Weekly issue-2010-17-59p.
5. 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.
6. Basson R., Leiblum S., Brotto L., Derogatis L., Fourcroy J., Fugl-Meyer K., et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction//The journal of sexual medicine-2004-Vol.1(1)-P.40-48.
7. Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. Функциональная женская сексология. – Алма-Ата «Казахстан», 1985. - 269с.
8. Rellini A., Meston C.M. Sexual abuse and female sexual dysfunction: Clinical implications.Urologica-2004;14:80-83.
9. Stanford E.J., Dell J.R., Parsons C.L. The emerging presence of interstitial cystitis in gynecologic patients with chronic pelvic pain.Urology-2007;69:53-59
10. Peters K.M., Killinger K.A., Carrico D.J., Ibrahim I.A., Diokno A.C. Graziottin A. Sexual function and sexual distress in women with interstitial cystitis: A case-control study.Urology-2007;70:543-547.
11. Fleming M.P., Pace J.A. Sexuality and chronic pain. Journal of Sexual Education and Therapy-2001;22:342-388.
12. Kuile M.M., Weijenborg PTM, Spinchoven P. Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: The role of anxiety and depression.Journal of Sexual Medicine-2010;7:1901-1910.
13. Collett B.J., Cordle C.J., Stewart C.R., Jagger C. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic non and pelvic pain, those with no history of pain attending general practitioners British Journal of Obstetrics and Gynecology-1998;105:87-92.
14. Florido J., Perez-Lucas, Navarette L. Sexual behavior and findings on laparoscopy or laparotomy in women with severe chronic pelvic pain. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology-2008;189:138-143.
15. Verit F.F., Verit A., Yeni E. The prevalence of sexual dysfunction and associated risk factors in women pelvic pain: A cross-sectional study. Archives of Gynecology and Obstetrics-2006-274:297-302.
16. Maruta T., Osbourne D., Swanson D.W., Halwig J.M. Chronic pain patients and spouses. Marital and sexual adjustment. Mayo Clinic Proceedings-1981;56:307-310.
17. Romashchenko O., Melnikov S., Bilgolovskaya V., Jashchenko L., Koval S. Frequency and Structure of Sexual Dysfunctions in Women With Chronic Pelvic Inflammatory Diseases. The Journal of Sexual Medicine, 2014, Volume 11, Supplement 1, 16 P., PS-06-001.
18. Ambler N., Williams A.C., Hill R., Gunary R. Sexual difficulties of chronic pain patients. Clinical Journal of Pain-2001;17:138-45.

СПОСІБ НЕІНВАЗИВНОЇ ІНСТРУМЕНТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ НЕЙРОПАТІЇ СТАТЕВОГО НЕРВА У ЧОЛОВІКІВ

Руденко О.В., Кузнєцов Д.О.

Одеський національний медичний університет, м.Одеса

Синдром хронічного тазового болю (СХТБ) у чоловіків посідає перше місце за поширеністю серед захворювань чоловічої статеві сфери й одне з перших місць серед чоловічих захворювань у цілому.

Не зважаючи на множинні спроби охарактеризувати СХТБ і виробити діагностичний і лікувальний алгоритм, цей стан продовжує являти собою важку, невирішену проблему, як для урологів, так і для самих хворих. Основна проблема полягає в труднощах виявлення причин наявних симптомів і, відповідно, їх лікуванню.

На сьогодні основну роль, на думку багатьох дослідників, відіграють міофасціальні (спастичні) синдроми м'язів тазового дна та нейропатія статевого нерва, який неофіційно називають king of perineum - «король промежини».

Мета дослідження: обґрунтування неінвазивної інструментальної діагностики нейропатії статевого нерва у чоловіків.

На базі клініки урології ОНМедУ нами обстежено 34 чоловіка, середній вік яких склав $34,53 \pm 5,28$. Всіх чоловіків було розподілено на 2 групи: перша група (14 чоловік) – контрольна – соматично здорові чоловіки; друга (20 чоловік) – чоловіки із незапальною формою синдрому хронічного тазового болю, тривалість якого 6 та більше місяців. Обстеження включало: анкетування, об'єктивне обстеження, включаючи нейроурологічне; лабораторну діагностику (загальний аналіз крові та сечі, мікроскопія мазка з уретри та секрету передміхурової залози, бактеріологічне дослідження секрету передміхурової залози), ультразвукове дослідження передміхурової залози, сечового міхура та органів калитки, а також визначення швидкості кровотоку в а. pudenda в каналі Алкока за допомогою УЗ-доплерівського сканування). Наявність нейропатії статевого нерва підтверджувалась Нантськими критеріями та пальпацією сідальної ості. Критеріями включення: хворі, які перенесли оперативні втручання на органах малого таза та хворі з полінейропатіями.

Аналізуючи результати дослідження нами виявлено, що у 15 чоловіків другої групи відзначалась наявність не менше двох із п'яти Нантських критеріїв та болючість при пальпації сідальної ості на стороні болю, що дає змогу стверджувати про наявність пудендопатії.

Також у чоловіків другої групи (15 чоловік) з пудендопатією відзначалося зниження швидкості кровотоку в а. pudenda, в порівнянні зі статистичною нормою здорових чоловіків, нижня межа якої дорівнює 18,23 см/с. Виходячи з анатомічних особливостей каналу Алкока (в каналі проходять статеві артерія, статеві вена та статевий нерв), дане зниження кровотоку вказує на компресію статевого нерва.

Таким чином, встановлено, що визначення швидкості кровотоку в статевій артерії, дозволяє з високим ступенем вірогідності діагностувати наявність нейропатії статевого нерва у чоловіків.

ФАЛЛОНЕВРОРАМИДОРЗОКОАГУЛЯЦІЯ - МАЛОІНВАЗИВНИЙ МЕТОД ХИРУРГІЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ.

Синицкий Ю.Ю.

КУ «Херсонская городская клиническая больница им. А.С.Лучанского»
Диагностический центр ЧФ «ИФА», г. Херсон

Преждевременная эякуляция (ПЭ) или синдром ускоренной эякуляции (СУЭ), который во втором случае является осложнением одного из заболеваний мужской половой сферы, чаще простато-везикулита, является проблемой №2 в современной сексологии после эректильной дисфункции [1].

ПЭ-это неспособность контролировать окончание полового акта после проникновения члена во влагалище. По данным Мастерс и Джонсон (1963), которые исследовали коитус в лабораторных условиях у половины мужчин завершение его эякуляцией наступает менее, чем через 20 фрикций [2].

Международное сообщество сексуальной медицины (ISSM) приняло новое определение ПЭ: ПЭ-это нарушение сексуальной функции у мужчин, характеризующееся эякуляцией, которая всегда или почти всегда происходит до, либо в течении 1 минуты после вагинального проникновения и неспособность отсрочить эякуляцию при каждом или почти каждом вагинальном проникновении, а

так же негативные последствия для самого пациента, такие, как стресс, беспокойство и/или уход от сексуальных отношений[3].

В научных исследованиях для диагностики используют такое определение, как латентное интравагинальное эякуляторное время(IELT), составляющее менее одной минуты[4].

Причинами СУЭ, по определению, являются:

1) психогенный фактор (1-ный постоянный-тревога, синдром парацентральных долек (СПЦД), энурез и т.д.); (2-ный.приходящий (раннее половое общение, нефизиологический половой режим и т.д.);

2) органический (при андрологической и урологической патологии);

3) фармакологический (баклофен, галлоперидол, напроксен, резерпин, эуфилин и т.д.).

ПЭ подразделяется на исходную, первичную, возникающую с самого начала половой жизни (гиперестезия головки полового члена, СПЦД) и приобретенную, т.е. вторичную, постепенное или внезапное ее возникновение в результате простатита, простатовезикулита и т.д.

Самая известная классификация ПЭ:

Ejaculatio precox relativae- чуть более 30 фрикций;

Ejaculatio precox absolutae- менее 20 фрикций;

Ejaculatio anteportas- семяизвержение до эякуляции полового члена.

Недавно рассмотрено еще два синдрома ПЭ:

- естественно изменяющаяся ПЭ;

- нарушение эякуляторной функции в форме ПЭ [5].

В мире СУЭ страдает около 30% мужчин, поэтому сексологи и андрологи никогда не оставались равнодушными к ее актуальности, из-за чего на сегодняшний день существует много методик медицинской помощи для этой группы пациентов.

Лечение сводится к местной (аппликации местноанестезирующих веществ на головку полового члена и зоны Михаэлиса), психосексологической терапии (техника «стоп-старт», метода Гештальда, групповой и даже библиотерапии. Позы, особые ласки партнерши, методики Мастерс – Джонсон и Барбары Кислинг- относятся к поведенческим лечебным мероприятиям. Пероральная терапия в виде назначения антидепрессантов, успокаивающих микстур и таблеток и наконец серии селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, последним из которых на фармрынке Украины является Прилиджи (доп - оксетин)- это не полный перечень всех методик терапии.

За период 2004-2016 г.г. на базе Херсонского городского отделения поликлинической хирургии КУ «Херсонская клиническая городская больница им.Е.Е.Карабелеша»(2004 – 2006 г.г.) и подразделения андрологии, генитальной пластической и сексуальной хирургии в составе урологического отделения КУ «Херсонская городская больница им. А.С.Лучанского»(2007-2016 г.г.) прооперировано 187 (53,6%) больных, мужчин, страдающих преждевременной (ускоренной) эякуляцией (ПЭ). Всего обратилось 349 человек. Средний возраст- 34,5 лет. Получены хорошие результаты у 176 мужчин-94,1% от общего количества всех, кто подвергся хирургическому вмешательству.

Обоснованием оперативного пособия являлось наличие положительных результатов при ПЭ после снижения чувствительности головки полового члена. Поэтому во внимание бра-лось удлинение длительности полового акта после применения местноанестезирующих препаратов, а так же удлинение интравагинального времени (IVT), после приема алкоголя.

Методика операции у этих пациентов заключалась в том, что мы использовали малоинвазивный доступ, минимальную травматизацию тканей при подходе к основным этапам вмешательства: собственно селективная коагуляция нервных окончаний ветвей п. dorsalis penis. Для оптимизации результатов оперативного вмешательства использовалась оптика (бинокуляр-лупа +4,5), а так же тактилографическое исследование головки полового члена, непосредственно перед вмешательством, что является основным критерием мест разрезом над ветвями при инвазии. Ещё одним критерием точной топографии селективной коагуляции являются ощущения самого пациента, находящегося на операционном столе. Учитывая то, что пособие выполняется под региональной инфильтрационной анестезией (РИА) (лидокаин, лонгокаин и т.п.) при точной коагуляции у больного наблюдаются непроизвольные судороги нижних конечностей (проводится импульс через рядом расположенные центр эякуляции спинного мозга и корешки, иннервирующие так же и нижние конечности).

Предоперационная подготовка: общий анализ крови, РВ, РМП, ВИЧ крови. ПЦР на ИППП, ТРУЗИ простаты, УЗИ органов мошонки, тактилограмма полового члена.

Ход и техника оперативного пособия: под РИА делаются 3 разреза в проекции ветвей *p.dorsalis penis* (2-а с дорзальной, до фасции Бака, и 1-ин с вентральной стороны), вдоль шейки *glans penis*. Гемостаз. Под контролем налобной лупы ($D=+4,5$) и вышеописанных ощущений пациента (с учётом данных тактилограммы) коагулируются нервные окончания ветвей *p.dorsalis penis*. Раны ушиваются рассасывающимся шовным материалом (Vicryl 4/0), узловыми швами. Асептическая обработка ран и асептическая повязка.

Время пребывания пациента в медучреждении до 2-х часов, поэтому данное пособие может быть применено даже в «клиниках одного дня», что и делалось первоначально. В послеоперационном периоде мы назначали антибактериальную терапию, сроком до 5 дней. Преимущество отдавали фторхинолонам в сочетании с антипротозойными препаратами, для профилактики как аэробной, так и анаэробной инфекции. Такие назначения себя вполне оправдали, осложнений связанных с нагноением ран не было.

Пациентам с первого же дня назначали селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.[*] В 2004-2006 годах – сертралин, а позже пароксетин или флуоксетин по мере их появления на фармацевтическом рынке Украины. Длительность назначения их решалась индивидуально и зависела от формы ПЭ и длительности страдания.

Предпочтение отдавалось флуокситину, т.к. он не имеет противопоказаний для вождения транспортных средств и имеет меньше побочных эффектов.

Послеоперационную оценку проводили на протяжении всего раннего и позднего послеоперационного периода.

Прооперированные пациенты, с положительным результатом, т.е. с улучшением качества жизни и реальным увеличением показателя (IVT), согласно общепринятой классификации распределились следующим образом:

Ejaculatio praecox relative (EPR) – 95 (52,91%)

Ejaculatio praecox absoluta (EPA) – 76 (44,19%)

Ejaculatio ante portas (EAP) – 5 (2,90%)

Приём препаратов для адаптации с целью выработки нового эякуляторного рефлекса понадобился:

с EPR(52) + EPA(39) – 91 пациенту сроком до 30 дней;

с EPA(76) + EAP (5) – 81 больному от 1-го месяца до 3-х.

У 11 больных из всех прооперированных не отмечено улучшения вообще.

Интраоперационное осложнение – в 2-х случаях: повреждение оболочки кавернозного тела коагулятором, которые были тут же ликвидированы наложением глубокого шва. Пребывание пациентов на больничной койке до 2-х часов.

Выводы.

1. ПЭ является одной из малоизученных проблем в современной андрологии.
2. ПЭ – междисциплинарная медицинская патология, занимающая одну из важных ниш в контексте здоровья мужчины.
3. Фаллоне в рорами дорзокоагуляцию можно рекомендовать как метод лечения при правильном подходе и оценке ситуации, с учетом её малоинвазивности.
4. Полученные результаты после проведения фаллоне в рорами дорзокоагуляции вселяют определённый оптимизм в решении вопроса в комплексной терапии ПЭ.
5. Данная операция может быть даже рекомендована к выполнению, в условиях «Клиника одного дня», т.е. амбулаторно.

Литература:

1. Colping G., Wacmar W. et al. EAU Guidelines on ejaculatory dysfunction, Eur. Urol. 2004- V.46 (p.555-558)
2. Abdel-Hamid I.A. El Naggar E.A. El Gilani A.H. Assessment of as needed use pharmacotherapy and the pauses squeeze technique in premature ejaculation // Int. J. Impot. Res. - Vol.13. P. 41-45.
3. Corona G., Petrone L., Mannucci et al. Psycho-Biological correlates of rapid ejaculation in patients attending an andrologic unit for sexual dysfunctions // Eur. Urol. - 2004. - Vol.46. - P. 615-622.
4. Atikeler M.K., Gecit I., Senol F.A. Optimum usage of prilocaine-lidocaine cream in premature ejaculation before and after citalopram treatment // BJU Int. - Vol.93. P.252-254.
5. Yuan Y.M., Xin Z.C., Jiang H. et al. Sexual function of premature ejaculation patients assayed with Chinese Index of Premature Ejaculation // Asian J. Androl. - 2004- Vol.6. - P. 121-126.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЧЕТОЧНИКОВ ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ ОСЛОЖНИЛАСЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Сорокина И.В., Мирошниченко М.С.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Вступление. Уродинамика мочевых путей представляет собой сложный, многоуровневый процесс, повреждение которого на любом из звеньев приводит к нарушению транспортировки и выведению мочи. Мочеточники являются частью мочевой системы человека, главной функцией которых является отведение мочи из почечных чашечек и лоханок к мочевому пузырю [4].

Использование различных морфологических методов исследования позволило значительно расширить представления о строении мочеточников [3, 5]. Однако имеющиеся данные литературы не позволяют получить достаточно полного представления о морфологических особенностях мочеточников у плодов и новорожденных. Кроме того, в литературе отсутствуют данные о морфологических особенностях мочеточников у плодов и новорожденных от матерей с осложненной беременностью.

Одним из осложнений беременности является железодефицитная (ЖДА), частота которой по различным регионам Украины составляет от 28,4 % до 83,1 % [2]. ЖДА у беременных определяет множество осложнений гестационного периода, инициирует цепь тяжелых расстройств как у матери, так у плода и новорожденного на последующих этапах жизни [1].

Цель – выявить морфологические особенности мочеточников плодов и новорожденных от матерей, беременность которых осложнилась ЖДА.

Материалы и методы. Материалом исследования послужила ткань мочеточников доношенных плодов и новорожденных. Весь материал был разделен на четыре группы: группа I (группа сравнения) – плоды (n=13) и новорожденные (n=15) от матерей с физиологической беременностью; группа II – плоды (n=16) и новорожденные (n=17) от матерей, беременность которых осложнилась анемией легкой степени тяжести; группа III – плоды (n=13) и новорожденные (n=15) от матерей, беременность которых осложнилась анемией средней степени тяжести; группа IV – плоды (n=12) и новорожденные (n=12) от матерей, беременность которых осложнилась анемией тяжелой степени тяжести. В группах I-IV плоды погибли антенатально либо интранатально в результате родовой травмы либо острого нарушения маточно-плацентарного, пуповинного кровообращения, а новорожденные – в результате ишемически-гипоксического повреждения центральной нервной системы. Во время проведения вскрытий вырезался один фрагмент ткани из каждого мочеточника строго стандартно из средней трети органа, причем рассечение тканей данного органа было выполнено в плоскости, перпендикулярной мочеточниковому каналу. Полученный материал фиксировался в 10 % растворе формалина. Уплотнение тканей, фиксированных в формалине, достигалось проводкой через спирты увеличивающейся концентрации, целлоидин, хлороформ и заливкой в парафин. Из приготовленных блоков для последующего окрашивания готовились серийные срезы толщиной $4-5 \times 10^{-6}$ м. Для изучения морфологических особенностей мочеточников использовали окраску гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван Гизону.

Микропрепараты изучали на микроскопе «Olympus BX-41» с последующей обработкой программой «Olympus DP-soft version 3.1», с помощью которой проводилось определение такого морфометрического параметра в мочеточнике, как толщина его стенки.

Средние значения показателей сравнивали с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни. Значимость различий между показателями принималась при уровне значимости $p < 0,05$. Статистические расчеты проводили с использованием программы «StatisticSoft 6.0».

Результаты. Микроскопически было отмечено, что стенка мочеточников плодов и новорожденных групп I-IV включала в себя слизистую оболочку, состоящую из переходного эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки, подслизистую основу, мышечную и адвентициальную оболочки.

В группе I у плодов и новорожденных эпителиальный пласт мочеточников имел равномерную толщину и был представлен переходным эпителием, клетки которого плотно прилежали друг к другу и располагались в 3-5 слоев. В группах II-IV эпителиальный пласт также был представлен переходным эпителием, однако имел неравномерную толщину, в нем отмечались дистрофические, десквамативные и атрофические изменения, а у плодов группы II на фоне вышеуказанных изменения в эпителии были выявлены очаговые пролиферативные изменения, которые носили компенсаторный

характер. В мочеточниках плодов и новорожденных групп II-IV в собственной пластинке слизистой оболочки, подслизистой основе, мышечной и адвентициальной оболочках были отмечены признаки нарушения кровообращения, характеризующиеся отеками, изменениями, полнокровием сосудов, формированием тромбов в просвете части сосудов, образованием мелкоочаговых кровоизлияний, а также склеротические изменения, степень выраженности которых нарастала от плода к новорожденному, а также в случае утяжеления ЖДА матери.

В ходе морфометрического исследования было отмечено, что в группе I среднее значение толщины стенки мочеточников было значимо ($p < 0,05$) большим у новорожденных ($464,07 \pm 6,87$ мкм) по сравнению с плодами ($332,94 \pm 6,58$ мкм), что обусловлено возрастными изменениями, а именно увеличением с возрастом толщины эпителиального пласта, собственной пластинки слизистой оболочки, подслизистой основы, мышечной и адвентициальной оболочек.

Среднее значение толщины стенки мочеточников в группе II у плодов и новорожденных составило соответственно $352,09 \pm 3,10$ мкм и $482,60 \pm 9,14$ мкм, в группе III – $365,01 \pm 5,30$ мкм и $501,08 \pm 8,19$ мкм, в группе IV – $393,25 \pm 4,87$ мкм и $530,81 \pm 11,77$ мкм. Анализируя полученные показатели, отмечено, что у новорожденных групп II-IV среднее значение толщины стенки мочеточников было значимо ($p < 0,05$) большим по сравнению с плодами, что обусловлено, во-первых, как и в группе I, возрастными изменениями, а во-вторых, выявленными нами при исследовании микропрепаратов гемодинамическими и склеротическими изменениями, которые нарастали от плода к новорожденному.

В группах II-IV у плодов и новорожденных среднее значение толщины стенки мочеточников было значимо ($p < 0,05$) большим по сравнению с группой I. Кроме того, у плодов и новорожденных с увеличением степени тяжести ЖДА у матери среднее значение толщины стенки мочеточников значимо ($p < 0,05$) увеличивалось за исключением плодов группы III, где имела место тенденция ($p > 0,05$) к увеличению данного морфометрического показателя. С нашей точки зрения, утолщение стенки мочеточников у плодов и новорожденных в группах II-IV по сравнению с группой I, а также от группы II к группе IV обусловлено развившимися гемодинамическими нарушениями и склеротическими изменениями.

Выявленные морфологические изменения в стенке мочеточников плодов и новорожденных от матерей, беременность которых была осложнена ЖДА, скорее всего, обусловлены гипоксическим воздействием, которое возникает в связи с развитием различных форм хронической плацентарной недостаточности у беременных женщин с ЖДА и нарастает в случае утяжеления степени тяжести ЖДА [6].

Выводы.

1. Железодефицитная анемия у матери приводила к развитию различных общепатологических процессов во всех слоях стенки мочеточников плодов и новорожденных, степень выраженности которых нарастала от плода к новорожденному, а также при утяжелении степени тяжести железодефицитной анемии. В эпителиальном пласте развивались дистрофические, десквамативные, атрофические изменения, а у плодов, в случае наличия у матери железодефицитной анемии легкой степени тяжести, на фоне выше указанных изменений были отмечены очаговые компенсаторные пролиферативные изменения; в собственной пластинке слизистой оболочки, подслизистой основе, мышечной и адвентициальной оболочках – гемодинамические нарушения и склеротические изменения.

2. В случае наличия у матери железодефицитной анемии толщина стенки мочеточников была значимо большей у новорожденных по сравнению с плодами; значимо увеличивалась по сравнению с плодами и новорожденными от матерей с физиологической беременностью; практически во всех случаях значимо увеличивалась с увеличением степени тяжести железодефицитной анемии.

Литература:

1. Беликова Е.В. Факторы риска возникновения железодефицитной анемии при беременности / Е.В. Беликова, Н.А. Авдеева // Научный медицинский вестник. – 2016. – № 3 (5). – С. 28-31.
2. Запорожан В.М. Залізодефіцитна анемія у вагітних: проблеми стандартизації якості медичної допомоги / В.М. Запорожан, І.А. Анчева // Ліки України. – 2014. – № 3 (20). – С. 14-17.
3. Золотарева М.А. Морфологическая характеристика мышечной оболочки в стенке мочеточников у мужчин и женщин в различные возрастные периоды / М.А. Золотарева // Морфологические ведомости. – 2013. – № 2. – С. 101-104.
4. Золотарева М.А. Перистальтическая активность мышечной оболочки мочеточников / М.А. Золотарева, В.Г. Моталов // Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». – 2012. – Т. 14, № 2. – С. 4-7.
5. Золотарева М.А. Строение мышечной оболочки в различных отделах стенки мочеточников человека / М.А. Золотарева // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т. 20, № 4. – С. 61-64;.
6. Состояние плаценты при железодефицитной анемии у беременных / М.В. Семенова, Е.Л. Баженов, Н.М. Канунникова и др. // Морфологические ведомости. – 2007. – № 1. – С. 218-219.

ІНДЕКС ГЕМАТОЕЯКУЛЯТОРНОЇ МІГРАЦІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ЧОЛОВІЧОГО БЕЗПЛІДДЯ

Стусь В.П., Поліон М.Ю.

ДЗ «Дніпропетровська медична академії МОЗ України», м. Дніпро

Переважаюча кількість металів із крові проникає до яєчок та призводить до безпосереднього ушкодження гематотестикулярного бар'єра (ГТБ) і функціональної активності тестикулярної тканини, а також, згідно з даними А.М. Романюка, 2013, опосередковано впливає на гіпоталамо-гіпофізарну систему, підвищуючи рівень ентропії у морфофункціональній системі сім'яників за сукупної дії внутрішньосудинних (сповільнення кровотоку, зміна реології крові), внутрішньостінкових (ушкодження епітелію та порушення цілісності базальної мембрани) та позасудинних факторів (периваскулярний фіброз).

Більш високі показники цинку в еякуляті безплідних чоловіків за даними наших попередніх досліджень мотивували потребу у визначенні міри ризику вмісту важких металів (ВМ) у спермі та крові чоловіків з безпліддям. У цьому плані важливим виявилось вивчення рівня їх співвідношення.

Для вивчення особливостей міграції ВМ у суміжних середовищах репродуктивної системи нами запропоновано розраховувати індекс гематоеякуляторної міграції (табл. 1) за формулою:

$$\text{ІГМ} = \frac{\text{вміст важкого металу у еякуляті, мг/л}}{\text{вміст важкого металу у крові, мг/л}}$$

Таблиця 1

Показники індексу гематоеякуляторної міграції для досліджуваних металів у чоловіків референтної групи (n=62) та групи безплідних (n=70), ум. од.

Метал	Групи	M±m	Min-max	p ₁
Cu	Референтна	1,27±0,11	0,17-3,62	<0,001
	Безплідні	0,63±0,07	0,08-2,71	
Zn	Референтна	36,61±2,78	12,21-104,31	<0,001
	Безплідні	2,18±0,25	0,33-11,63	
Pb	Референтна	1,01±0,08	0,13-2,86	<0,05
	Безплідні	1,29±0,11	0,41-5,29	
Cd	Референтна	1,62±0,39	0,08-17,9	<0,01
	Безплідні	3,59±0,58	0,08-18,75	

Примітка: p₁/ рівень значимості відмінностей між групами фертильних і безплідних чоловіків.

Для прийняття остаточного рішення стосовно їх значення у вирішенні цього питання була вивчена інформативна цінність показників ІГ для досліджуваних металів за результатами проведеного ROC-аналізу (табл. 2, рис. 1).

Таблиця 2

Результати ROC- аналізу для оцінки ризику чоловічого безпліддя за показниками ІГМ для досліджуваних металів

Показник	Критерій, ум. од.	AUC (95%ДІ)	Чутливість, % (Se, 95%ДІ)	Специфічність, % (Sp, 95%ДІ)	Значимість (p)
ІГМ Cu	≤1,01	0,754 (0,671-0,825)	84,3% (73,6-91,9%)	58,1% (44,8-70,5%)	<0,001
ІГМ Zn	≤11,7	1,0 (0,972-1,0)	100% (94,8-100%)	100% (94,2-100%)	<0,001
ІГМ Pb	>0,37	0,568 (0,479-0,654)	100% (94,8-100%)	17,7% (9,2-29,5%)	>0,05
ІГМ Cd	>1,48	0,627 (0,539-0,710)	55,7% (43,3-67,6%)	77,4% (65,0-87,1%)	<0,01

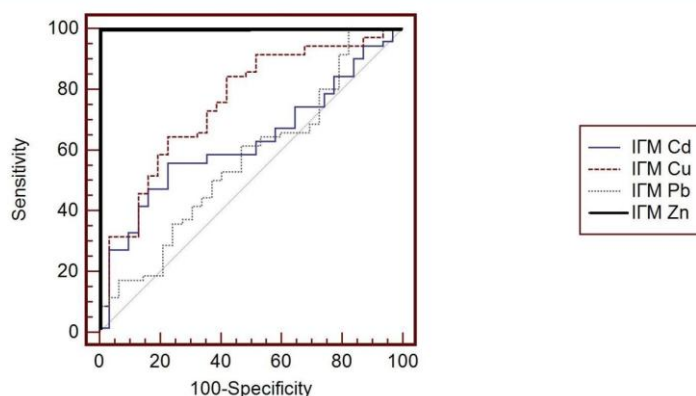


Рис. 1. Порівняння ROC-кривих для оцінки ризику чоловічого безпліддя за показниками ІГМ для досліджуваних металів.

Встановлено, що серед показників ІГМ для досліджуваних металів найбільшу діагностичну цінність для визначення ризику чоловічого безпліддя має показник ІГМ Zn $\leq 11,7$ ум. од. – площа під кривою ROC дорівнює $AUC=1,0$; 95% ДІ (0,972–1,0) з $p<0,001$; чутливість 100% (94,8–100%), специфічність 100% (94,2–100%). Різниця між ROC-кривими показника ІГМ Zn та іншими металами достовірна з $p<0,001$. Критичним значенням показників, за якими суттєво збільшується ризик безплідності, виявилися наступні: ІГМ Cu $\leq 1,01$ ум. од. – $AUC=0,754$; 95% ДІ (0,671–0,825) з $p<0,001$; чутливість 84,3% (73,6–91,9%), специфічність 58,1% (44,8–70,5%); показник ІГМ Cd $> 1,48$ ум. од. – $AUC=0,627$; 95% ДІ (0,539–0,710) з $p<0,01$; чутливість 55,7% (43,3–67,6%), специфічність 77,4% (65,0–87,1%). Вказані показники відрізняються між собою з $p<0,05$. Водночас оцінка ризику за показником ІГМ Pb має невисоку діагностичну цінність ($AUC=0,568$; 95% ДІ (0,479–0,654) з $p>0,05$) через низькі показники специфічності – 17,7% (9,2–29,5%) на тлі високих показників чутливості – 100% (94,8–100%).

Таким чином, викладене обґрунтовує можливість використання ІГМ Zn, як ключового елемента при визначенні ризику безпліддя у чоловіків.

Запропоновано метод визначення індексу гематоеякуляторної міграції за співвідношенням вмісту важкого металу в еякуляті до вмісту його в крові, який дозволяє оцінити міру ризику розвитку чоловічого безпліддя та обрати адекватну тактику ведення зазначеної категорії хворих; доведено, що найінформативнішим показником є величина індексу гематоеякуляторної міграції цинку (12 ум. од.).

ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ДНК-ФРАГМЕНТАЦИИ И ЗРЕЛОСТЬ СПЕРМАТОЗОИДОВ В ЦИКЛАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ)

Феськов А.М., Иванова А.В., Жилкова Е.С., Сомова Е.В.

Клиника профессора Феськова А.М. «Центр Репродукции Человека», г. Харьков

Введение. Оксидативный стресс - нарушение обмена веществ внутри клетки, накопление свободных радикалов, прооксидантов, повышение уровня токсичных реактивных форм кислорода, инициирующих окисление липидов и ДНК. Оксидативный стресс активно влияет на сперматогенез путем повышения уровня фрагментации ДНК в сперматозоидах и снижения количества зрелых гамет в эякуляте. Для коррекции оксидативного стресса при нарушениях сперматогенеза используют различные антиоксиданты (витамины, микроэлементы, биологически активные вещества). Антиоксиданты уменьшают воздействие активных форм кислорода, а следовательно снижают оксидативный стресс, который отрицательно влияет на сперматозоиды. Основными антиоксидантами являются микроэлементы, витамины (С, Е), L-карнитин, фолиевая кислота, а также полиненасыщенные жирные кислоты, некоторые аминокислоты и др.

Целью данной работы стало исследование влияния антиоксидантной терапии на улучшение показателей спермограммы, в частности уровня фрагментации ДНК в сперматозоидах и доли зрелых гамет в эякуляте у мужчин со сниженными параметрами спермы, а также результативность циклов ВРТ.

Матеріали і методи. Общее количество обследованных мужчин составило 55 человек, у которых уровень фрагментации ДНК в сперматозоидах превышал норму (более 20%), а количество зрелых гамет в эякуляте, определяемое по уровню связывания сперматозоидов с гиалуроновой кислотой, было ниже нормальных значений (менее 90%). В рамках исследования пациенты были разделены на 2 группы. Группу 1 составили 30 мужчин, которые проходили лечение бесплодия методами ВРТ без проведения антиоксидантной терапии. Пациентам группы 2 (25 мужчин) была проведена антиоксидантная терапия в течение 3 месяцев до выполнения программы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Мужчинам группы 2 был проведен контроль уровня фрагментации ДНК в сперматозоидах и содержания зрелых гамет в эякуляте после проведения лечения антиоксидантами. В обеих группах определяли частоту наступления беременности после проведения программ ВРТ.

Результаты. Средний возраст пациентов в исследуемых группах составил $30,5 \pm 5,3$ лет и $32,4 \pm 6,4$ лет. Для мужчин группы 1 средний уровень фрагментации ДНК в гаметах составил $20,2 \pm 5,5\%$, количество зрелых сперматозоидов - $65,3 \pm 15,7\%$. Для мужчин группы 2 до проведения антиоксидантной терапии средний уровень фрагментации ДНК и количества зрелых форм составили $25,8 \pm 7,5\%$ и $72 \pm 10,7\%$, соответственно. После 3-х месячного курса лечения антиоксидантами уровень фрагментации ДНК сперматозоидов и количество зрелых форм в эякуляте достигли значений $10,3 \pm 2,5\%$ и $89,1 \pm 5,5\%$, соответственно. Установлена статистически значимая разница между уровнем фрагментации ДНК в сперматозоидах ($df = 1$; $\chi^2 = 8,121$; $p = 6,635$; $p < 0,01$) и между количеством зрелых гамет ($df = 1$; $\chi^2 = 9,205$; $p = 6,635$; $p < 0,01$) у мужчин до и после проведения антиоксидантной терапии. Лечение антиоксидантами способствовало снижению уровня фрагментации ДНК и повышению количества зрелых сперматозоидов в эякуляте у пациентов со сниженными параметрами спермограммы. Частота наступления беременности в группе 2 была в 1,6 раза выше, чем в группе 1 (43% против 27%, $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, оксидативный стресс является причиной повышения уровня фрагментации ДНК в сперматозоидах и снижению количества зрелых гамет в эякуляте. Проведение антиоксидантной терапии позволяет снизить уровень фрагментации ДНК и повысить содержание зрелых сперматозоидов в эякуляте, что повышает результативность программ ВРТ.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЦИКЛОВ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ) ПРИ АЗООСПЕРМИИ

Феськов А.М., Иванова А.В., Рыжков А.В., Сомова Е.В.

Клиника профессора Феськова А.М. «Центр Репродукции Человека», г. Харьков

Введение. Азооспермия – патологическое состояние, при котором отсутствуют сперматозоиды в эякуляте. Различают азооспермию обструктивную и необструктивную, или секреторную. Обструктивная азооспермия характеризуется нормальной секрецией сперматозоидов и наличием непроходимости семявыносящих путей. Секреторная азооспермия обусловлена нарушением секреции сперматозоидов в яичках. Она встречается в 80% случаев отсутствия сперматозоидов в эякуляте.

Целью данной работы явилось изучение эффективности проведения программ ВРТ в пределах супружеской пары в зависимости от формы азооспермии при нормальном кариотипе и отсутствии нарушений в AZF- локусах Y хромосомы.

Материалы и методы. В рамках исследования было сформировано 2 группы пациентов. Группу 1 составили 40 пациентов (средний возраст $36,2 \pm 5,3$ лет) у которых был установлен диагноз: обструктивная азооспермия. Стимуляция сперматогенеза у них не проводилась. В день пункции фолликулов и получения ооцитов супруги осуществлялась пункционная биопсия придатка яичка и проводился поиск сперматозоидов в аспирате. В группу 2 вошли 9 мужчин (средний возраст $32,4 \pm 6,4$ лет) у которых была выявлена секреторная азооспермия и были найдены единичные сперматозоиды. У мужчин группы 2 стимулировали сперматогенез препаратами хорианического гонадотропина человека (ХГЧ) в течение 6 месяцев при ежемесячном контроле уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и тестостерона. Непосредственно перед пункцией фолликулов и получением ооцитов женщины проводилась операция микрохирургическая экстракция сперматозоидов из семенных канальцев яичка (МикроТЕЗЕ) и в отдельных фрагментах семенных канальцев осуществлялся поиск единичных сперматозоидов. В обеих группах проводилась

інтрацитоплазматическа ін'єкція сперматозоїда в ооцит (ІКСИ) , при обструктивній азооспермії - із придатка яичка, а при секреторній - із каналців яичка. Оцінювали частоту виявлення сперматозоїдів в залежності від методу їх отримання, частоту оплодотворення, процент ембріонів високої якості, частоту настання вагітності.

Результати. Частота оплодотворення між групами 1 і 2 значимо не відрізнялась і становила 67 і 69% відповідно в групі 1 і 2. Однак, відносне число ембріонів високої якості було достовірно нижче в групі 2 - 29% проти 47%- в групі 1, $p < 0,05$. Частота настання вагітності в групі 2 з секреторною азооспермією становила 22,2% (у 2 жінок із 9), що в 1,5 рази менше, ніж в 1 групі у чоловіків з обструктивною азооспермією (35% - у 14 жінок із 40).

Висновки. При будь-яких формах азооспермії можливо проведення ІКСИ в програмах ЕКО в межах пари. При проведенні програм ВРТ у пацієнтів з відсутністю сперматозоїдів в еякуляті якість ембріонів і частота настання вагітності вище у пацієнтів з обструктивною формою азооспермії.

РЕКОНСТРУКТИВНА ХІРУРГІЯ В УРОЛОГІЇ ТА АНДРОЛОГІЇ

РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЯЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР БУЛЬБО-МЕМБРАНОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ

Аркатов А.В., Панасовский Н.Л.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

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

В последние годы отмечается существенный рост числа стриктур уретры у мужчин. При этом протяженные поражения диагностируются в 15-18% случаев, восстановление нормальной проходимости уретры является одной из самых сложных задач в хирургии этих состояний.

За последние десятилетия в хирургии уретры внедрено большое количество новых реконструктивных приемов, что связано с тяжестью поражения уретры.

Тактика хирургии таких состояний не имеет единых стандартов и очень разнообразна. Однако, не смотря на большое разнообразие хирургических методик от 14% до 27% случаев наблюдаются рецидивы стриктуры[4,5].

В настоящее время для лечения протяженных стриктур уретры существует большой выбор расширяющих уретропластик с применением тканевых лоскутов[1,2]. Во многих клиниках в качестве основного пластического материала применяется буккальный трансплантат[3].

К наиболее сложным с точки зрения хирургической коррекции относятся протяженные стриктуры бульбо-мембранозного отдела уретры.

Цель работы: Анализ результатов оперативного лечения стриктур бульбо-мембранозного отдела уретры методом расширяющей пластики буккальным трансплантатом.

Материалы и методы:

В андрологическом отделении ХОКЦУиН им. В.И.Шаповала с 2012 по 2017г. находилось на лечении 43 пациента 18-68 (57) лет с протяженной стриктурой бульбо-мембранозного отдела уретры в среднем 3,5см. По этиологическому фактору - 20 пациентов (46,5%) - посттравматической этиологии, 12 пациента (27,9%) - воспалительного характера и 11 пациентов (25,6%) ятрогенной причины.

Локализацию и протяженность стриктуры определяли стандартными рентгенологическими методами (восходящая уретрография, микционная цистоуретрография), уретроскопия, бужирование.

Всем пациентам была выполнена расширяющая пластика буккальным трансплантатом. На 20-21 сутки после операции удаляли уретральный катетер.

К осложнениям в раннем послеоперационном периоде мы отнесли урогематому послеоперационной раны у 3 пациентов (10,4%), свищ уретры у 1 пациента (3%). К поздним осложнениям – рецидив стриктуры (места анастомозов) мы наблюдали у 2 пациентов (6,4%).

Выводы:

В 86,9% случаев протяженных стриктур бульбо-мембранозного отдела уретры использование расширяющей пластики буккальным трансплантатом позволяет восстановить проходимость уретры с хорошим функциональным результатом.

Литература

1. Mangera, A.A. systematic Review of Graft Augmentation Uretroplasty Techniques for the treatment of Anterior Urethral Strictures/ A.Mangera, J.M.Petterson, C.R.Chapple// Eur.Urol.-2011.-№59.-P.797-814.
2. Matur, R.K Tunica albuginea urethroplasty for urethral strictures/ R.K.Mathur, A.Sharma// J.Urol.-2010.-P.120-4.
3. Xu, Y.M. Treatment of urethral strictures using lingual mucosal urethroplasty: experience of 92 cases/ Y.M.Xu, Q.Fu, Y.L.Sa et al.// Chin. Med.J.-2010.-№123-P.458-62.
4. Barbagli G. Interim outcomes of dorsal skin graft bulbar urethroplasty/ G. Barbagli, E.Palminteri et al.// J.Urol.-2004.-P.1365-7.
5. Riordan, A. Outcome of dorsal buccal graft urethroplasty for recurrent bulbar urethral strictures/ A. O Riordan, R.Narahari, V.Kumar// B.J.Urol.Int.-2008.-№102.-P.1148-51.

МОДИФІКОВАНИЙ СПОСІБ ФРЕНУЛОТОМІЇ З ПЛАСТИКОЮ ПЕРЕДНЬОЇ ШКІРОЧКИ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА

Баранник С.І., Баранник К.С.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Вступ. Вроджені та набуті аномалії розвитку передньої шкірочки статевого члена часто є показанням до проведення пластичних корегуючих операцій [1, 2]. Поєднання короткої вуздечки статевого члена і фімозу виникає достатньо часто. Іноді повторювання травматичних ушкоджень вуздечки статевого члена під час статевого акту мають самостійно призводити до утворення «хибного» фімозу. У всіх випадках виникають проблеми із вивільненням голівки статевого члена під

час ерекції і труднощі із проведенням статевому акту. Проте, не всі ці дефекти можна ліквідувати стандартною операцією – френулотомією. Часто виникає необхідність у використанні додаткових пластичних елементів при проведенні оперативного втручання [3]. Існуючі способи оперативної корекції не завжди можна використовувати у запропонованому вигляді. Іноді потрібне їх поєднане використання. Крім того, під час проведення хірургічного втручання необхідно враховувати його ступінь, анатомічні особливості будови статевих органів пацієнта, особливо у дорослих і сексуально активних чоловіків, а також всі їх сексуальні бажання. Операції з цього приводу є елементами естетичної, генітальної пластичної і сексуальної хірургії [2].

Мета дослідження. Розробити і впровадити модифікований спосіб френулотомії з поєднаною пластикою передньої шкірочки статевому члена.

Матеріал і методи. Нами розроблена модифікація способу комбінованої пластики вуздечки статевому члена і листків його передньої шкірочки. Сутність способу полягає у тому, що на першому етапі проводимо відсічення дистального краю вуздечки паралельно нижній поверхні голівки статевому члена до вінцевої борозни. Утворений конусоподібний дефект шкіри розсікаємо за ходом ранового дефекту з одночасним розсіченням і вивільненням нижче розташованих шарів від рубцевих тканин і обов'язковим збереженням підшкірних кровоносних судин і нервів. Утворений трикутний дефект ушиваємо косметичним швом у вигляді літери «Y» з верхівкою у зовнішнього отвора уретри. Після вільного оголення голівки статевому члена слід від оперативного втручання залишається повністю на нижній поверхні статевому члена під його голівкою.

Результати дослідження. Розроблений спосіб використано під час оперативного лікування 56 пацієнтів з наведеними вище проблемами вуздечки і передньої шкірочки статевому члена. Ускладнень протягом оперативного втручання та після операції не було. У всіх випадках вдалося ліквідувати природжені та набуті дефекти вуздечки і передньої шкірочки статевому члена. У післяопераційному періоді для надання умов до формування еластичного рубця призначали протеолітичні препарати і фізіотерапію.

Висновки. Запропонований спосіб дозволяє одночасно усунути коротку вуздечку статевому члена і рубцевозмінену частину передньої шкірочки, відновити естетичний вигляд і нормальну статеву функцію чоловіків.

Література

1. Зеляк М.В. Фимоз: показання до операції. Власний досвід. / М.В. Зеляк, Б.М. Зіняк, Б.Д. Баб'як, Т.Л. Архитко // Урологія. - 2015. - Т. 19, №4(75). - С. 54-57.
2. Синицкий Ю.Ю. Сексологический и эстетический аспекты в хирургическом лечении сужения крайней плоти / Ю.Ю. Синицкий, С.Ю. Синицкий // Здоровье мужчины. - 2010. - №2. - С. 134-140.
3. Barannik S.I. Method plastics of the excess flesh of the penis / S.I. Barannik, K.S. Barannik // 9th Congres of ESAU of EAU. S.-Petersburg/Russia, 2011. – P. 38.

ПОДОВЖЕННЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА: НОВИЙ ХІРУРГІЧНИЙ МЕТОД CROSS-ПЛАСТИКИ ШКІРИ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕНІЛЬНОЮ ДИСМОРФОФОБІЄЮ

Бойко М.І.

Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини ДУС
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Мета: Інвертована V-Y пластика визнана стандартною методикою при подовженні статевому члена. Але вона має ряд недоліків і не завжди призводить до ефективного подовження [1]. У цій роботі ми пропонуємо новий метод хірургічної пластики шкіри, який супроводжує лігаментотомією.

Матеріали Та Методи: 25 пацієнтам з пенільною дисморфофобією пеніса ми зробили лігаментотомію для подовження пеніса та застосували новий метод cross-пластики шкіри, застосовуючи повздовжній шов на шкірі пенокубікальної ділянки після поперечного розрізу. Розріз шкіри довжиною 3-4 см було виконано поперечно на 8-10 мм вище основи статевому члена. Тканини розрізались поперечно до пращеподібної та підтримуючої зв'язок члена, які також були розсічені. Провели рефіксацію кавернозного тіла до шкіри, запобігаючи ретракцію члена, з одного боку, і утворюючи новий проксимальний край статевому члена, з іншого(2). Всі тканини і шкіра зашиті повздовжньо. Таким чином, ми пересунули шкіру лобкової ділянки на пеніс. При необхідності можна зрізати невеликі шкірні "вуха", які утворилися в верхньому та нижньому кутах рани.

Середній вік становив 30,4 (26-35 років). Антропометричні вимірювання передопераційної та післяопераційної довжини статевому члена проводилися з середнім періодом спостереження 6 місяців. Пацієнтів також оцінювали за допомогою запитань оцінки задоволення результатом. Статистичний аналіз включав тест з використанням критерія Манна-Уїтні (U).

Результати: Середнє значення збільшення після хірургічного втручання середньої довжини статевого члена в спокійному стані становило 3,3 см, (3,1- 5,2 см) і 2,5 – в ерегтованому стані (2,2 - 3,0 см), у порівнянні зі станом до операції. Рівень задоволення пацієнтів складав 87% і 65%, при спокійному та ерегтованому статевому члені, відповідно.

Розмір статевого члена в спокійному стані набагато більш значущий для чоловіків з психологічною дисморфобією, ніж розмір члена в ерекції. Тільки в Сполучених Штатах серед 10 000 чоловіків, які збільшили розмір статевого члена в період з 1991 по 1998 рік більшість, в основному, стурбовані розмірами неерегтованого члена (так званий "синдром роздягальні") [3].

Набряк шкіри статевого члена та набряк крайньої плоті відзначали у 4 пацієнтів (16%), тоді як підшкірна гематома та затримка загоювання рани була зареєстрована у 5 пацієнтів (20%).

Висновки:

1. Новий розроблений нами метод cross-пластики шкіри виявився ефективним та безпечним і може бути запропонований для пацієнтів з пенільною дисморфобією.

2. Метод лігаментотомії з пластикою шкіри з метою збільшення довжини статевого члена дає краще результати в випадку проведення операції за естетичними показами ніж функціональними.

Література:

1. Y. Vardi, Y. Harshai, T. Gil and I. Gruenwald. □ A Critical Analysis of Penile Enhancement Procedures for Patients with Normal Penile Size: Surgical Techniques, Success, and Complications European Urology, Volume 54 Issue 5, November 2008, Pages 1042-1050
2. Пат. 117128 Україна МПК (2017.01) A61B 17/00. Спосіб хірургічного збільшення довжини статевого члена / Бойко М.І., Чернокульський І.С., Бойко О.М.; заявник та патентоутримувач ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС. - № 11/201701242; заявл. 10.02.2017; опубл. 12.06.2017, Бюл. № 11.
3. M.F. Van Driel, W.C. Schultz, H.B. Van de Wiel, H.J. Mensink. Surgical lengthening of the penis. Br J Urol. 1998;82:81-85

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПРИХОВАНОГО СТАТЕВОГО ЧЛЕНА

Бумін О.В., Туренко І.А., Россіхін В.В., Суманов С.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Прихований статевий член (ПСЧ) - це пеніс нормальних вікових розмірів, прихований у навколишніх тканинах мошонки та жировій клітковині лобкової ділянки. Діти зі ПСЧ як і з будь-якими аномаліями розвитку статевих органів не адаптовані в дитячому колективі, уникають занять спортом, "туалетних" ситуацій, що надалі веде до стійких психо-сексуальних порушень. Важливо відзначити, що з настанням пубертатного періоду самостійного відновлення не відбувається. Анатомія пороку спричиняє розвиток фімозу, із приводу чого хлопчикам невинно роблять обрізання крайньої плоті, що в таких дітей збільшує ступінь занурення кавернозних тіл та ускладнює наступну оперативну корекцію через дефіцит шкіри на стовбурі статевого члена.

За період з 1997 по 2016 рік оперовано 36 хлопчиків із приводу прихованого статевого члена у віці від 1 до 12 років. Ми поділяємо на три форми цю патологію, які найбільш частіше зустрічаються:

1. Втоплений статевий член (21 хлопчик), пов'язан з вадою розвитку пенис-абдоминальної зв'язки. Дизгенетичні зміни поверхневої фасції порушують фіксацію статевого члена до симфізу, що приводить до занурення кавернозних тіл у підшкірно-жирову клітковину лона.

2. Члено-калиткова складка (перетинчастий статевий член) (10 дітей), для цієї форми ПСЧ характерний дефіцит шкіри по вентральній поверхні статевого члена, коли мошонка переходить у крайню плоть. При цьому статевий член схований переважно в тканинах мошонки.

3. Члено-калиткова транспозиція (пальмовидний член) (5 дітей) - ектопія статевого члена, коли кавернозні тіла виходять із центра або основи мошонки. Є дефіцит шкіри, що покриває стовбур полового члена з усіх боків.

Опираючись на виділені форми схованого статевого члена запропоновані наступні варіанти оперативного лікування:

Для хірургічної корекції втопленого статевого члена у 21 дитини (1 група) розріз шкіри робили біля основи статевого члена у вигляді букви "W". Кавернозні тіла виділяли з навколишніх тканин, видаляючи дизгенетичні тяжі лона, що йдуть по дорсальній поверхні до шкіри. Далі висікали підшкірно-жирову клітковину в області лона при її надлишковому розвитку. Пенис-абдоминальний кут створювали шляхом фіксації шкіри основи статевого члена до його білої оболонки та шкіри лона в області пенис-абдоминальної складки до окістя симфізу внутрішньошкірними швами. Як шовний матеріал використали монофіламентні нитки, що не розсмоктуються (Prolen, Maxon 4/0). Для створення контуру члена по вентральній поверхні біля основи його робили додатковий розріз і підшивали шкіру до білої оболонки внутрішньошкірними швами (Prolen, Maxon 5/0). Дефект шкіри, що виникає після виведення стовбура пеніса зі зрощень, укривали розпрепарованою крайньою

плоттю. У 5 хлопчиків зі ПСЧ після сіrcumcisio дефект шкіри біля основи статевого члена вкривали переміщеним клаптом калитки.

Дітям з перетинчастим статевим членом (10) розсікали стовбурово-калиткову складку в поперечному напрямку, далі створювали пено-скротальний кут за описаною вище методою. Шкірну рану ушивали в поздовжньому напрямку з використанням Z-пластики для зменшення натягу біля основи (підстави) статевого члена та запобіганні формування грубого деформуючого рубця.

Корекцію члено-калиткової транспозиції (5 дітей) проводили шляхом циркулярного мобілізації стовбура члена біля основи із тканин калитки. Подальше виконували розріз шкіри в області лона, куди переміщували статевий член. Рану ушивали з формуванням пеноабдоминальної складки та створенням чіткого контуру основи члена.

Віддаленні результати простежені в строки від 3-х місяців до 4-х років. У всіх випадках отримано задовільний косметичний та функціональний результат, повторні оперативні втручання були не потрібні. Статевий член у всіх дітей добре візуалізувався та має вікові розміри, відзначене поліпшення психо-соціальної адаптації хлопчиків.

Таким чином, запропоновані операції для кожного різновиду прихованого статевого члена дозволили уникнути серйозних хірургічних ускладнень і значно знизити число незадовільних результатів лікування у віддаленому післяопераційному періоді.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЁННЫМ И НЕОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

Возианов С.А.¹, Шамраев С.Н.¹, Стусь В.Н.², Васильева В.Д.³, Шамраева Д.Н.⁴

¹ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

²Днепровская медицинская академия МЗ Украины, г. Днепр

³Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

⁴Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Лиман

Диагностика и лечение рака мочевого пузыря (РМП) является одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной онкоурологии как во всем мире, так и в Украине. РМП занимает 9-е место в мире по распространенности относительно других онкологических заболеваний. Более 60% всех новых случаев и более 8000 летальных исходов от РМП были зарегистрированы в странах с низким уровнем экономического развития. Согласно опубликованному в 2016 году глобальному обзору заболеваемости и смертности от РМП в мире, основанному на данных ресурса C15 – глобальной базе данных мировых канцер-регистров, самый высокий уровень заболеваемости был выявлен в Европе. Снижение уровня заболеваемости РМП наблюдались среди мужчин западной и северной частей Европы и возрастали в южной, центральной и восточной Европе. Показатели смертности среди мужского контингента Европы являлись самыми высокими в мире, особенно в восточной, южной Европе и странах Балтийского моря. В тоже время, самые высокие показатели заболеваемости среди женщин были зарегистрированы в Дании, Норвегии и Швейцарии, а уровень смертности от РМП среди женщин Дании снизился на 2,3% с 1998 по 2012 годы. В целом уменьшение смертности женского населения наблюдается среди всех регионов Европы [1-3].

В Украине в 2014-2015 годах РМП занимал третье место в структуре мужской онкопатологии и 15-е – среди женской. Заболеваемость в среднем составляет 10,9 наблюдений, а смертность - 4,4 на 100 тыс. населения. Впервые мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (МИРМП) выявляется менее чем у 50% больных, хотя у большинства из них в дальнейшем имеется миграция стадии РМП до инвазии в мышечный слой, что способствует росту летальности до 1 года, которая достигает 21,9% [4].

Радикальная цистэктомия на протяжении последних 30 лет является «золотым» стандартом лечения локализованного МИРМП [5, 8]. Выбор оптимального объема операции основывается на информации о морфологическом строении опухоли, ее локализации, распространенности опухолевого процесса и соматическом состоянии больного. Стандартное выполнение РЦЭ предполагает эвисцерацию органов малого таза у женщин. У мужчин данное хирургическое вмешательство включает 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 [6, 7]. Анализ литературы свидетельствует о том аргументе, что на сегодняшний день не проведено ни одного рандомизированного клинического исследования, которое показало бы преимущество какого-либо альтернативного метода лечения МИРМП по сравнению с РЦЭ [8]. Впрочем, несмотря на появление миниинвазивной и роботизированной хирургии, РЦЭ сопровождается высокими показателями осложнений и смертности. Уровни ранних послеоперационных осложнений варьируют от 28% до 64% даже в специализированных мировых центрах [9-11]. А частота 90-дневной летальности, согласно демографическим исследованиям, остается в диапазоне от 5,1% до 8,1%, что является высоким для радикальных операций [12, 13]. В числе наиболее часто развивающихся послеоперационных осложнений после проведения РЦЭ с реконструкцией мочевых путей выделяют: гастроинтестинальные (27-29%): илеус – 7,3-13,8%, несостоятельность анастомоза – 1,1%; инфекционные (23-25%): перитонит – 1,5%, послеоперационный сепсис – 0,7%; раноассоциированные (15%): инфицирование послеоперационной раны – 6-8,8%, расхождение краев раны – 3,3%; кардиальные (5-11%): острая сердечная недостаточность – 2,2%, инфаркт миокарда – 1,5% и мочеполовые (11-17%): острая почечная недостаточность – 1,1%, недержание мочи – 0,3-19,0%. Процентное соотношение в структуре осложнений варьирует в зависимости от времени возникновения. Гастроинтестинальные, инфекционные и раноассоциированные осложнения преобладают в 30-дневный период, в то время как, гастроинтестинальные и мочеполовые осложнения остаются в процентном большинстве между 30 и 90 послеоперационными сутками [10, 12, 14].

Проведенная оценка онкоурологической литературы показала, что в большинстве исследований исходов РЦЭ не были использованы никакие стандартизированные системы градации осложнений, кроме как классификации их на «большие и малые». Это затрудняет сопоставление данных и, безусловно, приводит к недооценке течения интра- и раннего послеоперационного периода [16]. Кроме того, частота периоперационных осложнений часто использовалась в качестве суррогатных показателей хирургической компетентности, стандартов качества оказания медицинской помощи, успеха новых хирургических методик и даже была предложена в качестве ориентиров для финансовой компенсации [17].

Целью данной работы явилась оценка диагностических возможностей показателей общеклинического и специальных методов обследования больных, доступных для количественного учета, в прогнозировании благоприятных и неблагоприятных исходов и периоперационных осложнений при радикальном хирургическом лечении рака мочевого пузыря.

Материал и методы. Ретроспективному статистическому анализу были подвергнуты истории болезни 126 пациентов, перенесших открытую радикальную цистэктомию, которые находились под наблюдением с 2005 по 2016 годы включительно. Для решения поставленной цели пациенты были распределены на 2 группы. В 1-ю группу вошли те больные, которые имели благоприятный исход интра- и ближайшего послеоперационного периода – 82 (54,7%) наблюдения, - т.е. пациенты, у которых не было отмечено осложнений РЦЭ. Во 2-й группе представлены 44 (45,3%) пациента, имевшие осложненное течение периоперационного периода. В неё вошли те больные, у которых в ближайшем послеоперационном периоде были отмечены такие осложнения как: диастаз краев послеоперационной раны, ее нагноение; кровотечение, требующее гемотрансфузии; острый флеботромбоз вен голени; обострение хронического пиелонефрита; лимфорея с формированием лимфоцеле; гематома малого таза, не поддающаяся консервативному лечению; толстокишечная непроходимость и несостоятельность кишечного анастомоза для коррекции, которых требовались дополнительные инструментальные или оперативные пособия.

Пациентам выполнили клинические, лабораторные, рентгенологические, морфологические и ультразвуковые методы исследования согласно протоколам оказания медицинской помощи (приказ МОЗ Украины №554) и рекомендациям EAU (2005-2015). Клиническая и патологическая стадии РМП определялись согласно системе TNM в редакции 2009 года [18]. Степень дифференцировки устанавливалась по 3-х ступенчатой системе гистоградаций согласно системе ВОЗ [19]. Осложнения, развившиеся в 30- и 90-дневный срок, оценивали согласно модифицированной классификации Clavien–Dindo [15]. Полученные данные были подвергнуты математической обработке с использованием методов вариационной статистики, реализованная пакетом программ Medstat, Statistica Trial и Excel.

Результаты и их обсуждения. Результаты сравнительной статистической оценки групп пациентов приведены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная статистическая характеристика пациентов исследуемых групп после радикальной цистэктомии ($p > 0,05$)

Показатель	I группа (82)		II группа (44)		t
	М	m	М	m	
Возраст, лет	60,8	12,8	58,2	9,5	0,16
Возраст в дебюте заболевания, лет	58,8	15,7	56,3	10	0,13
Время до РЦЭ с момента диагноза, дни	53,1	42,7	146,9	94,4	0,18
К/д госпитализации	28,2	10,6	37,7	14,6	0,52
К/д п/о	20,9	8,2	29,3	12,0	0,58
Длительность наркоза, часы	5,7	2,5	7,3	2,6	0,44
Длительность операции, часы	5,3	2,4	6,6	2,4	0,4
Кровопотеря, мл	800,7	637,1	1016,0	878,5	0,2
Дренирование раны, дни	15,3	7,2	18,4	7,0	0,31
Charlson index, n	5,4	2,5	5,7	2,5	0,08
ИМТ, кг/м ²	26,6	4,3	26,4	4,3	0,04
Объем МП до РЦЭ, мл	253,5	98,6	201,3	135,3	0,31
Объем опухоли, мл	126,0	301,9	70,4	138,0	0,17
Мочевина крови, ммоль/л	6,9	3,1	7,6	3,4	0,16
Креатинин крови, ммоль/л	109,7	53,1	117,8	55,7	0,11
СКФ, мл/мин	79,8	29,5	78,4	32,4	0,03
Общий белок крови, г/л	64,1	11,6	62,1	10,2	0,13
Билирубин общий, мкмоль/л	13,9	13,1	10,3	4,1	0,27
Глюкоза крови, ммоль/л	5,5	2,2	5,3	1,7	0,08
Протромбиновый индекс, %	86,5	12,1	89,0	9,6	0,16
Фибриноген плазмы, г/л	3,3	0,6	3,5	0,9	0,22
Гематокрит, %	32,9	7,3	34,3	6,6	0,14
СОЭ, мм/час	30,5	17,7	32,3	17,1	0,07
ΔHb, г/л	22,8	17,8	26,2	21,4	0,12
Эритроциты, *10 ¹² /л	4,0	0,7	3,9	0,8	0,19
Лейкоциты, *10 ⁹ /л	10,2	10,2	9,0	6,3	0,3
Нейтрофилы, %	69,5	11,6	69,6	7,5	0,17
Лимфоциты, %	20,3	12,8	17,6	6,8	0,18
Моноциты, %	4,8	2,1	5,3	1,7	0,19
Удельный вес мочи, усл.ед.	1012,0	5,6	1014,9	5,5	0,36
Белок мочи, г/сут	0,9	1,5	0,9	1,6	0,03
Лейкоциты мочи, в п/зр.	22,4	29,2	27,8	36,3	0,12
Эритроциты мочи, в п/зр.	50,8	41,7	52,9	39,9	0,04

Примечание: РЦЭ - радикальная цистэктомия, к/д - количество дней, п/о - после операции, СКФ-скорость клубочковой фильтрации, МП - мочевого пузыря, t – критерий Стьюдента; p - достоверность различий в сравниваемых группах

Как следует из данных таблицы, средний возраст больных в группе пациентов с благоприятным течением раннего послеоперационного периода составил $60,8 \pm 12,8$ лет и $58,6 \pm 9,5$ в группе пациентов с осложнениями. Данные показатели немного ниже по сравнению с возрастом больных в мультицентровых мировых исследованиях. Например, в исследовании с 679 пациентами перенесших РЦЭ в 18 европейских центрах средний возраст пациентов составлял 70,0 лет, а средний возраст 50 625 пациентов подвергнутых цистэктомии в США в период с 2001 по 2008 год составлял 68,4 года [20, 21]. Такая незначительная разница между показателями может быть обусловлена тем, что радикальному оперативному вмешательству подвергаются чаще пациенты в возрасте 55-74 лет (43-48%), против 14% старше 75 лет [22]. Не вдаваясь в детальное описание всех исследованных параметров, можно констатировать, что в результате проведенного сравнительного статистического анализа 33 объективных (имеющих количественное выражение) показателей, характеризующих

анамнез захворювання і об'єктивний статус пацієнтів в досліджуваних групах, достовірних різниць виявлено не було.

В той же час, середній термін від проведення біопсії і діагностування МІРМІ до виконання РЦЕ склав $53,1 \pm 42,7$ днів в групі з неосложненим післяопераційним періодом і $146,9 \pm 94,4$ днів в групі з різними ускладненнями. Цей показник, воєв другій групі пацієнтів, не відповідає рекомендаціям ЕАУ, де дані терміни не повинні перевищувати 90 днів з моменту діагностування МІРМІ і перевищує ліміт в 1,6 рази [23]. При проведенні ретроспективного аналізу лікування більш 300 пацієнтів в одній з клінік США було встановлено, що затримка в виконанні операції більш ніж на 90 днів призводить до статистично значущого підвищення частоти розвитку віддалених метастазів (81,0% проти 52,0%). Подібні дані були отримані при проведенні аналізу даних 247 хворих, значно кращі показники безрецидивної і загальної виживаності були зареєстровані у пацієнтів, отримавших лікування в термін до 90 днів, порівняно з хворими, яким лікування було проведено через більш тривалий період часу [24]. По даним Sánchez-Ortiz RF. і співавт. (2003) 93,0% пацієнтів перенесли РЦЕ в терміни, рекомендовані ЕАУ, однак не було виявлено статистично значущої зв'язи між затримкою в виконанні РЦЕ > 3 місяців і поширеністю онкологічного процесу з подальшим зниженням загальної виживаності (ОВ). Аналогічні висновки були зроблені Bruins H.M. і співавт. (2016) при проведенні аналізу даних більш 1500 пацієнтів, що дозволило авторам зробити висновок про рекомендаційний характер проведення операції в термін 3 місяців, а не служити фіксованою часовою точкою [25, 26].

Інтересними є дані по супутній патології у пацієнтів, перенеслих РЦЕ. Так, індекс коморбидності Charlson був дуже високим серед пацієнтів першої групи, але аналогічний такому серед пацієнтів другої групи - $5,4 \pm 2,5$ і $5,7 \pm 2,5$, відповідно. По думці авторів, більш 40% пацієнтів з індексом Charlson > 4 знаходяться в зоні високого ризику 10-річної смертності без урахування канцер-специфічної летальності і достовірно збільшує ймовірність розвитку післяопераційних ускладнень [27]. Цей факт неодноразово підтверджено в роботах провідних онкоурологів Європи і США [28-30].

Висновок. Таким чином, не виявлено достовірних різниць по середнім величинам в групах неосложненого і ускладненого раннього післяопераційного періоду після РЦЕ. Слід вважати необхідним застосувати метод математичного моделювання для розробки профілактичних заходів, спрямованих на запобігання ускладнень РЦЕ і прогнозування їх розвитку.

ПОЗАДУЛОННА І ЕНДОСКОПІЧНА РАДИКАЛЬНА ПРОСТАТЕКТОМІЯ: АНАЛІЗ БЕЗПОСЕРЕДНІХ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА УСКЛАДНЕНЬ

Возіанов С.О., Шамраєв С.М., Леоненко А.М.

ДУ "Інститут урології НАМН України", м. Київ

Вступ. Рак передміхурової залози (РПЗ) є одним з найбільш поширених та важливих медико-соціальних проблем як для урологічної дисципліни, так і для охорони здоров'я в цілому.

В Україні показник захворюваності становить 36,9 на 100 тис. чоловічого населення, що на 50-60% нижче ніж у США та деяких країнах Європи. Сумарно щороку, на теренах нашої держави, реєструється біля 8000 випадків, а приріст загальної кількості хворих на РПЗ із 1994 до 2013 рр. становив 125,6%, крім того частота локалізованого РПЗ становить 52% хворих. При цьому щорічно біля 4200 чоловік потребують радикального хірургічного або променевого лікування в Україні. Приведені вище дані свідчать про прогресуюче збільшення кількості хворих на РПЗ, які потребують спеціалізованої медичної допомоги.

Незважаючи на впровадження таких методів лікування РПЗ як радіочастотна абляція, кріоабляція, трансуретральна радикальна простатектомія, 3D-конформна променева терапія, брахітеріapia та ін., радикальна простатектомія (РПЕ) залишається "золотим стандартом" хірургічного лікування РПЗ, особливо в Україні в зв'язку з відсутністю всього арсеналу лікувальних технологій в медичних закладах. Техніка та методика виконання РПЕ не є сталою і постійно вдосконалюється.

Основні зусилля вчених спрямовані на напрямку підвищення радикальності, а також зменшення кількості ускладнень та несприятливих наслідків РПЕ. Іншим напрямком є максимальне збереження контактних до зони хірургічного втручання тканин, що найчастіше досягається за

рахунок мінімізації операційного доступу. З кінця 80-х років минулого сторіччя бурхливого розвитку у світі набули малоінвазивні методики: ендоскопічні та лапароскопічні техніки хірургічного лікування різноманітних органів та систем.

Розвиток малоінвазивної хірургічної техніки, з часом, приніс нову філософію і у хірургічне лікування РПЗ – це призвело до розробки нових ендоскопічних методик РПЕ. Так, вперше лапароскопічну радикальну простатектомію (ЛРПЕ) було виконано у вересні 1991 р., ендоскопічну екстраперитонеальну радикальну простатектомію (ЕЕРПЕ) у червні 1997 р., а у вересні 2000 р. робот-асистовану трансперитонеальну радикальну простатектомію. Теперішній час знаменується тенденцією до широкого впровадження ендоскопічних радикальних простатектомій (ЕРПЕ), але в Україні лише 20% хворих на РПЗ отримують радикальне хірургічне лікування, з них більш ніж 80% переносять стандартну відкриту РПЕ з позадулонного доступу.

Мета дослідження. Провести порівняльний аналіз ускладнень позадулонної радикальної простатектомії (ПРПЕ) та ендоскопічної радикальної простатектомії (ЕРПЕ) у хворих на рак передміхурової залози шляхом визначення частоти і тяжкості післяопераційних ускладнень.

Матеріали та методи. Було проаналізовано історії хвороби 453 хворих, які перенесли радикальну простатектомію (РПЕ), в умовах ДУ “Інститут урології НАМН України” у 2013–2015 рр. – 296 (65,3%) пацієнтів та ДУ “Інститут невідкладної та відновної хірургії ім. В. К. Гусака НАМН України” на протязі 2006-2013 рр. – 157 (34,7%) пацієнтів. Всіх хворих розподілили на дві групи. Група I включала 210 (46,4%) пацієнтів, яким було виконано ЕРПЕ (ЛРПЕ та ЕЕРПЕ), до групи II включено 243 (53,6%) хворих, що перенесли ПРПЕ. Клінічну стадію РПЗ визначали по класифікацією TNM, періопераційний ризик оцінювали по ASA.

Ускладнення було розподілено: за кількістю; за ступенем тяжкості відповідно до шкали Р.А. Clavien та ін. (2004); за типом по G. Novara та ін. (2010); прогностичні групи формувались за Р.М. Pierorazio та ін. (2013).

Для проведення аналізу та виявлення статистичної значимості відмінностей між показниками обох груп користувались критерієм χ^2 Пірсона (число ступенів свободи $df=1$, якщо не вказано інше). При мінімальному значенні очікуваного явища <5 користувались точним критерієм Фішера. Статистично значущими вважали дані з вірогідністю різниці при $p<0,05$.

Результати дослідження. Було виявлено 172 ускладнення в групі I у 110 (52,4%) пацієнтів і 178 у групі II серед 115 (47,3%) хворих. В обох групах переважали генітоуринарні ускладнення (табл. 1).

Таблиця 1

Частота зустрічаємості превалюючих груп ускладнень

Група ускладнень	I група (n=210)		II група (n=243)		χ^2
	n	%	n	%	
генітоуринарні	136	$64,8 \pm 3,3$	122	$50,2 \pm 3,2$	9,736 ¹
гемотрансфузії	22	$10,5 \pm 2,1$	25	$10,3 \pm 1,9$	0,004
Інфекційні	7	$3,4 \pm 1,2$	21	$8,6 \pm 1,8$	5,474 ²

Примітка: число ступенів свободи (df) при підрахунку $\chi^2 = 1$; ¹ - $p<0,01$; ² - $p<0,05$.

Як видно із табл. 1 у групі ЕРПЕ генітоуринарні ускладнення становили $64,8 \pm 3,3\%$ проти $50,2 \pm 3,2\%$ в групі ПРПЕ ($\chi^2=9,736$, $df=1$, $p<0,01$), кількість проведених гемотрансфузій в обох групах була практично рівною $10,5 \pm 2,1\%$ та $10,3 \pm 1,9\%$, відповідно ($\chi^2=0,004$, $df=1$, $p>0,05$), а кількість інфекційних ускладнень була вищою у групі ПРПЕ $8,6 \pm 1,8\%$, ніж у групі ЕРПЕ $3,4 \pm 1,2\%$ ($\chi^2=5,474$, $df=1$, $p<0,05$) – це пояснюється малоінвазивністю оперативного доступу, що в свою чергу, мінімізує сторонню інконтамінацію як зони хірургічного втручання, так і післяопераційної рани та відсутністю “відкритої” рани. Серед генітоуринарних ускладнень переважали нетримання сечі $29,0\%$ vs $20,1\%$ та негерметичність ВУА $16,7\%$ vs $10,7\%$ для груп I та II, відповідно (табл. 2).

Потрібно зазначити те, що в одного пацієнта, в обох групах, могли спостерігатися більше одного ускладнення як того самого, так і різного ступеню важкості у різні проміжки післяопераційного періоду (табл. 3).

Таблиця 2

Частота генітоуринарних ускладнень

Тип ускладнення:	Група I (n=210)		Група II (n=243)		χ^2
	п	%	п	%	
негерметичність ВУА	35	16,7	26	10,7	2,501
стеноз ВУА	7	3,3	12	4,9	0,722
рекатетеризація сечового міхура	14	6,7	11	4,5	0,989
цистостомія	0	0	4	1,6	-
сечова нориця ¹	1	0,5	3	1,2	-
лімфорея (клінічно значима) ²	18	8,6	14	5,8	1,355
пункція лімфоцеле	2	0,9	1	0,4	-
лігатурні конкременти	0	0	3	1,2	-
нетримання сечі	61	29,0	49	20,1	4,835

Примітка: 1 – маються на увазі типи сечових нориць, утворення яких пов'язане із порушенням цілісності везико-уретрального анастомозу; 2 – виділення лімфи більше 100 мл на добу; ВУА – везико-уретральний анастомоз; $p < 0,05$; “-” у графі χ^2 означає, що для визначення статистичної значимості показників користувались точним критерієм Фішера.

Таблиця 3

Кількість ускладнень, які припадали на одного хворого

Кількість ускладнень	Група I (n=210)		Група II (n=243)	
	п	%	п	%
Одне	72	34,3	75	30,9
Два	19	9,1	23	9,4
Три	15	7,1	12	4,9
Чотири і більше	4	1,9	5	2,1
Загалом хворих	110 (52,4 %)		115 (47,3%)	

Статистично значущої міжгрупової відмінності у кількості ускладнень, що припадали на одного хворого виявлено не було ($\chi^2=1,152$, $df=1$, $p>0,05$).

В обох групах переважали “малі” ускладнення (Clavien I-II) 66,2±3,3% та 63,0±3,1%, “великі” ускладнення (Clavien III-IV) були зафіксовані у 15,7±2,5% та 10,3±1,9% у групах I та II, відповідно (табл. 4).

Таблиця 4

Розподіл специфічних ускладнень радикальної простатектомії

Градації ускладнень	Група I (n=210)		Група II (n=243)	
	п	%	п	%
“малі” ускладнення (1-2 ступінь за Clavien)	139	66,2	153	63,0
1 ступінь	7	3,3	21	8,7
2 ступінь	132	62,9	132	54,3
“великі” ускладнення (3-5 ступінь Clavien)	33	15,7	25	10,3
3 ступінь	27	12,9	19	7,8
4 ступінь	6	2,8	6	2,5
Повторні операції	27	12,9	19	7,8

Як видно із табл. 4 у обох групах “великі” ускладнення переважно представлені повторними хірургічними втручаннями. Летальних випадків (Clavien V) у ранньому післяопераційному періоді в обох групах виявлено не було.

Процент відсутності РПЗ за даними післяопераційного заключного гістологічного дослідження у групі ЕРПЕ складав 2,9±1,1%, а у групі ПРПЕ 3,3±1,1%.

Результати морфологічного дослідження видаленого препарату приведені в табл. 5.

Патоморфологічні результати радикальної простатектомії

Показники	I група n=210	%	II група n=243	%	χ^2
Сума Глісона:					
• 5, 6	109	51,9	117	48,1	0,636
• 7	78	37,1	76	31,3	1,728
• 8	13	6,2	23	9,5	1,651
• 9	4	1,9	13	5,3	3,701
• 10	0	0	6	2,5	-
• 0	6	2,9	8	3,3	0,071
Патологічна стадія:					
• pT1a-c	8	3,8	35	14,4	14,715
• pT2a-c	152	72,4	137	56,4	□
• pT3a-b	44	20,9	51	21,0	12,490
• pT4	0	0	12	4,9	□
• pT0	6	2,9	8	3,3	0,001
					10,653
					□
					0,071
Позитивні лімфовузли:	15	7,1	27	11,1	2,109

Примітка: “-” у графі χ^2 означає, що для визначення статистичної значимості показників користувались точним критерієм Фішера (кількість очікуваних спостережень <5), при підрахунку χ^2 число ступенів свободи (df) = 1; □ – p<0,01.

Табл. 5 ілюструє статистично значиму меншу кількість хворих з патологічною стадією pT1a-c групи I ($\chi^2=14,715$, p<0,01) та більшу зі стадією pT2a-c ($\chi^2=12,490$, p<0,01) порівняно із групою II, крім того тільки у групі II зустрічались пацієнти зі стадією pT4 ($\chi^2=10,653$, p<0,01).

В обох досліджуваних когортах превалювали хворі I прогностичної групи (П.Г.) згідно класифікації Р. М. Pierorazio – 97 (46,2±3,4%) та 104 (42,8±3,2%), до II групи віднесено – 64 (30,5±3,2%) та 54 (22,2±2,7%) хворих, до III групи – 14 (6,7±1,7%) та 22 (9,1±1,8%), у IV групу увійшли 13 (6,2±1,7%) та 23 (9,5±1,9%) хворих і V групу складала 4 (1,9±0,9%) та 19 (7,8±1,7%) пацієнтів, відповідно.

Висновки. На теперішній час парадигма загального зменшення несприятливих наслідків РПЕ диктує необхідність поглибленого вивчення та класифікації післяопераційних ускладнень з метою розробки методів направлених на їх мінімізацію.

Кількість і характер зафіксованих ускладнень в досліджуваних групах свідчить про необхідність додаткової розробки комплексу заходів, які направлені на попередження ускладнень інфекційної групи при проведенні ПРПЕ та генітоуринарної при проведенні ЕРПЕ.

Виникнення переважної кількості ускладнень генітоуринарної групи, які були зареєстровані у групі ЕРПЕ залежить від етапу формування везико-уретрального анастомозу та може бути суттєво знижено шляхом його удосконалення.

Окремо наголосимо, що на теперішній час в Україні хворим на клінічно локалізований РПЗ РПЕ виконується лише у 20% випадків, що диктує необхідність подальшого активного впровадження методик ПРПЕ та ЕРПЕ в урологічних та онкологічних відділеннях спеціалізованих лікувальних установ.

УСКЛАДНЕННЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ ВИСОКОГО РИЗИКУ

Головко С.В., Савицький О.Ф., Кобірніченко А.А.

Національний військово-медичний клінічний центр МО України
Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) є розповсюдженим захворюванням серед літніх чоловіків [1]. З впровадженням медикаментозної терапії симптоматичної

гіперплазії передміхурової залози потреба у негайному хірургічному втручанні з приводу симптоматичної ДГПЗ значно зменшилась [3,5]. Оперативне втручання залишається методом вибору для хворих з вираженими симптомами нижніх сечових шляхів (НСШ) або у тих випадках коли медикаментозне лікування є неефективним [4].

За останні десятиріччя спостерігається середнього віку хворих з ДГПЗ. Зростання операційно-анестезіологічного ризику разом з віком ускладнює вирішення питання про оперативне лікування. Ми провели дослідження впливу віку на об'єм передміхурової залози, клінічні, операційні показники, клінічну ефективність та ускладнення ТУР у хворих на ДГПЗ похилого віку.

Матеріали та методи. Хворі чоловіки проходили лікування у клініці урології Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» з квітня 2009 по вересень 2016 року. Середній вік хворих склав 75,5 років (від 58 до 92 років). Обстеження та визначення показань до оперативного лікування проводилось згідно Рекомендацій Європейської асоціації урологів по лікуванню ненеурогенних симптомів нижніх сечовидільних шляхів у чоловіків [2]. Хворим з високим ступенем операційно-анестезіологічного ризику(III-IV) за шкалою Американської асоціації анестезіологів(ASA) оперативне лікування проводилось після компенсації системних захворювань які загрожували життю.

Методика операції. Оперативне втручання проводилось під спинномозковою анестезією з використанням стандартного резектоскопа фірми Storz 26 F з проточним промиванням. Електрохірургічний генератор StorzAutocon-350, (Німечина) був встановлений на 120Вт різання та 60-70Вт коагуляцію. Усі оперативні втручання виконувались двома досвідченими урологами вищої категорії. Під час оперативного втручання виконувалась резекція простатичної тканини в межах хірургічної капсули. Всі хворі підписували інформовану згоду на проведення оперативного втручання та анестезії.

Вимірювані показники. Показники які підлягали реєстрації включали об'єм передміхурової залози, показник Міжнародної шкали простатичних симптомів IPSS, показник якості життя QoL, максимальну швидкість сечовипускання Qmax, ускладнення ДГПЗ, інші супутні стані не пов'язані з ДГПЗ, супутні системні захворювання, та показник Американської шкали анестезіологів ASA. Наслідки оперативного втручання оцінювались шляхом вимірювання тривалості післяопераційного періоду, тривалості катетеризації, та післяопераційних ускладнень. Проводилось спостереження після хірургічного втручання. При цьому визначали рівень IPSS, QoL, та Qmax. Для оцінки об'єму передміхурової залози та об'єму залишкової сечі виконували трансабдомінальне ультразвукове дослідження (УЗД). Максимальні швидкості сечовипускання вимірювались всім хворим у яких не було уретрального катетера або епіцистостоми.

Статистичний аналіз. Різниця між середніми показниками досліджуваних вибірок оцінювалась за допомогою t-критерія Стьюдента. Перед- та післяопераційні показники для кожного хворого оцінювались за допомогою парного t-тесту. Всі обчислення виконувались за допомогою комп'ютерної програми IBM SPSS Statistics 23 edition. Рівень $p < 0,05$ вважався статистично достовірним. Всі показники були представлені у вигляді середнє значення $\pm$ стандартне відхилення.

Результати. 53 хворих включених в дослідження були розділені за віком на 2 групи. В групу А входили 27 хворих з середнім віком $69,4 \pm 4,8$ років (від 58 до 75 років), в групу В входили 26 хворих середнім віком $75,5 \pm 4,7$ років (від 76 до 92 років).

Середній об'єм передміхурової залози в групі А був на $11,1 \text{ см}^3$ більше ніж в групі В ($p < 0,05$). Достовірної різниці між показниками шкали простатичних симптомів IPSS, якості життя QoL та максимальної швидкості сечовипускання Qmax між групами не було ($p > 0,05$) (Табл.1).

Таблиця 1

Характеристика хворих по групах за віком

	Група А n=27	Група В n=26	Рівень p
Вік (років)	$69,4 \pm 4,8$	$81,9 \pm 4,9$	$< 0,001$
Об'єм передміхурової залози (см^3)	$86,6 \pm 36,0$	$75,5 \pm 45,7$	$> 0,05$
Рівень IPSS перед опер.	$21,5 \pm 6,8$	$19,6 \pm 6,0$	$> 0,05$
Показник QoL перед опер	$4,4 \pm 0,8$	$4,2 \pm 1,0$	$> 0,05$
Показник Qmax (мл/с) перед опер	$7,2 \pm 1,9$	$6,9 \pm 2,8$	$> 0,05$

В Групі В виявлено більшу частоту ускладнень ДГПЗ, а саме: більш часті випадки макрогематурії, дивертикулів сечового міхура в порівнянні з групою А ($p < 0.05$). Достовірної різниці між частотою виникнення хронічної або гострої затримки сечі, хронічної ниркової недостатності та хронічного пієлонефриту відмічено не було ($p > 0.05$) (Табл. 2).

Таблиця 2

Ускладнення ДГПЗ по групах за віком

	Група А n=27	Група В n=26	Рівень р
Хронічна затримка сечі	9 (33,3%)	5 (19,2%)	>0.05
Гостра затримка сечі	8 (29,6%)	11 (42,3%)	>0.05
Макрогематурія	1 (3,7%)	3 (11,5%)	<0.05
Камені сечового міхура	-	1 (3,8%)	>0.05
Дивертикули сечового міхура	-	5 (19,2%)	<0.01
Гідронефроз	-	1 (3,8%)	>0.05
Хронічна ниркова недостатність	2 (7,4%)	2 (7,7%)	>0.05
Хронічний пієлонефрит	14 (51,9%)	17 (65,4%)	>0.05

Така системна супутня патологія як цукровий діабет, облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок, перенесений інфаркт міокарду та хвороба Паркінсона достовірно різнилась поміж групами і була більше виражена в групі В ($p > 0.05$). Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, а також гостре порушення мозкового кровообігу, навпаки, частіше зустрічалась у молодшій віковій групі ($p < 0.05$). Ішемічна хвороба серця була діагностована майже у 100% хворих та по даним показникам відмінності між групами не було (Табл. 3).

Таблиця 3

Супутні системні захворювання по групах за віком

	Група А n=27	Група В n=26	Рівень р
Ішемічна хвороба серця	26 (96,3%)	26 (100%)	>0.05
Гіпертонічна хвороба	26 (96,3%)	26 (100%)	>0.05
Цукровий діабет	5 (18,5%)	7 (26,9%)	<0.05
Облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок	4 (14,8%)	6 (23,1%)	<0.05
Виразкова хвороба шлунку, ДПК	4 (14,8%)	1 (3,8%)	<0.05
Інфаркт міокарду	5 (18,5%)	9 (34,6%)	<0.001
ГПМК	4 (14,8%)	2 (7,7%)	<0.05
Паркінсонізм	1 (3,7%)	2 (7,7%)	<0.05

Також спостерігалась відмінність між трьома групами за показником Американської шкали анестезіологів ASA ($p < 0.01$). Показник ASA був достовірно вищим у групі В в порівнянні з групою А ($p < 0.001$) (Табл. 4).

Таблиця 4

Показник шкали Американської шкали анестезіологів (ASA) по групах за віком

	Група А n=27	Група В n=26	Рівень р
II	3 (11,1%)	1 (3,8%)	<0.001
III	14 (51,9%)	9 (34,6%)	<0.001
IV	10 (37,0%)	16 (61,5%)	<0.001

Тривалість післяопераційного періоду суттєво не відрізнялась поміж двома групами ($p > 0.05$). Тривалість знаходження уретрального катетера (та/або) епіцистостоми в післяопераційному періоді була достовірно вища в групі В в порівнянні з групою А (<0.05). Достовірна різниця між передопераційними та післяопераційними показниками шкали простатичних симптомів IPSS, якості життя QoL та максимальної швидкості сечовипускання Q_{max} спостерігалась у обох групах ($p < 0.001$) та достовірно не відрізнялась поміж групами ($p > 0.05$) (Табл. 5).

Таблиця 5

Наслідки оперативного лікування по групах за віком

	Група А n=27	Група В n=26	Рівень р
Тривалість післяопераційного періоду (днів)	5,3±2,4	5,7±3,0	>0.05
Тривалість катетеризації або епіцистостомії (днів)	2,2±0,7	2,8±1,4	<0.05
Рівень IPSS після опер.	10,8±3,9	9,5±4,2	>0.05
Зниження IPSS	-10,7	-10,1	
Показник QoL після опер	1,6±0,6	1,9±0,9	>0.05
Зниження QoL	-2,8	-2,3	
Показник Qmax (мл/с) після опер	11,4±2,1	10,9±2,1	>0.05
Зростання Qmax	+4,2	+4,0	

Серед ранніх післяопераційних ускладнень найчастіше траплялась сечоміхурова кровотеча (22,2% та 30,1% у групах А та В відповідно). Загострення хронічного пієлонефриту проявлялось інтоксикаційним синдромом, потребувало призначення антибіотиків та проведення парентеральної дезінтоксикаційної терапії, спостерігалось у обох групах (7,4% у групі А та 11,5% у групі В, різниця між групами не достовірна $p>0.05$).

У одного хворого з групи А в ранньому післяопераційному періоді виник ТУР-синдром у вигляді гіпотензії, раптової слабкості, нудоти. Ускладнення було своєчасно розпізнано, хворому призначено сечогінні, сольові розчини та переведено до ВРІТ для хірургічних хворих для відновлення водно-електролітних порушень.

У двох хворих, по одному з групи А та В в ранньому післяопераційному періоді виник гострий коронарний синдром, в зв'язку з чим хворі були переведені до клініки кардіології.

В обох випадках спостерігалась сприятлива динаміка, подальший перебіг післяопераційного періоду без особливостей.

Серед віддалених ускладнень стриктури уретри (7,4 % та 7,7% у групі А та В відповідно) та часткове неутримання сечі (у 3,7 та 15,4% у групі А та В відповідно).

Таким чином, такі післяопераційні ускладнення як сечоміхурова кровотеча в ранньому післяопераційному періоді та неутримання сечі в пізньому післяопераційному періоді частіше траплялись групі В в порівнянні з групою А ($p<0.05$) (Табл. 5).

Таблиця 5

Післяопераційні ускладнення по групах за віком

	Група А n=27	Група В n=26	Рівень р
Сечоміхурова кровотеча	6 (22,2%)	8 (30,1%)	<0.05
ТУР-синдром	1 (3,7%)	-	>0.05
Загострення хронічного пієлонефриту	2 (7,4%)	3 (11,5%)	>0.05
Гострий коронарний синдром	1 (3,7%)	1 (3,8%)	>0.05
Стриктура уретри	2 (7,4%)	2 (7,7%)	>0.05
Неутримання сечі	1 (3,7%)	4 (15,4%)	<0.01

Обговорення. В нашому дослідженні продемонстровано більшу частоту супутньої системної патології у хворих похилого віку, що є предиктором високого операційно-анестезіологічного ризику для даної категорії хворих. Це підтверджується вищим показником Американської шкали анестезіологів ASA у хворих старшої вікової групи. Ці спостереження відображають загальне погіршення здоров'я чоловіків пов'язане зі старінням. Однак, літні хворі можуть безпечно переносити оперативні втручання після ретельного передопераційного обстеження та підготовки.

Триваюче удосконалення інструментарію та техніки виконання оперативного втручання дозволяє зменшити ризик ускладнень та небажаних наслідків. Об'єм передміхурової залози є

важливим прогностичним фактором при виконанні ТУР. Більший об'єм передміхурової залози пов'язаний з більшим часом оперативного втручання та більшою інтра- та післяопераційною крововтратою. В нашому дослідженні середній об'єм передміхурової залози в групі хворих віком 58-75 років був більшим ніж у хворих старшої вікової групи 76-92 років). Відмінності у об'ємі передміхурової залози можуть бути пов'язані з відхиленнями, та потребують подальшого вивчення на більшій групі хворих.

Тривалість знаходження уретрального катетера та епіцистостоми була достовірно вища у групі старшого віку, проте ця відмінність загалом не впливала на тривалість післяопераційного періоду. Похилий вік не впливає на технічну складність операції.

Трансуретральна резекція доброякісної гіперплазії передміхурової залози залишається золотим стандартом в лікуванні симптомів нижніх сечових шляхів та є методом вибору при неефективності консервативної медикаментозної терапії. В нашому дослідженні більшість хворих добре перенесли це оперативне втручання.

Висновки. Трансуретральна резекція доброякісної гіперплазії передміхурової залози у хворих похилого віку пов'язана з більшою частотою ускладнень та гіршими клінічними результатами в порівнянні з хворими молодшої вікової групи, що обумовлене зростанням системної супутньої патології, зниженням компенсаторних можливостей, більшою частотою ускладнених форм доброякісної гіперплазії передміхурової залози, поглибленням дисфункції детрузора сечового міхура. Похилий вік та виражена супутня патологія може розглядатись як відносний протипоказ до даного оперативного втручання у хворих з вираженими симптомами нижніх сечовидільних шляхів та спонукає практикуючих лікарів до пошуку нових малоінвазивних методів, з меншим ступенем операційно-анестезіологічного ризику та клінічною ефективністю порівняною з ТУР.

Література:

1. EAU 2004 Guidelines on Assessment, Therapy and Follow-Up of Men with Lower Urinary Tract Symptoms Suggestive of Benign Prostatic Obstruction (BPH Guidelines) / [S. Madersbacher, G. Alivizatos, J. Nordling et al.]. // *European Urology*. – 2014. – №46. – С. 547–554.
2. Guidelines on the Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO) [Електронний ресурс] / [S. Gravas, T. Bach, A. Bachmann et al.]. // © European Association of Urology. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Non-Neurogenic-Male-LUTS-Guidelines-2015-v2.pdf>.
3. Macey M. Medical and Surgical Treatment Modalities for Lower Urinary Tract Symptoms in the Male Patient Secondary to Benign Prostatic Hyperplasia: A Review / M. Macey, M. Raynor. // *Semin Intervent Radiol.*. – 2016. – №33(3). – С. 217–23.
4. Management of Benign Prostatic Hyperplasia in Older Adults / [T. Woodard, K. Manigault, N. McBurrow et al.]. // *Consult Pharm.*. – 2016. – №31(8). – С. 412–24.
5. Unnikrishnan R. Benign prostatic hyperplasia: Evaluation and medical management in primary care / R. Unnikrishnan, N. Almassi, K. Fareed. // *Cleve Clin J Med.*. – 2017. – №84(1). – С. 53–64.

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ПРОГНОЗУ ОНКОЛОГІЧНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА КЛІНІЧНО МІСЦЕВО-РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*Григоренко В.М., Вікарчук М.В., Данилець Р.О., Волков С.С., Чумак Н.М.
ДУ «Інститут урології НАМН України», м.Київ*

Вступ. Рак передміхурової залози (РПЗ) є найбільш розповсюдженим злоякісним новоутворенням серед чоловіків у світі [1]. В останні роки значно збільшилась частота виявлення РПЗ на стадії локалізованого процесу, що пов'язано, в першу чергу із покращенням ранньої діагностики завдяки широкому застосуванню простат-специфічного антигену (ПСА) в якості онкомаркера та тонкоігловидної мультифокальної біопсії передміхурової залози (ПЗ). Однак, за оцінками, у світі, майже у кожного четвертого хворого РПЗ діагностується на стадії T3N0M0 [2].

Радикальна простатектомія (РПЕ) – золотий стандарт лікування локалізованого РПЗ. Кількість чоловіків, яким було виконано РПЕ з приводу місцево-поширеного РПЗ знизилась із 25 % в 1987 р. до 2,8 % в 2001 [3, 4]. Значний прогрес хірургічної техніки (як відкритої, так і лапароскопічної) протягом останніх двох десятиліть значно знизив ризик ускладнень РПЕ, частота яких при місцево-поширеному РПЗ не вища, ніж при локалізованому [5, 6]. Тому радикальне хірургічне лікування в останні роки знову розглядається, як один із методів лікування у таких хворих. Але питання щодо радикальності хірургічного втручання при розповсюдженні пухлинного процесу за межі капсули ПЗ досі є неоднозначним та дискусійним.

Більшість робіт присвячених оцінці онкологічних результатів РПЕ, променевої терапії (ПТ) або мультимодального лікування хворих місцево-поширеним РПЗ стикаються з проблемою неоднорідності даної групи [8, 9]. Так, для більшості хворих стадії cT3 лікування може бути ефективним, проте деякі хворі гинуть, незалежно від обраної тактики. За даними світової літератури,

у хворих із клінічно місцево-поширеним РПЗ після РПЕ 5-річна безрецидивна виживаність складає 45-62 %, 5-річна канцер-специфічна – 84-98 % та 5-річна загальна – 84-91 % [7].

Таким чином, місцево-розповсюджений РПЗ характеризується високою частотою виявлення несприятливих патоморфологічних факторів та розвитку рецидивів після хірургічного лікування та вимагає проведення додаткової післяопераційної променевої та/або гормональної терапії [10,11]. Тому для визначення оптимального об'єму лікування, необхідно провести комплексну оцінку патоморфологічних характеристик пухлини та їх зв'язок із показниками безрецидивної та канцер-специфічної виживаності, що впливають на перебіг місцево-розповсюдженого РПЗ після РПЕ та їх правильна інтерпретація.

Мета. Провести оцінку патоморфологічних факторів при прогнозуванні біохімічного рецидиву та канцер-специфічної смертності у хворих на клінічно місцево-розповсюджений РПЗ після РПЕ.

Матеріали і методи. За період із серпня 2002 по червень 2015 рр., на базі ДУ «Інститут урології НАМН України» РПЕ була проведена 419 хворим. Об'єктом дослідження стали 106 (25,3 %) хворих, що мали доопераційну стадію РПЗ cT₃N₀M₀ та cT₄N₀M₀.

Діагноз верифіковано після проведення трансректальної мультифокальної біопсії ПЗ щонайменше із 6 точок. В усіх випадках перед пальцевим ректальним дослідженням або трансректальним УЗД визначався рівень сироваткового ПСА. Усім хворим було проведено остеосцинтиграфію, КТ або МРТ органів малого тазу. Клінічна стадія була встановлена згідно класифікації Міжнародного протиракового союзу за системою TNM 7-го видання (2010) [12]: стадія cT_{3a} встановлювалась за наявності ознак пухлинної інвазії за межі капсули ПЗ, без інвазії в сім'яні міхурці, cT_{3b} – за наявності МРТ- або КТ- ознак інвазії пухлини в сім'яні міхурці, cT₄ – при ознаках розповсюдження пухлини на суміжні органи, крім сім'яних міхурців.

Доопераційна клінічна характеристика хворих продемонстрована в табл.1.

Таблиця 1

Доопераційні характеристики хворих, які увійшли в дослідження

Характеристика	Показники
Середній вік, роки	62,2±0,6 (40-74)
Середній час спостереження, місяці	55,7±3,2 (12-129)
Середній ПСА, нг/мл	29,4±1,3 (2,5-150)
ПСА<10 нг/мл, n (%)	8 (7,5 %)
ПСА=10-20 нг/мл, n (%)	31 (29,2 %)
ПСА>20 нг/мл, n (%)	67 (63,2 %)
Середній показник Глісона в біопсійному матеріалі	6,7±0,4 (2-9)
≤ 6, n (%)	49 (46,2 %)
7, n (%)	36 (34,0 %)
8-10, n (%)	21 (19,8 %)
Стадія cT _{3a} , n (%)	55 (51,9 %)
Стадія cT _{3b} , n (%)	50 (47,2 %)
Стадія cT ₄ , n (%)	1 (0,9 %)

Усім хворим виконано РПЕ з білатеральною розширеною тазовою лімфаденектомією: у 75 (70,8 %) випадках відкрито, в 31 (29,2 %) – лапароскопічно. Після патоморфологічного дослідження видаленої ПЗ із сім'яними міхурцями та лімфатичними вузлами визначено ступінь диференціації пухлини за Глісоном, наявність периневральної інвазії та оцінку стану хірургічного краю. Гістологічні післяопераційні макропрепарати розрізали на 5 мм аксіальні зрізи, фіксувалися формаліном і консервувалися парафіном. Фарбування здійснювалось гематоксиліном і еозином.

Контрольне післяопераційне обстеження включало визначення рівня сироваткового ПСА та пальцеве ректальне дослідження спочатку через 1 місяць після операції, потім кожні 3 місяці протягом перших трьох років після операції та кожні 6 місяців в подальшому. Наявність біохімічного рецидиву визначалась, як підвищення рівня загального ПСА до 0,2 нг/мл і вище. За показаннями виконувались остеосцинтиграфія, КТ або МРТ. Медіана післяопераційного спостереження 106 хворих клінічно місцево-поширеним РПЗ склала 48,9 міс, максимальний термін спостереження - 129 міс., а 45 (42,5%) хворих мали час спостереження більше 5 років.

Характеристику пацієнтів, передопераційну, інтраопераційну та післяопераційну інформацію було занесено в захищену базу даних та ретроспективно оцінено. Для статистичної обробки всі дані про хворих були внесені в електронні таблиці EXCEL.

Вивчались патоморфологічні прогностичні фактори (стан регіонарних лімфатичних вузлів, позитивний хірургічний край (ПХК), периневральна інвазія (ПНІ), ступінь диференціації пухлини за Глісоном, патоморфологічна стадія), частота біохімічного рецидиву. Загальна, канцер-специфічна та безрецидивна виживаність оцінювалися за методом Каплана-Мейєра. Статистичний аналіз отриманих результатів проводили з використанням статистичних програм SPSS 18.0 for Windows. Для оцінки взаємозв'язку 2 ознак проводили кореляційний аналіз за критерієм Кендалла. Різниця приймалась вірогідною при значенні $p < 0,05$. Для виявлення прогностично значимих для виживаності факторів застосовували одно- та багатофакторний регресійний аналіз Сох. Тривалість життя оцінювали від першого дня операції (РПЕ) до останнього дня спостереження або смерті.

Результати та обговорення. Протягом періоду спостереження безрецидивний перебіг відмічено у 51 (48,1 %) хворих, у 55 (51,9%) виявлено прогресування пухлинного процесу: у 28 (26,4 %) – лише біохімічне, у 19 (17,9 %) – генералізація та у 8 (7,5 %) – локальний рецидив. Таким чином, клінічна прогресія виявлена у 27 (25,5 %) хворих, відсутність місцевого рецидиву та віддалених метастазів – у 79 (74,5 %) хворих. Загалом, 5-річна безрецидивна виживаність склала 47,7 %.

Всього за час спостереження померли 18 (17,0 %) хворих. Із них причиною смерті був РПЗ та його ускладнення у 16 (15,1 %), серцево-судинні захворювання – у 2 (1,9 %). 5-річна загальна та 5-річна канцерспецифічна виживаність мали однакову величину і склали $85,8 \pm 4,3$ %. Медіана часу до смерті склала 54 міс.

Лише 60 (56,6 %) хворих не мали зміни стадії захворювання після патоморфологічного дослідження видаленої ПЗ із сім'яними міхурцями та лімфатичними вузлами. У 17,9 % хворих було виявлено локалізований характер росту РПЗ, у 5,7 % - розповсюдження на прилеглі тканини, а у 19,8 % - розповсюдження на лімфатичні вузли. Збільшення ступеню диференціації пухлини за Глісоном після операції, порівняно із даними біопсії, мало місце у 40 (37,7 %) хворих, серед них у 19 (17,9 %) випадків індекс Глісона дорівнював 8-10.

Серед інших несприятливих патоморфологічних ознак, позитивний хірургічний край (ПХК) виявлено у 37 (34,9 %), периневральна інвазія пухлини (ПНІ) – у 52 (49,1 %) хворих.

Загалом, ту чи іншу несприятливу гістологічну характеристику пухлини (показник Глісона ≥ 8 , наявність ПХК, ПНІ або метастазів в регіонарні лімфатичні вузли), мав 71 (67,0 %) хворий (в 27 (25,5 %) випадках одна, в 25 (23,6 %) – дві, в 14 (13,2 %) – три, в 5 (4,7 %) – чотири).

Проаналізовано вплив на розвиток біохімічного рецидиву РПЗ таких післяопераційних несприятливих факторів, як патоморфологічна стадія, ступінь диференціації пухлини за Глісоном в видаленому препараті, ПХК та ПНІ.

Результати вивчення підтвердили значення патоморфологічної стадії на перебіг захворювання. Виявлено, що у випадках локалізованого РПЗ, ризик розвитку рецидиву приблизно у 4 рази нижчий, ніж при стадії pT3aN0M0. Значно погіршувались онкологічні результати разом із поширенням пухлини на суміжні із ПЗ органи або тканини (стадія pT4N0M0). Так, із 6 таких хворих, 5 (83,3%) мали біохімічний рецидив, а ризик рецидиву захворювання зростав в 3,9 разів. Наявність метастазів в регіонарні лімфатичні вузли суттєво не погіршувала прогноз перебігу захворювання, частота рецидиву серед таких хворих була співставна із загальною когортою хворих стадії pT3N0M0 (табл. 2).

Таблиця 2

Частота та ризик біохімічного рецидиву смертності залежно від патоморфологічної стадії

Патоморфологічна стадія	К-сть хворих з біохімічним рецидивом	Не мали рецидиву	Відношення шансів, OR (95% довірчий інтервал)
pT2N0M0, n=19	3 (15,8%)	16 (84,2%)	0,1 (0,03-0,6)
pT3aN0M0, n=25	14 (56,0%)	11 (44,0%)	1
pT3bN0M0, n=35	21 (60,0%)	14 (40,0%)	1,2 (0,4-3,3)
pT4N0M0, n=6	5 (83,3%)	1 (16,7%)	3,9 (0,4-38,7)
pT2-4N1M0, n=21	12 (57,1%)	9 (42,9%)	1,0 (0,3-3,4)

За результатами аналізу не підтверджено чіткої залежності канцер-специфічної смертності від патоморфологічної стадії. При цьому серед хворих на патоморфологічно підтверджений локалізований РПЗ не зафіксовано жодного випадку смерті від основного захворювання, а серед хворих із стадією рТ4N0M0 від прогресії РПЗ померли 2/3 хворих (Табл. 3).

Отже, при вирішенні питання проведення РПЕ у пацієнта із встановленою клінічною стадією Т3N0M0, слід пам'ятати про високу вірогідність її завищення і вірогідність наявності локалізованого РПЗ.

Таблиця 3

Частота та ризик канцер-специфічної смертності залежно від патоморфологічної стадії

Патоморфологічна стадія	К-ть хворих, що померли від РПЗ	Продовжують спостерігатись	Відношення шансів, OR (95% довірчий інтервал)
pT2N0M0, n=19	0 (0 %)	19 (100%)	0,2 (0,0-1,5)
pT3aN0M0, n=25	6 (24,0%)	19 (76,0%)	1
pT3bN0M0, n=35	3 (8,6%)	32 (91,4%)	0,3 (0,07-1,3)
pT4N0M0, n=6	4 (66,7%)	2 (33,3%)	6,3 (0,92-43,6)
pT2-4N1M0, n=21	3 (14,3%)	18 (85,7%)	0,5 (0,11-2,4)

В зв'язку з доведеним несприятливим прогнозом при виявлених метастазах в регіонарних лімфатичних вузлах розглянемо цей факт окремо. Аналіз частоти біохімічного рецидиву залежно від наявності чи відсутності метастазів в регіонарні лімфатичні вузли, продемонстровано на табл. 4 та рис.1.

Таблиця 4

Залежність розвитку біохімічного рецидиву від наявності чи відсутності метастазів в регіонарні лімфатичні вузли

Стан лімфатичних вузлів	Мали біохімічний рецидив	Не мали рецидиву	P
Відсутні метастази, n=85	43 (50,6%)	42 (49,4%)	0,590
Наявні метастази, n=21	12 (57,1%)	9 (42,9%)	

Невисока, відносно загальної когорти хворих, частота біохімічного рецидиву при гістологічно верифікованих метастазах в регіонарні лімфатичні вузли (57,1 % проти 51,9% загалом у досліджуваній групі; OR:1,3; 95% CI, 0,5-3,4) свідчить не лише про прогностичне, а й лікувальне значення розширення меж лімфаденектомії під час виконання РПЕ при місцево-розповсюдженному РПЗ.

Серед 21 хворого із гістологічно підтвердженими метастазами в тазові лімфатичні вузли у 15 він був одиничний, 4 – мали 2, у решти – 3 і більше уражених лімфатичних вузлів. В усіх випадках множинного метастатичного ураження тазових лімфатичних вузлів, за час спостереження, було виявлено рецидив РПЗ, його мали також 3 (75,0%) хворих із двома метастазами та 6 (40,0%) із одиничним.

Графіки безрецидивної виживаності, залежно від наявності чи відсутності уражених регіонарних лімфатичних вузлів продемонстровано на рис. 1.

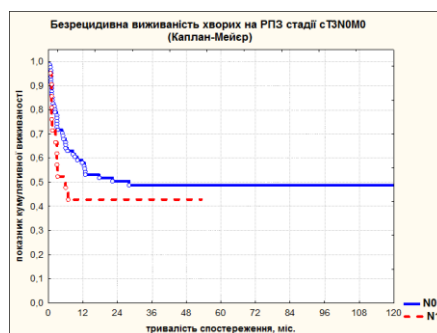


Рис. 1. Безрецидивна виживаність хворих на клінічно місцево-розповсюджений РПЗ залежно від стану регіонарних лімфовузлів.

Як видно на рис. 1, частота та інтенсивність розвитку рецидиву значимо не відрізнялись в залежності від стану лімфатичних вузлів.

Не виявлено достовірних відмінностей також між хворими, що мали метастази в лімфовузлі та не мали їх і при аналізі канцер-специфічної смертності. Результати дослідження продемонстровано в табл. 5. та на рис.2.

Таблиця 5

Залежність канцерспецифічної смертності від наявності чи відсутності метастазів в регіонарні лімфатичні вузли

Стан лімфатичних вузлів	Померли від РПЗ та його ускладнень	Продовжують спостерігатись	Р
Відсутні метастази, n=85	13 (15,3%)	72 (84,7%)	0,908
Наявні метастази, n=21	3 (14,3%)	18 (85,7%)	

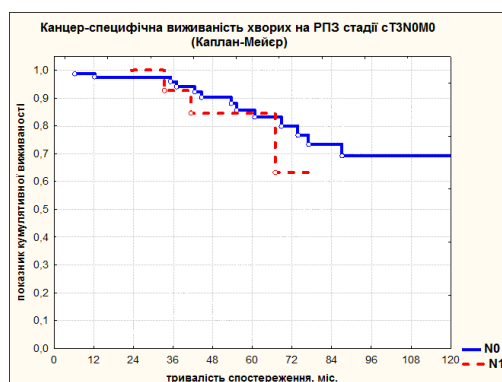


Рис.2. Канцер-специфічна виживаність хворих на клінічно місцево-розповсюджений РПЗ, залежно від стану регіонарних лімфовузлів.

Слід відмітити, що серед трьох померлих від РПЗ хворих, з гістологічно підтвердженим ураженням тазових лімфатичних вузлів, двоє мали множинні метастази, один – ураження двох вузлів. Усі хворі із одиничним метастазом в лімфовузлі, на час закінчення спостереження, залишалися живими.

Отже, за умов виконання розширеної тазової лімфадсекції, наявність гістологічно підтвердженого метастатичного ураження лімфатичних вузлів, не може слугувати самостійним прогностичним фактором перебігу РПЗ при оцінці ризику розвитку рецидиву захворювання, а лише розглядатись у комплексі з іншими факторами.

Важливим прогностичним фактором прогнозу перебігу РПЗ після РПЕ вважається наявність пухлинного росту по лінії резекції. При гістологічному дослідженні у 37 (34,9%) із 106 хворих виявлено ПХК. Встановлено, що при наявності ПХК, біохімічний рецидив виникає достовірно частіше, ніж у категорії пацієнтів з негативним хірургічним краєм (табл. 6).

Таблиця 6

Залежність розвитку біохімічного рецидиву від стану хірургічного краю

Хірургічний край	Мали біохімічний рецидив	Не мали рецидиву	Р
Негативний, n=69	26 (37,7%)	43 (62,3%)	0,0001
Позитивний, n=37	29 (78,4%)	8 (21,6%)	

Як видно із табл. 6, отримано підтвердження, що у хворих із ПХК достовірно частіше розвивався біохімічний рецидив (OR:6,0; 95% CI, 2,4-15,1). Графіки безрецидивної виживаності, залежно від стану хірургічного краю представлено на рис. 3.

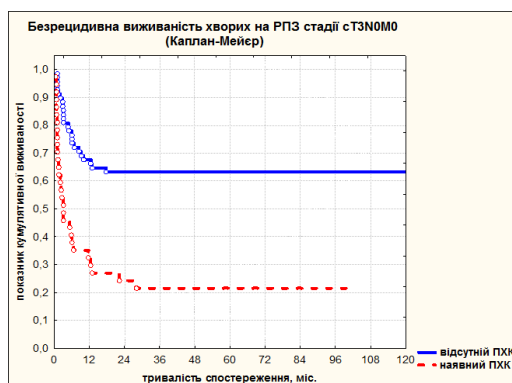


Рис. 3. Графіки безрецидивної виживаності, залежно від стану хірургічного краю.

Як продемонстровано на рис.3, у групі хворих, що мали ПХК, максимальна частота розвитку рецидиву спостерігалась впродовж перших шести місяців та була в 3 рази вищою, ніж серед хворих без ПХК. Слід відмітити, що біохімічний рецидив протягом спостереження розвинувся у всіх 6 хворих із мультифокальним ураженням, а також у 7 із 8 (87,5%) хворих із протяжним ПХК.

Варто наголосити на прямій залежності між наявністю позитивного хірургічного краю та канцер-специфічною смертністю. Виявлено, що за наявності ПХК померли 29,7 % хворих (OR:5,4; 95% CI, 1,7-17,1), тоді як за його відсутності – лише 7,2% (табл. 7).

Таблиця 7

Залежність канцерспецифічної смертності від стану хірургічного краю

Хірургічний край	Померли від РПЗ та його ускладнень	Продовжують спостерігатись	P
Негативний, n=69	5 (7,2%)	64 (92,8%)	0,125
Позитивний, n=37	11 (29,7%)	26 (70,3%)	

На графіках канцер-специфічної смертності при клінічно місцево-розповсюдженому РПЗ продемонстровано виражену її залежність від наявності ПХК (рис. 4).

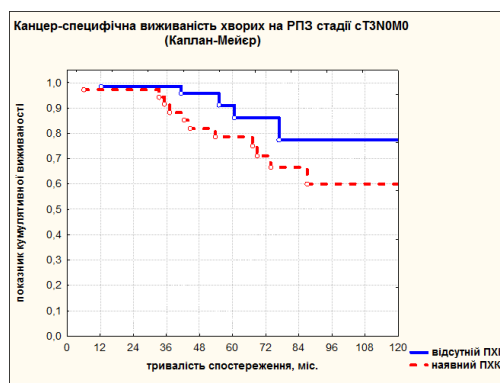


Рис. 4. Графіки канцер-специфічної виживаності, залежно від стану хірургічного краю.

ПНІ є одним із головних ознак поширення пухлини по нервовим волокнам. При гістологічному дослідженні ПНІ виявлена у 52 (49,1%) хворих, однібічна – у 40 (76,9%), двобічна – у 12 (23,1%). У 6 (11,5%) пацієнтів вона локалізувалась в ділянці апекса ПЗ, що у 100% було асоційовано із ПХК.

У вірогідної більшості хворих (72,7%), що мали рецидив РПЗ виявлено ПНІ, тоді як у випадках відсутності рецидиву – лише у 29,4 %. Доведено, що при ПНІ ризик розвитку біохімічного рецидиву більший у 8,7 рази (OR:8,7; 95% CI, 3,6-20,9) (табл. 8).

Таблиця 8

Залежність розвитку біохімічного рецидиву від наявності чи відсутності перинеуральної інвазії пухлини

Перинеуральна інвазія	Мали біохімічний рецидив	Не мали рецидиву	P
Відсутня, n=54	15 (27,7%)	39 (72,3%)	0,0001
Наявна, n=52	40 (76,9%)	12 (23,1%)	

На рис. 5 представлено графіки безрецидивної виживаності, залежно від наявності чи відсутності ПНІ.



Рис. 5. Графіки безрецидивної виживаності, залежно від наявності чи відсутності ПНІ.

За представленими на рис. 5 даними, чітко простежується висока інтенсивність розвитку рецидиву при відсутності ПНІ впродовж лише першого місяця спостереження, яка надалі різко знижувалась. На відміну, для хворих, що мали ПНІ, характерна стабільно висока частота їх виявлення протягом більш ніж всього першого року спостереження, з інтенсивністю що перевищувала групу хворих без ПНІ в 4 рази.

Крім того, виявлено статистично достовірно вищий ризик померти від РПЗ хворих при наявності у них ПНІ (OR:9,6; 95% CI, 2,0-44,7). Серед пацієнтів із ПНІ, від РПЗ помирав кожен четвертий хворий, тоді як за його відсутності – лише 2 осіб, що склало 3,7% (табл. 9).

Таблиця 9

Залежність канцерспецифічної смертності від наявності чи відсутності перинеуральної інвазії

Перинеуральна інвазія	Померли від РПЗ та його ускладнень	Продовжують спостерігатись	P
Відсутня, n=54	2 (3,7%)	52 (96,3%)	0,0008
Наявна, n=52	14 (26,9%)	38 (73,1%)	

Зазначена вище інформація статистично підтверджена частотою та інтенсивністю канцер-специфічної смертності у хворих, з наявною та відсутньою ПНІ (рис. 6).

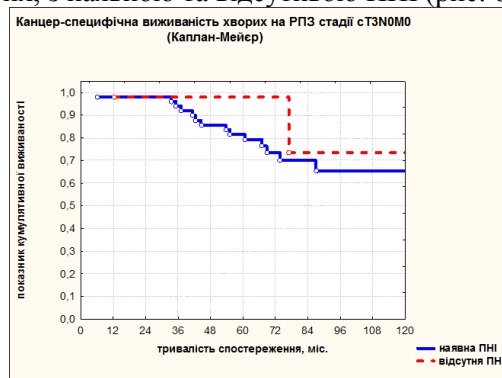


Рис. 6. Графіки канцер-специфічної виживаності, залежно від наявності чи відсутності ПНІ.

Серед інших, відомих факторів негативного прогнозу перебігу РПЗ окрема увага приділяється ступеню диференціації за Глісоном. У 3/4 хворих із післяопераційним показником Глісона ≥ 8 було виявлено біохімічний рецидив (OR:3,6; 95% CI, 1,4-9,5) (табл. 10).

Таблиця 10

Залежність розвитку біохімічного рецидиву від післяопераційного показника Глісона

Показник Глісона	Мали біохімічний рецидив	Не мали рецидиву	P
<8, n= 79	35 (44,3%)	44 (55,7%)	0,004
≥ 8 , n= 27	20 (74,1%)	7 (25,9%)	

Більше того, інтенсивність частоти біохімічного рецидиву в таких випадках майже у 2 рази вища ніж при Глісоні < 8 протягом усього першого року спостереження (рис. 7).

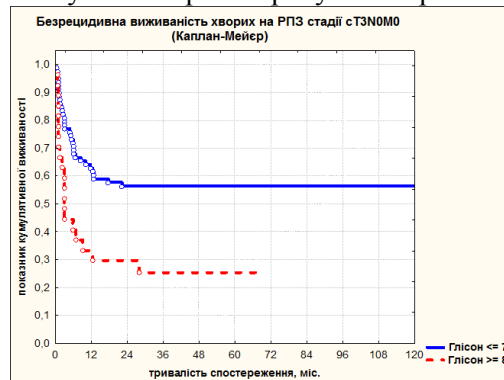


Рис. 7. Графіки безрецидивної виживаності, залежно від ступеня диференціації пухлини за Глісоном.

Доведена також достовірна різниця показників у випадках наявності у видаленому препараті Глісона ≥ 8 та <8. Кожен третій хворий, який мав показник Глісона 8 і вище помер від РПЗ або його ускладнень протягом періоду спостереження (табл. 11, рис.8).

Таблиця 11

Залежність канцерспецифічної смертності від післяопераційного показника Глісона

Показник Глісона	Померли від РПЗ та його ускладнень	Продовжують спостерігатись	P
<8, n= 79	7 (8,9%)	72 (91,1%)	0,004
≥ 8 , n= 27	9 (33,3%)	18 (66,7%)	

Після 5 років спостереження серед хворих із показником Глісона <8 та ≥ 8 показник канцер-специфічної виживаності складав відповідно 88,5 % та 78,3 %, а після 7 років – 81,0% і 51,5 % відповідно (рис. 8).

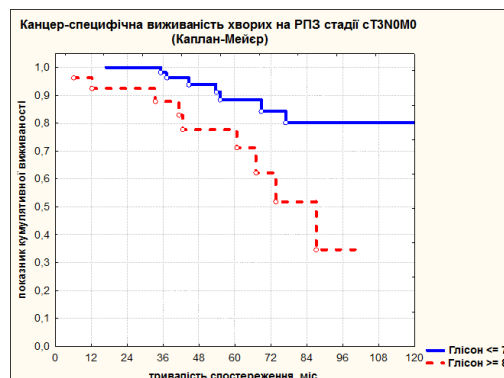


Рис. 8. Графіки канцер-специфічної виживаності, залежно від ступеня диференціації пухлини за Глісоном.

Отже, наявність ПНІ, ПХК та післяопераційного ступеня диференціації пухлини за Глісоном вище 8, достовірно підвищували ризик розвитку рецидиву РПЗ та канцер-специфічної смертності. У випадку наявності верифікованих метастазів в регіонарні лімфатичні вузли, достовірного погіршення прогнозу перебігу захворювання не спостерігалось. Разом з тим, доведено, що ризик явища в таких випадках становив 1,3 рази. Зазначене, а також відомий факт негативного перебігу онкопроцесу при метастазуванні його в лімфатичні вузли обумовлюють необхідність враховувати чинник в комплексному підході при визначенні характеру перебігу даної патології.

Частота рецидиву та смертей від РПЗ за наявності тієї чи іншої несприятливої патоморфологічної ознаки була вищою, ніж серед хворих, що її не мали, але цінність показника Глісона, наявності ПХК чи ПНІ в прогнозуванні перебігу місцево-поширеного РПЗ була приблизно однаковою.

Слід зазначити, що прогноз перебігу РПЗ після РПЕ погіршувався разом із наявністю декількох несприятливих факторів одночасно. Тому, було проведено порівняльний аналіз між кількістю несприятливих патоморфологічних ознак та частотою, ризиком розвитку біохімічного рецидиву (табл. 12).

Таблиця 12

Залежність частоти та ризику розвитку біохімічного рецидиву від кількості несприятливих патоморфологічних факторів

Кількість несприятливих факторів	Мали біохімічний рецидив	Не мали рецидиву	Відношення шансів, OR (95% довірчий інтервал)	p
Відсутні, n= 35	5 (14,3%)	30 (85,7%)	-	-
1, n=27	13 (48,1%)	14 (51,9%)	5,6 (1,7-18,7)	0,004
2, n=25	17 (68,0%)	8 (32%)	12,8 (3,60-45,2)	<0,001
3, n=14	12 (85,7%)	2 (14,3%)	36,0 (6,12-211,6)	<0,001
4, n=5	5 (100,0%)	0	30,0 (2,87-313,5)	<0,001

Як видно із табл.12, зі збільшенням кількості несприятливих патоморфологічних знахідок збільшувалися частота та ризик розвитку рецидиву РПЗ після РПЕ. Так, якщо за відсутності несприятливих ознак, рецидив виявлено лише у 14,3 % хворих, то за наявності будь-якого одного із чотирьох факторів, він був майже в половині випадків. Серед тих, хто мав усі чотири несприятливі ознаки, рецидив розвинувся у всіх випадках, а ризик його зростав в 30 разів.

Демонстративними у даному випадку є графіки безрецидивної виживаності, на яких показано, що зі збільшенням кількості несприятливих патоморфологічних ознак зростає не лише частота, але й інтенсивність розвитку рецидиву та скорочується час до його появи (рис. 9).

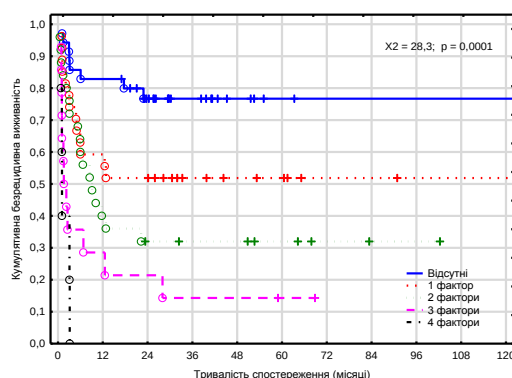


Рис. 9. Графіки безрецидивної виживаності, залежно від кількості несприятливих патоморфологічних факторів.

Водночас, при збільшенні кількості несприятливих патоморфологічних ознак, зростав також й ризик канцер-специфічної смертності. Так, якщо серед хворих із відсутністю або наявністю одного

фактора прогнозу ризик померти від РПЗ був мінімальним, то за наявності двох і більше – помирав практично кожен третій (табл. 13).

Таблиця 13

Залежність частоти та ризику канцер-специфічної смертності від кількості несприятливих патоморфологічних факторів

Кількість несприятливих факторів	Померли від РПЗ та його ускладнень	Продовжують спостерігатись	Відношення шансів, OR (95% довірчий інтервал)	p
Відсутні, n= 35	1 (2,9 %)	34 (97,1%)	-	-
1, n=27	1 (3,7 %)	26 (96,3%)	1,3 (0,1-21,9)	0,852
2, n=25	7 (28,0 %)	18 (72%)	13,2 (1,51-116,0)	0,005
3, n=14	5 (35,7 %)	9 (64,3%)	18,9 (1,95-182,7)	0,002
4, n=5	2 (40,0 %)	3 (60%)	22,7 (1,56-328,9)	0,003

Встановлена відсутність впливу наявності лише одного несприятливого фактора на прогноз смертності, тоді як при двох ознаках ризик померти від РПЗ збільшувався в 13,2, трьох – в 18,9, чотирьох – в 22,7 разів.

Описані результати продемонстровано на графіках канцер-специфічної виживаності. На графіках видно, що в групах хворих, які мали два і більше несприятливих післяопераційних факторів прогнозу, частота та інтенсивність смертей від РПЗ, значно перевищувала дані показники у хворих з одним несприятливим фактором чи їх відсутністю (рис. 10).

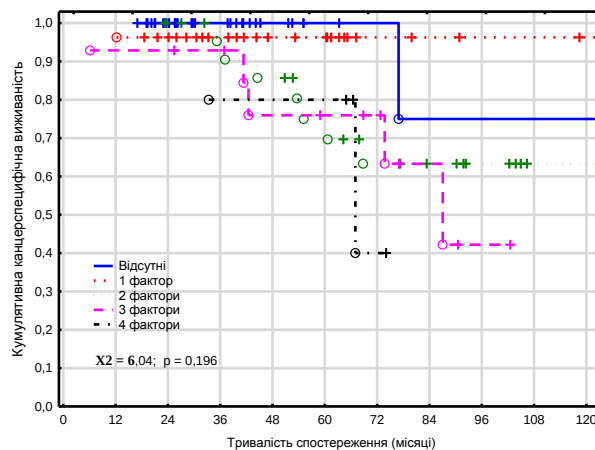


Рис. 10. Графіки канцер-специфічної виживаності, залежно від кількості несприятливих патоморфологічних знахідок.

Таким чином, наявність ПХК, ПНІ та високого ступеня диференціації пухлини за шкалою Глісона у хворих на клінічно місцево-розповсюджений РПЗ значно погіршують онкологічні результати лікування. Наявність одиничних метастазів в лімфатичні вузли, за умов проведення розширеної лімфадисекції не збільшують частоти рецидиву.

При прогнозуванні перебігу РПЗ у даної категорії хворих важливим є не лише констатація наявності того чи іншого несприятливого фактору, а й визначення їх кількості. З їх збільшенням зростає ризик рецидиву захворювання та смертності від РПЗ. Застосування прогностичної субкласифікації в клінічній практиці, що базується на системі визначення несприятливих патоморфологічних ознак при передбаченні ймовірного перебігу місцево-розповсюдженого РПЗ, повинно бути визначальним при прийнятті рішення щодо доцільності призначення ад'ювантної терапії, застосування якої може значно покращити онкологічні результати хірургічного лікування.

Висновки:

Для хворих на клінічно місцево-розповсюджений РПЗ характерна висока частота виявлення несприятливих патоморфологічних факторів. ПНІ виявлено у 49,1% хворих, ПХК – у 34,9%, метастази в регіонарні лімфатичні вузли – у 19,8%, ступінь диференціації пухлини за Глісоном ≥ 8 – у 19,8%. При цьому наявність метастазів в тазові лімфатичні вузли, при розширеній тазовій лімфадисекції, не погіршує результати лікування хворих на клінічно місцево-розповсюджений РПЗ.

Зі збільшенням кількості несприятливих патоморфологічних знахідок у хворих на клінічно місцево-розповсюджений РПЗ, зростає ризик рецидиву захворювання та канцер-специфічної смертності. Так, при наявності одного патоморфологічного несприятливого фактора прогнозу, ризик біохімічного рецидиву зростає в 5,6, двох – в 12,8, трьох – в 36,0, чотирьох – в 30,0 разів.

Література

1. Arnold, M., et al. Recent trends in incidence of five common cancers in 26 European countries since 1988: Analysis of the European Cancer Observatory. *Eur J Cancer*, 2015. 51: 1164.
2. Gnanapragasam VJ, Mason MD, Shaw GL, Neal DE. The role of surgery in high-risk localised prostate cancer. *BJU Int*. 2012;109(5):648–658.
3. Gerber GS, Thisted RA, Chodak GW *et al.* Results of radical prostatectomy in men with locally advanced prostate cancer: multi-institutional pooled analysis. *Eur Urol* 1997; 32: 385–90
4. Ward JF, Slezak JM, Blute ML, Bergstralh EJ, Zincke H. Radical prostatectomy for clinically advanced (cT3) prostate cancer since the advent of prostate-specific antigen testing: 15-year outcome. *BJU Int* 2005; 95: 751–6
5. Loeb S, Smith ND, Roehl KA, Catalona WJ. Intermediate-term potency, continence, and survival outcomes of radical prostatectomy for clinically high-risk or locally advanced prostate cancer. *Urology* 2007; 69: 1170–5
6. Sanda MG, Dunn RL, Michalski J *et al.* Quality of life and satisfaction with outcome among prostate-cancer survivors. *N Engl J Med* 2008; 358: 1250–61
7. Xylinas E, Daché A, Rouprêt M. Is radical prostatectomy a viable therapeutic option in clinically locally advanced (cT3) prostate cancer? // *British Journal of Urology International*. 2010;106(11):1596–1600.
8. Yossepowitch O. Secondary therapy, metastatic progression, and cancer-specific mortality in men with clinically high-risk prostate cancer treated with radical prostatectomy / O. Yossepowitch, S.E. Eggener, A.M. Serio, et al. // *Eur. Urol.* – 2008 – Vol.53 – P.950-959.
9. Carver B.S. Long-term outcome following radical prostatectomy in men with clinical stage T3 prostate cancer / B.S. Carver, F.J. Bianco Jr., P.T. Scardino, J.A. Eastham. // *J. Urol.* – 2006 – Vol.176 – P. 564-568.
10. Daly T, Hickey BE, Lehman M, et al. Adjuvant radiotherapy following radical prostatectomy for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;CD007234.
11. Briganti A, Karnes RJ, Da Pozzo LF, et al. Combination of adjuvant hormonal and radiation therapy significantly prolongs survival of patients with pT2-4 pNp prostate cancer: results of a matched analysis. *Eur Urol*. 2011;59:832-840.
12. Sobin L.H. *International Union against Cancer*. 7th ed. 2009. / Sobin L.H.; Gospodarowicz M.K., Wittekind Ch. // Chichester, West Sussex, UK; Hoboken, NJ : Wiley-Blackwell – 2010 – P.243-8.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНООККЛЮЗИВНОЙ ФОРМЫ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Лесовой В.Н.¹, Аркатов А.В.^{1,2}, Авдосьев Ю.В.³, Книгавко А.В.¹, Казиев С.Г.¹

¹Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

²КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шаповала», г. Харьков

³Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, отделение ангиографии и рентгенэндоваскулярной хирургии, г. Харьков

Введение: По данным мировой литературы, венозная недостаточность встречается у трети больных с эректильной дисфункцией. Венозная недостаточность кавернозных тел подразумевает под собой венозную утечку и вено-окклюзивную дисфункцию. При венозной утечке происходит преждевременный сброс крови по венам полового члена. При вено-окклюзивной дисфункции эрекция вообще не возникает, либо практически не поддерживается, что приводит к быстрому спаду эрекции до наступления оргазма и эякуляции. При выполнении кавернозографии пациентам с веноокклизивной формой эректильной дисфункцией (ЭД) выявляется 3 типа венозного сброса: проксимальный, дистальный или смешанный. В связи с чем предлагается различные методы оперативного лечения

Материалы и методы: На базе Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала в 2014-2017 гг. у 64 пациентов с жалобами на неустойчивую эрекцию при проведении УЗИ полового члена и мошонки в режиме доплерографии было выявлена венозная форма ЭД, где определялась венозная утечка по глубокой дорзальной вене и кавернозным венам. Для диагностики был использован принцип комплексного исследования с применением клинического, лабораторного, ультразвукового, рентгенологического методов и анкетирования пациентов (МИЭФ-5). Для уточнения путей венозного сброса пациентам была произведена кавернозография. Критерием отбора пациентов для проведения кавернозографии были повышенные гемодинамические показатели венозной утечки, у которых при проведении доплерографии полового члена наблюдалась пульсационная волна в глубокой дорзальной вене, симметричная пульсации дорзальных артерий. На базе института общей и неотложной хирургии в отделении ангиографии и рентгенэндоваскулярной хирургии 17 пациентам с дистальной формой венозной утечки была произведена рентгенэндоваскулярная окклюзия патологических венозных шунтов (РЭВОПВШ) через систему глубокой дорзальной вены. Возраст пациентов находился в диапазоне от 18 до 60 лет ($\approx 33,4 \pm 3,2$).

Результаты: Выполнено эндоваскулярное оперативное лечение пациентам с дистальной формой венозного сброса. По итогам оперативного лечения было установлено, что субъективная оценка эректильной функции (по шкале МИЭФ-5) через 1 мес возросла на 8,3 баллов. По

об'єктивної оцінці якості ерекції у пацієнтів після операціїросло на 92% по порівнянню с початковими даними.

Висновки:

1) Найбільш інформативним методом візуалізації ПВД статевого члена є кавернозографія.

2) Ефективним лікуванням дистальної венозної утечки статевого члена є створення обмеження патологічного сброса крові з патологічних венозних шунтів. Це може бути досягнуто ендоскопічним оперативним методом лікування, а саме - рентгенендоваскулярна оклюзія патологічних венозних шунтів (якість ерекції у пацієнтів після операціїросло на 92% по порівнянню с початковими даними).

АУТО- И КСЕНОТРАНСПЛАНТАНТЫ В ПЕНИЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Товажнянская В.Д., Панасовский Н.Л.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

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

Количество пациентов, желающих получить адекватное хирургическое лечение по поводу как врожденных, так и приобретенных девиаций статевого члена в последнее время увеличилось. Несмотря на значительные успехи хирургии статевого члена, неудовлетворительные результаты оперативного лечения при девиациях статевого члена по-прежнему сохраняются на достаточно высоком уровне (11-70% случаев) (Savoca G., Scieri F., Pietropaolo F.). При проведении корпоропластики при девиациях статевого члена и использовании трансплантатов отмечено, что структура трансплантата и структура tunica albuginea не могут полностью совпадать, что в свою очередь в послеоперационном периоде вызывает или усиливает уже имеющуюся эректильную дисфункцию за счет нарушения артериального притока или усиление венозного оттока или нарушение обоих механизмов (Kadioglu, A. et al). К настоящему времени не существует идеальной хирургической техники и идеального трансплантата в лечении девиаций статевого члена. (Liu B., Zhu X.W., Zhong D.C.)

Несмотря на процент неудовлетворительных результатов лоскутных корпоропластик, до сих пор не проведен сравнительный морфологический анализ преимуществ и недостатков использованием ауто- и ксенотрансплантатов в хирургическом лечении девиаций статевого члена.

Цель исследования: Провести иммуногистологическое сравнение ауто- и ксенотрансплантатов наиболее часто применяемых при операциях корпоропластики

Предмет исследования: 3 вида используемых аутоотрансплантатов – широкая фасция бедра, бедренная вена, оболочка яичка, а также ксенотрансплантат - лиофилизированный бычий перикард.

Для проведения иммуногистохимического исследования использовался материал, полученный в ходе операции у 168 пациентов: широкая фасция бедра-96, бедренная вена-38, оболочка яичка-34. Проведено исследование ксенотрансплантата - лиофилизированный бычий перикард, установленного у 42 пациентов. Достоинством метода явилась возможность использования архивного материала, т.е. парафиновых блоков ранее удаленных тканей, независимо от давности выполнения биопсии.

Обсуждение результатов

При изучении структуры белочной оболочки здорового мужчины, обнаружено, что она представляет собой плотную соединительнотканную структуру, в ней отсутствует воспаление и нет патологических коллагенов. О хорошей растяжимости нормальной белочной оболочки свидетельствует наличие васкуляризации и умеренного количества фибробластов и гладкомышечных волокон.

При изучении морфологической структуры бляшки обнаружена прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани и стенок сосудов с одновременным наличием дегенерации, пролиферации и воспаления.

При изучении трансплантатов обнаружено, что каждый из них имеет свои плюсы и минусы. Для использования в операции по замещению дефекта белочной оболочки может быть использован каждый из них.

Льофилизированный бычий перикард проходит многоступенчатую обработку, которая сводит к минимуму антигенную реакцию и инактивирует инфекцию; длительно сохраняет эластичность за

счет отсутствия патологических коллагенов, также присутствуют процессы ангиогенеза, что свидетельствует в пользу приживаемости трансплантата.

Широкая фасция бедра сохраняет эластичность за счет отсутствия патологических коллагенов, в ней отсутствует воспаление и присутствуют процессы васкуляризации, что свидетельствует в пользу приживаемости трансплантата. Однако, трудно предугадать плотность пересаживаемого лоскута.

Оболочка яичка представляет собой тонкий лоскут ткани, который находится в удобном доступе для хирурга. Однако, в ней часто обнаруживается воспаление, в стенках мелких сосудов и в толще лоскута оболочки яичка происходят процессы фиброза, а также наблюдается низкая степень васкуляризации и ангиогенеза.

Один из больших плюсов использования бедренной вены для замещения дефекта белочной оболочки - это постоянная толщина пересаживаемого лоскута и высокая растяжимость за счет присутствия гладкомышечных волокон в толще ее стенки. Однако, также в ней присутствуют патологические коллагены, что может свидетельствовать в пользу худшей приживаемости и возможности рецидива бляшки, также одним из рисков остается развитие флебита после взятия материала.

Выводы

- Ксенотрансплантант - лиофилизированный бычий перикард имеет преимущества перед аутологичными тканями, однако очень важно помнить, что ксенотрансплантант, как и синтетические материалы – это чужеродные организму субстанции, на которые может возникнуть воспалительная и аллергическая реакции.

- Выбор аутоотрансплантата для корпоропластики должен проводиться индивидуально с учетом возможного воспаления и патологических изменений в трансплантанте.

- Размеры аутоотрансплантата для закрытия дефекта должны подбираться с учетом возможного наличия патологических типов коллагена.

- Послеоперационная терапия должна проводиться с учетом процессов васкуляризации и коллагенизации пересаживаемого лоскута, а также с учетом возможного воспалительного процесса в аутоотрансплантанте.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОДЫ И ХИРУРГИЯ МУЖСКОГО ОБСТРУКЦИОННОГО БЕСПЛОДИЯ

Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Панасовский Н.Л., Щербаков Р.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

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

Восстановление репродуктивного здоровья в настоящее время приобретает особую актуальность в связи со сложившейся критической демографической ситуацией в Украине. Около 20% всех браков страдают бесплодием.

Наиболее тяжелой формой мужского бесплодия является обструктивная. Распространенность обструктивных азоосpermий среди больных с мужским бесплодием достигает 15-20%. Обструктивная азоосpermия может быть первичной (генетически обусловленной) и вторичной(приобретенной).

В общей популяции мужского населения уровень хромосомных нарушений (генетические причины) 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 азоосpermией достигает 20%.

Вторичная (приобретенная) обструктивная азоосpermия возникает в результате воспалительных процессов либо ятрогенных травм и классифицируется по уровню возникновения непроходимости.

Диагностический алгоритм обследования пациентов включает в себя как традиционное клиническое обследование, так биохимические, гормональные, аппаратные методы обследования. Всем пациентам с обструктивной азоосpermией показано выполнение генетических медотов обследования: кариотипирование, оценку локуса AZF,выявление гетерозиготного носительства гена муковисцероза.

Метод выбора восстановления проходимости семявыносящих путей зависит от уровня обструкции:

При обструкції семявыбрасывающих протоков- методом выбора является трансуретральная катетеризация с баллонной дилатацией семявыбрасывающих протоков.

При обструкції семявыносящего протока выполняют – вазовазостомию "конец в конец" . С этой целью осуществляется резекция зоны обструкции и анастомозирование неизмененных отделов семявыносящего протока между собой.

При обструкції семявыносящих путей на уровне придатка яичка выполняют- вазоэпидидимоанастомоз: по типу "конец в конец" или микрохирургическая триангуляционная пластика " конец в бок" .

В андрологическом отделении ОКЦУН им.Шаповала в период с 2006г. по 2012г. выполнено 32 операции вазоэпидидимоанастомоз по типу "конец в конец". Эффективность составила 34%.

В период с 2012 по 2017 год выполнено 42 операции вазоэпидидимоанастомоз методом микрохирургической триангуляционной пластики " конец в бок" . Эффективность составила 74%.

Положительным результатом хирургического восстановления семявыносящих путей мы считали появление сперматозоидов в эякуляте.

На основании исследования проведенного в андрологическом отделении ОКЦУН им.Шаповала с 2006 по 2017г. метод микрохирургической триангуляционной пластики наиболее эффективный и является методом выбора .

ХИРУРГИЯ СУПРАДИАФРАГМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ НПВ БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

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

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

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

Наиболее важным и ответственным этапом венакаватромбэктомии является контроль дистального конца опухолевого тромба. Этот аспект операции приобретает особое значение в случаях супрапеченочной и супрадиафрагмальной локализации интралюминальной опухоли, так как доступ к этим отделам венозного тракта сложен и может сопровождаться опасными осложнениями. Хирургические методики, позволяющие решить эту проблему, еще недавно ограничивались использованием стернотомии с искусственным кровообращением или без, а также применением баллонных методик. На протяжении последнего десятилетия активное развитие получило другое направление, заключающееся в доступе к супрадиафрагмальной НПВ и к правому предсердию через диафрагму со стороны брюшной полости после мобилизации печени. Однако в большинстве отчетов речь идет о единичных наблюдениях такого подхода, при этом используются различные варианты диафрагмотомии и отсутствует информация о выполнимости и рискованности данных доступов. Ранее мы представили результаты анатомического исследования супрадиафрагмальной НПВ и каводиафрагмального соединения, посвященного проблемам венакаватромбэктомии. При этом изучалась анатомия диафрагмальных вен, правого диафрагмального нерва и перикарда на уровне кавоатриального сегмента, а также выполнимость и безопасных различных доступов к правому предсердию со стороны брюшной полости. Результаты этой работы продемонстрировали преимущества Т-образной диафрагмотомии без вскрытия перикарда. Однако анатомическое исследование не имело возможности оценить другие этапы данной операции, в частности возможность наружного пальцевого смещения тромба ниже диафрагмы или главных печеночных вен и осложнения, связанные с этой процедурой.

Данные обстоятельства послужили поводом для проведения нашего клинического исследования, включавшего анализ результатов удаления супрапеченочных и супрадиафрагмальных опухолевых тромбов НПВ при почечно-клеточном раке.

Материал и методы. В исследование были включены 16 пациентов (7 женщин и 9 мужчин), которые были оперированы за период с 2000 по 2017 гг. в Харьковском областном центре урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала по поводу почечно-клеточного рака, распространяющегося в нижнюю полую вену выше устьев главных печеночных вен. Возраст пациентов варьировал от 32 до 76 лет и составлял в среднем 59,6 лет. В 4 (25%) наблюдениях опухолевые тромбы распространялись в правое предсердие, в 6 (37,5%) достигали супрадиафрагмальной части НПВ, в 6 (37,5%) - верхний конец тромба располагался между устьями главных печеночных вен и диафрагмой.

Все пациенты были оперированы без использования искусственного кровообращения. Во всех случаях выполнялся доступ "шеврон" или трехлучевой доступ "мерседес" и применялась

мобілізація печени в класическом или piggy-back вариантах. Вокруг супрапеченочной инфрадиафрагмальной части НПВ проводили сосудистый турникет и приступали к последовательному выполнению нескольких вариантов хирургического доступа к супрадиафрагмальному сегменту НПВ без вскрытия перикарда: поперечной диафрагмотомии, Т-образной диафрагмотомии и при необходимости - циркулярной диафрагмотомии. У двух (12,5%) пациентов использовалась циркулярная диафрагмотомия с вскрытием перикарда. Поперечная диафрагмотомия включала разрез диафрагмы параллельно передней полуокружности нижней полой вены, отступая от нее на 3-5 мм (Рис 1). Т-образная диафрагмотомия представляла собой аналогичный разрез диафрагмы, дополненный перпендикулярным продольным разрезом на протяжении 3-4 см. Циркулярная диафрагмотомия заключалась в полном циркулярном отделении НПВ от диафрагмы, отступая 3-5 мм от передней поверхности полой вены и 1-2 мм от задней поверхности

Затем рукой обхватывали интраперикардиальный отдел нижней полой вены, старались сместить опухолевый тромб ниже диафрагмы или ниже устьев главных печеночных вен и наложить верхний сосудистый зажим под ними. В дальнейшем последовательно проводились стандартные этапы тромбэктомии. Дефект диафрагмы ушивали викриловыми швами.

Результаты. Среди четырех пациентов с интраатриальным распространением опухоли неопластический тромб располагался в просвете правого предсердия на протяжении 1-1,5 см в трех наблюдениях. У одного больного размеры интраатриальной части тромба достигали 3,5 см. Во всех случаях при дооперационном ультразвуковом исследовании было зафиксировано, что дистальный конец тромба свободно флотирует в просвете предсердия и не фиксирован к его стенкам.

Доступ к верхушке тромба

Для доступа к правому предсердию в двух случаях использовалось сочетание внеперикардиальной Т-образной и циркулярной диафрагмотомии. Еще в двух наблюдениях применяли сходный вариант доступа, но со вскрытием перикарда и циркулярным отделением его от нижней полой вены.

Контроль НПВ на уровне диафрагмы или выше был необходим у остальных 12 пациентов, включая 6 наблюдений расположения верхушки тромба на уровне между диафрагмой и устьями главных печеночных вен. В одном случае зажим накладывался на НПВ вместе с сухожильным центром без отделения НПВ от диафрагмы. При эвакуации тромба произошло частичное смещение зажима, что привело к фатальной эмболии легочной артерии фрагментами тромба. Во всех остальных случаях интраперикардиальная НПВ адекватно контролировалась через различные диафрагмотомические подходы либо путем последовательного выполнения этих доступов. Все они были выполнены успешно.

Хотя подход к супрадиафрагмальной НПВ всегда начинали с поперечной диафрагмотомии, выполнения только этого доступа было достаточно всего лишь у одного (6,3%) из остальных 11 пациентов. В 4 (25%) случаях поперечный доступ дополняли Т-образным подходом, в 2 (12,5%) - циркулярным, а в остальных 4 (25%) наблюдениях Т-образным и циркулярным. Циркулярный доступ использовался только при необходимости пальцевого смещения верхушки тромба ниже диафрагмы (6 больных). Характеристики трансдиафрагмальных доступов и интраоперационные осложнения, связанные с ними представлены в таблице 1.

Общий уровень интраоперационных осложнений во всей серии составил 41,7%. При исключении из анализа случая с контролем супрадиафрагмальной НПВ без диафрагмотомии этот показатель не превышал 36,4%. Наиболее частой проблемой было ранение нижней полой вены (27,3%). В основном НПВ повреждалась при поперечной или циркулярной диафрагмотомии в зоне ее соединения с диафрагмой. В двух случаях дефекты полой вены локализовались по ее передне-латеральной поверхности, что не вызывало серьезных проблем при их ушивании. Еще в одном наблюдении при попытке выделения интраперикардиальной части НПВ из поперечного доступа было отмечено повреждение кавальной стенки по ее задне-латеральной поверхности. Это потребовало немедленного перехода к Т-образной и циркулярной диафрагмотомии. После полного отделения от диафрагмы НПВ была ротирована, что позволило ушить небольшой дефект ее задней стенки.

В одном наблюдении отмечалось нарушение целостности правой главной печеночной вены, которая впадала в НПВ на уровне диафрагмы и с трудом отделялась от поверхности полой вены.

Объем кровопотери в результате травмы полой вены при выполнении доступов к супрадиафрагмальной части НПВ через диафрагму варьировал от 50,0 мл до 200,0 мл и составлял в среднем 112,5 мл.

Таблиця 1

Характеристики трансдиафрагмальных доступов и интраоперационных осложнений

Виды диафрагмальных подходов	N (%)	Осложнения	N (%)
Наложение зажима на НПВ вместе с сухожильным центром (без отделения НПВ от диафрагмы)	1 (6,3%)	Соскальзывание зажима, эмболия легочной артерии, смерть	1 (6,3%)
Поперечная диафрагмотомия	1 (6,3%)	Повреждение задней стенки НПВ (кровопотеря 100 мл)	1 (6,3%)
Т-образная диафрагмотомия	4 (25,0%)	-	-
Циркулярная диафрагмотомия	2 (12,5%)	Повреждение НПВ на уровне диафрагмы (кровопотеря 50 мл)	1 (6,3%)
Т-образная + циркулярная диафрагмотомия без вскрытия перикарда	6 (37,5%)	Повреждение НПВ между печенью и диафрагмой (кровопотеря 100 мл) Повреждение правой главной печеночной вены (кровопотеря 200 мл)	1 (6,3%) 1 (6,3%)
Т-образная + циркулярная диафрагмотомия со вскрытием перикарда			
	16(100%)		5(31,7%)

Пересечение и перевязка 2 и более (от 2 до 4) диафрагмальных вен, впадающих в НПВ по ее передней полуокружности, потребовалась у 4 (36,4%) больных, у 3 (27,3%) пересекалась только одна правая диафрагмальная вена. Устья данных сосудов имели средний диаметр 2,8 мм (от 1,0 до 6,0 мм) и хорошо визуализировались при проведении диафрагмотомии. У 1 (9,1%) пациента была обнаружена диафрагмальная вена, дренирующиеся по правой задне-латеральной поверхности супрадиафрагмальной НПВ. Повреждение этого сосуда явилось источником кровотечения из задней стенки НПВ при использовании изолированного поперечного доступа.

Случаев воздушной эмболии, повреждения правого диафрагмального нерва, диафрагмы, плевры или перикарда отмечено не было. Крупные стволы правого диафрагмального нерва не удалось идентифицировать со стороны брюшной полости ни в одном из наблюдений. У 2 пациентов при выполнении сочетания Т-образной и циркулярной диафрагмотомии были обнаружены небольшие абдоминальные ветви этого нерва, которые удалось отвести латеральнее от правой боковой стенки НПВ.

Субъективная оценка технической сложности различных трансдиафрагмальных подходов показала, что изоляция супрадиафрагмальной НПВ и кавоатриального соединения наиболее легко выполнялась из Т-образной и циркулярной диафрагмотомии. Наименее рискованным доступом являлась Т-образная диафрагмотомия.

Наружное пальцевое смещение опухолевого тромба

Сместить верхушку опухолевого тромба ниже диафрагмы успешно удалось у всех 16 пациентов, включая четырех больных с атриальным распространением опухоли. Для осуществления этого маневра в 9 (56,3%) наблюдениях выполнялась piggy-back мобилизация печени. У 6 (37,5%) пациентов применяли создание тоннеля под устьями главных печеночных вен для наложения зажима выше тромба. В 7 (43,8%) случаях интралюминальные массы были смещены не только ниже диафрагмы, но и ниже уровня главных печеночных вен. Невозможность смещения тромба ниже устьев главных печеночных вен у остальных 9 (56,3%) больных была связана с инвазией опухоли в стенку нижней полой вены (6 (37,5%) пациентов) либо с массивными размерами тромба (18,8%). Каких-либо осложнений, связанных непосредственно с данным этапом операции отмечено не было.

Кавотомия и эвакуация тромба

При наложении верхнего зажима на НПВ ниже диафрагмы использовали маневр Pringle и выполняли пережатие контралатеральной почечной вены, а также НПВ ниже тромба. После кавотомии и эвакуации тромба кавотомический разрез ушивали до уровня начала ретропеченочного отдела полой вены. Далее верхний зажим снимали и накладывали его на НПВ ниже печени. Затем убирали зажим с гепатодуоденальной связки и продолжали ушивать кавальную рану. В случае

пережатия НПВ ниже устьев главных печеночных вен использовали стандартную технику трех турникетов. Длина кавотомического разреза варьировала от 5,0 до 14,0 см и составляла в среднем 8,6 см. Латеральная резекция нижней полой вены из-за инвазии опухоли в стенку полой вены была выполнена у 6 (37,5%) пациентов. При этом ширина оставшегося просвета НПВ составляла не менее 60% от его первичного диаметра.

Общие данные об оперативных вмешательствах и их осложнениях

Средняя продолжительность госпитализации при анализе всех 132 пациентов составила $16,8 \pm 4,8$ суток, а средняя продолжительность операции - $234,4 \pm 28,8$ мин. Общий уровень периоперационных осложнений достигал 68,8% (11 из 16 пациентов). Интраоперационные осложнения были зафиксированы у 9 (56,3%) больных, послеоперационные - у 4 (25,0%). Периоперационная летальность имела место в 3 (18,8%) случаях. Все смерти отмечались во время операции (1- эмболия опухолевыми массами, 1- сердечная недостаточность, 1- кровотечение).

Средний объем кровопотери достигал $4450 \pm 460,2$ мл. Основными причинами кровотечений являлись повреждение массивных венозных коллатералей при выделении нижней полой вены, повреждение печени при выполнении ее мобилизации, а также наличие крупных вариантных поясничных вен.

Среди интраоперационных осложнений преобладали кровотечения (6 больных -37,5%), сопровождающиеся явлениями сердечной недостаточности. Травматические повреждения печени наблюдались в 4 (25%) случаях, повреждение общей подвздошной артерии - в 1 (6,3%).

Спектр тяжелых послеоперационных осложнений включал кровяной тромбоз НПВ (n=1), острую почечную недостаточность (n=1), кровотечение из НПВ с реоперацией (n=1), пневмонию с дыхательной недостаточностью (n=1), спонтанный пневмоторакс (n=1).

Выживаемость. Средний период наблюдения за всеми 13 пациентами, вошедшими в анализ выживаемости, составлял $36,6 \pm 5,6$ мес (от 9 до 72 месяцев). Общая 3-летняя выживаемость не превышала 53,8%, а выживаемость свободная от прогрессии опухоли - 30,8%. Локальный рецидив опухоли в просвете нижней полой вены отмечался у 2 (15,4%) больных в среднем через 20 месяцев с момента операции. Отдаленные метастазы (легкие, печень, диафрагма) возникли у 9 (69,2%) пациентов в среднем через 28 месяцев.

Заключение. Результаты нашего исследования продемонстрировали хорошую выполнимость и безопасность вышеописанной техники удаления супрадиафрагмальных опухолевых тромбов НПВ без использования искусственного кровообращения, включая и тромбы правого предсердия. Трансдиафрагмальные доступы к интраперикардальной нижней полой вене и правому предсердию со стороны брюшной полости, как со вскрытием перикарда так и без, обеспечивают адекватный подход к этим структурам. Они позволяют не только наложение зажима на правое предсердие, но и проведение наружного пальцевого смещения верхушки тромба ниже диафрагмы и даже ниже устьев главных печеночных вен.

ПОЛНОСТЬЮ ИНТРАПАРЕНХИМНЫЕ ОПУХОЛИ ПОЧЕК – РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ И ИНТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ХИРУРГИИ

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

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

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

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Введение. Наиболее отчетливой тенденцией последних лет является активное расширение показаний к выполнению органосохраняющей хирургии опухолей почек. В настоящее время этот вид оперативного лечения используется в большинстве ситуаций, когда объем остающейся паренхимы составляет не менее 50% вне зависимости от локализации, размеров и даже стадии опухоли. Данная тенденция также коснулась новообразований с распространением в полостную и венозную систему почки.

Интраренальные опухоли представляют собой отдельную группу среди всех новообразований, которые подвергаются органосохраняющей хирургии. Это связано со сложностью интраоперационной визуализации, большими техническими проблемами при удалении опухоли и необходимостью сохранения целостности структур почечного синуса. Учитывая экстремальную сложность, выполнение данных операций зачастую требует использования технологий

екстракорпоральной хирургии. Мы представляем ретроспективный анализ выполнимости и безопасности органосохраняющей хирургии при полностью интратанальном расположении новообразований почки.

Материал и методы. Общее число органосохраняющих операций, выполненных в клинике к 2017 году составило 680. В исследование вошли 28 (4,1%) пациентов с полностью интратанальными опухолями (новообразования не имели какого-либо экзофитного компонента и были полностью покрыты почечной паренхимой). Для удаления опухолей использовалась техника энуклеорезекции или энуклеации. Интраоперационное УЗИ исследование не применялось ни в одном из наблюдений. Локализацию опухоли рассчитывали с помощью трехмерной топограммы на основании данных МДКТ. В работе оценивались клинично-морфологические параметры новообразований и пациентов, интраоперационные особенности, уровень интра- и периоперационных осложнений, а также общей и свободной от прогрессии выживаемости. Средний период наблюдения за пациентами составлял $42,4 \pm 5,6$ месяца.

Результаты. Среди всех 28 пациентов в 7 (25,0%) случаях имели место абсолютные императивные показания к операции (единственная почка - 5, двусторонние новообразования - 2). В 9 (32,1%) наблюдениях были зафиксированы относительные императивные показания к хирургии. У 12 (42,9%) больных хирургические вмешательства выполнялись по элективным показаниям. В 5 (17,9%) случаях удаление опухолей осуществлялось экстракорпорально с последующей аутоотрансплантацией остатка почки.

Средние размеры опухолей составляли $3,8 \pm 0,6$ см (от 1,8 до 5,6 см). Инвазия новообразования в полостную систему имела место только у 3 (10,7%) пациентов, еще у 3 (10,7%) больных отмечалось прорастание в просвет сегментарной или полярной почечной вены. Инвазия в жировую клетчатку почечного синуса не была зафиксирована ни в одном из наблюдений. Гистологическое исследование выявило почечно-клеточный рак в 25 (89,3%) случае и почечную аденому в 3 (10,7%) наблюдениях. Отдаленных и региональных метастазов у пациентов обнаружено не было.

У 3 (10,7%) пациентов была выявлена макрогематурия при поступлении, 2 (7,1%) больных беспокоили периодические боли в области почки, связанные с обструкцией полостной системы опухолью. В остальных случаях (82,1%) пациенты не предъявляли каких-либо жалоб.

Время тепловой ишемии составляло в среднем $14,2 \pm 3,6$ минут. В группе экстракорпоральной хирургии среднее время резекции достигало $42,6 \pm 7,6$ минут, а холодовой ишемии $67,6 \pm 8,4$ минут.

Вскрытие полостной системы почки выполнялось в 24 (85,7%) наблюдениях. У трех (10,7%) пациентов для восстановления целостности полостной системы использовали пиелокаликаноанастомоз.

Интраоперационная кровопотеря в среднем не превышала $388 \pm 54,2$ мл

Нефрэктомия непосредственно после резекции была осуществлена в 2 (7,1%) случаях из-за кровотечения или малого количества остающейся паренхимы. В раннем послеоперационном периоде серьезных осложнений, таких как формирование артерио-венозных фистул с выраженными кровотечениями не отмечалось. У 4 (16,7%) пациентов имели место умеренные паранефральные гематомы, которые разрешились консервативно.

Среди поздних послеоперационных осложнений у 2 (7,1%) больных зафиксировано сморщивание почки. У одного пациента, который подвергся экстракорпоральной резекции с аутоотрансплантацией почки, сформировался стойкий мочевого свищ, что привело к нефрэктомии. В остальных наблюдениях функция оперированной почки была сохранена.

Отдаленные онкологические результаты прослежены у 22 больных. За весь период наблюдения умерло 3 пациента. У 2 из них имели место отдаленные метастазы. Локорегиональных рецидивов опухолей не было выявлено ни в одном из наблюдений. Уровень общей выживаемости на протяжении среднего периода наблюдения 42 месяца составил 86,4%, а выживаемости, свободной от прогрессии опухоли - 90,9%

Заключение. Наше исследование продемонстрировало, что органосохраняющая хирургия является эффективным и безопасным методом лечения опухолей почек с полностью интратанальным расположением.

ЛЕЧЕНИЕ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Люлько А.А.

Запорожская медицинская академия последипломного образования, г. Запорожье

Проблема пролапса гениталий приобретает характер эпидемии, распространенность достигает 93%. В литературе имеются данные за то, что при тяжелых степенях ПОМТ на фоне НМ может возникнуть задержка мочеиспускания (ЗМ), вплоть до острой задержки, которая в свою очередь может привести к острому обструктивному пиелонефриту, уретерогидронефрозу и хронической почечной недостаточности. Самый эффективный и распространенный метод лечения ПОМТ и ассоциированного с ним нарушения мочеиспускания остается хирургическое вмешательство.

Цель исследования: внедрить и оценить результаты лапароскопического симультанного лечения ЗМ на фоне ПОМТ с помощью кольпопексии, с использованием круглой связки матки, кольпоррафии, операции на шейке мочевого пузыря.

Материалы и методы. Основу работы составили 10 женщин с ПОМТ и СНМ, перешедшее в ЗМ (8 пациенток имели хроническую ЗМ и 2 пациентки острую ЗМ). Возраст пациенток варьировал от 41 до 86 лет, а длительность заболевания от 12-30 лет. Согласно классификациям POP-Q и ICS, у данных пациенток установлен ПОМТ 4 стадии и СНМ тип 3, чередующееся с ЗМ. Для постановки диагноза, уточнения необходимого объема оперативного лечения, проведения дифференциальной диагностики выполнены следующие исследования: УЗИ ОМТ и МВС, урофлоуметрия, цистоскопия, цистография.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам проведенных исследований 10 женщинам был установлен диагноз: ПОМТ 4 стадии. СНМ 3 тип, тяжело степени тяжести. ЗМ (8 пациенток имели хроническую ЗМ и 2 пациентки острую ЗМ). Пациенткам была проведена операция по фиксации лигаментарного аппарата (согласно патенту на полезную модель №109201), операцию по Берчу, внутреннюю кольпоррафию. Интра- и постоперационных кровотечений у пациенток выявлено не было. Объем кровопотери составил от 10 до 50 мл. Активный дренаж удаляли на 2-3 сутки после оперативного вмешательства, в зависимости от количества отделяемого. Активизация пациенток производилась на 1-3 сутки после операции в зависимости от массы тела женщины, наличия сопутствующей патологии. Наблюдение за пациентками заключалось в их активной диспансеризации в сроки 1,3,6, 12 месяцев с проведением контрольных осмотров на кресле, проведение функциональных проб, УЗИ, урофлоуметрии, цистографии. Согласно полученным данным, у всех пациенток отмечается свободное мочеиспускание с удержанием мочи, при осмотре на кресле ПОМТ не выявлен, анатомически правильное расположение мочевого пузыря и его шейки по данным цистографии и УЗИ, нормализация функционального состояния МВС по данным урофлоуметрии.

Выводы. Лечение (острой) задержки мочи у женщин с пролапсом органов малого таза 4 стадии с помощью фиксации лигаментарного аппарата, операции по Берчу, внутренней кольпоррафии обеспечивает стойкий эффект минимум в течение 12 месяцев.

ПОКАЗАНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕТРОПЕРИТЕНЕОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Люлько А.А., Бурназ А.О., Никитюк И.Н., Варвашеня М.В., Сагань А.С.

Запорожская медицинская академия последипломного образования, г. Запорожье

На сегодняшний день перспективным направлением в хирургии является эндовидеохирургия. Существуют как лапароскопический, так и ретроперитонеоскопический доступ.

Цель: оценить возможности использования ретроперитонеоскопического доступа при урологической патологии.

Материалы и методы: Пациенты с патологией почек, надпочечников, патологией позвоночника, брюшной полостью, сердечной недостаточностью. Оценены результаты проведения лапароскопических (36 случаев) и ретроперитонеоскопических (46 случаев) операций, в общем у 76 пациенток.

Результаты исследования и их обсуждение. Операции выполнены по поводу кист почек верхнего и нижнего полюсов, парпельвикальных кист, нефрэктомии. Ретроперитонеоскопический

доступ применялся при наличии у пациентов выраженной сердечной и дыхательной недостаточности, гипертонической и спаечной болезни (в анамнезе пельвио и разлитой перитонит), морбидном ожирении, кардиальной патологии со снижением фракции выброса ниже 55 (АКШ в анамнезе), операции требующие выраженный Тренделенбург. Лапароскопический доступ не был выполнен у пациентов с выраженной дыхательной и сердечной недостаточностью, морбидным ожирением, требующие при этом значительный Тренделенбург.

Выводы. Показанием к ретроперитонеоскопическому доступу является все виды урологического вмешательства, за исключением опухолей верхнего полюса, наличие выраженной сердечной и дыхательной недостаточности.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВЫРАЖЕННОМ СПАЕЧНОМ ПРОЦЕССЕ

Люлько А.А., Бурназ А.О., Никитюк И.Н., Варвашеня М.В., Сагань А.С.

Запорожская медицинская академия последипломного образования, г. Запорожье

С развитием современных технологий перспективным направлением является лапароскопические операции. Одним из абсолютных противопоказаний к проведению является выраженный спаечный процесс. Однако, с приобретением практического опыта и развитием современных технологий, врачи выполняют лапароскопический доступ при выраженном спаечном процессе. При этом, нет единого мнения о тактике обследования пациентов для избегания таких осложнений как перфорация кишечника.

Цель: отработать тактику лапароскопического вмешательства, после ранее выполненных открытых операций, у пациентов с выраженным спаечным процессом.

Материалы и методы: 32 пациента после открытых операций на органах брюшной полости и органах малого таза.

Результаты исследования и их обсуждение. Обследованы: 15 пациенток после открытых операций: гистерэктомии, миомэктомии, ушивания ножевых ранений, с пельвиоперитонитом; 5 человек после резекции кишечника, 7 пациентов после нефрэктомии, 1 пациент после холецистэктомии, 2 пациентка после аппендэктомии, 2 пациентка после пересадки мочеточника. При этом 50% (16 пациентов) больных имели более 1 открытой операции в анамнезе. Выполнена КТ с контрастированием, УЗИ в горизонтальной и вертикальной позициях с целью оценки смещения петель кишечника. Первоначально проводился пневмоперитонеум, установлен порт 10 мм в нестандартных точках, а в местах наименьшей фиксации петель кишечника к передней брюшной стенке. Все порты необходимо устанавливать 10 мм с возможностью использования их в дальнейшем для оптики. Выполнено рассечение спаек тупым и холодным способом, коагуляция проводилась отсеченных спаек при их свободном расположении. Среднее время рассечения спаек 34 мин (от 15 до 60 минут).

Вывод. Возможность проведения лапароскопических операций после неоднократно выполненных открытых операций требует использование КТ органов брюшной полости и малого таза, УЗИ в горизонтальной и вертикальной позициях для определения смещения кишечника.

МОЖЛИВОСТІ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОЇ ХІРУРГІЇ В ЛІКУВАННІ ПУХЛИН НИРКИ. КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Пасєчніков С.П., Яковлев П.Г.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Протягом останніх двох десятиліть як у Європі, так і в усьому світі спостерігається щорічний приріст частоти виникнення нирково-клітинного раку (НКТ) в середньому на 2%.

В Україні завдяки збільшенню виявлення НКТ методами візуалізації істотно збільшилася кількість випадково діагностованих, безсимптомних форм НКТ. Так, згідно зі статистичними даними за 2014 рік, рівень захворюваності за останні 20 років виріс із 10,1 випадків до 14,0 на 100 тис. чоловік. З числа осіб, які вперше захворіли 2014 р., мали I-II стадію 53,7%, III – 19,6%, IV стадію – 21,9% хворих. Рівень смертності протягом останніх десяти років є сталим і становить 5,3 випадки на 100 тис. чоловік населення.[1]

Рак нирки нечутливий до хіміо- та променевої терапії, тому єдиним радикальним методом лікування є хірургічне втручання. Радикальне лікування новоутворень має на меті видалення всієї пухлини в межах здорових тканин. Принцип радикальності полягає у видаленні органу в межах його анатомічних фасцій. Проте видалення будь-якого органу має суттєвий вплив на функціонування всього організму, тому в сучасній онкоурології особливої актуальності набуває питання якості життя після онкологічної операції. Відповідно до положень уніфікованого протоколу (Наказ МОЗ України від 28.03.2016 р. № 247) перевага віддається резекції нирки у всіх випадках, коли її можна зберегти.[2] Онкологічна ефективність резекції нирки аналогічна такій при нефректомії. За даними клінічних досліджень, резекція нирки показала кращі онкологічні та функціональні результати в порівнянні з радикальною нефректомією, незважаючи на обраний хірургічний доступ. У вищезгаданих методиках не виявлено статистично достовірної різниці у рівнях канцерспецифічної виживаності.

Слід зауважити, що у 26% хворих на НКР на момент встановлення діагнозу вже наявна ниркова недостатність; через 2 роки після нефректомії вона розвивається у 50% пацієнтів (проти 18% після резекції нирки). Як наслідок, пацієнти, успішно проліковані з приводу НКР, помирають від серцево-судинних ускладнень ниркової недостатності. Окрім того, у хворих, які перенесли нефректомію, частіше спостерігається остеопороз та пов'язані з ним переломи, а також виникають ускладнення з боку системи крові (анемія). Загалом, при еквівалентній онкологічній ефективності радикальна нефректомія пов'язана з підвищеним ризиком смерті у порівнянні з резекцією.[3]

Істотно вибір стратегії лікування полягає в тому, чи можливе, та в яких межах, збереження органу, ураженого пухлиною. Найбільш значущими показниками для вибору методу оперативного лікування хворих на НКР є об'єм збереженої паренхіми нирки, розмір та локалізація пухлини. Збереження функціонуючої паренхіми органа є тією метою онкохірургічного втручання, яка дозволяє уникнути виникнення функціональної недостатності (як при пухлинах парних органів, таких як нирки), або інвалідизації (як при видаленні непарного органу – сечового міхура, простати).

Визначення можливості виконання органозберігаючої операції залежить від певних факторів, зокрема анатомії органа (нирка, сечовий міхур, яєчко, простата), місцевого поширення пухлини в органі, а також наявності регіонарних або віддалених метастазів, наявності технічних можливостей виконання резекції органу. Виконання резекції нирки показано за наявності на стороні ураження більше 55% функціонуючої паренхіми нирки. Це найкраща операція при локалізованих формах НКР, оскільки дає не тільки задовільні онкологічні, але й функціональні результати. Виконання нефректомії є не виправданим при пухлині нирки діаметром до 7 см і більше, поширенні її в паранефральну клітковину, екзофітному характері росту, відсутності проростання в порожнисту систему нирки, локалізації у верхньому чи нижньому сегменті нирки, коли більша частина органу залишається неушкодженою. Така ситуація складається при невеликих інтраренальних пухлинах і пухлинах воріт нирки.[4]

На сьогоднішній день хірургія пухлин нирки досягла найбільш значних успіхів з огляду на спроби кількісного визначення можливості чи наявності показань виконання органозберігаючого лікування. Саме для цієї патології розроблено чимало кількісних критеріїв, які використовуються з метою обчислення вірогідності виникнення інтраопераційних ускладнень при виконанні резекції нирки. Нефрометричні системи оцінки пухлинного ураження нирки (Preoperative Aspects and Dimensions Used for an Anatomical score [PADUA]; Radius, Exophytic/endophytic, Nearness to collecting system or sinus, Anterior/posterior and Location relative to polar lines [RENAL]; C-індекс та Diameter-Axial-Polar [D-A-P] нефрометрія) розроблені для об'єктивної оцінки анатомічних особливостей пухлини.[5] Ці системи надають важливу інформацію для планування лікування, консультування пацієнтів і належного порівняння груп після резекції нирки, однак жодна з них не дозволяє чітко встановити показання чи протипоказання до проведення резекції нирки.

На основі результатів обстеження великої когорти хворих українськими вченими була розроблена нова нефрометрична система Національного інституту раку України (NCIU-nephrometry), за допомогою якої з великою точністю можна визначити хірургічну тактику та вибір виду оперативного лікування хворих на НКР. Індекс NCIU розроблений для обчислення об'єму залишкової функціональної паренхіми після запланованої резекції. Нова нефрометрична система оцінки пухлинного ураження нирки дозволяє оптимізувати та деталізувати показання до резекції нирки. При розмірі пухлини < 4 см, розташуванні її у медіальному сегменті, а також при розміщенні пухлини у верхньому, латеральному чи нижньому сегменті за наявності при цьому

функціонуючої паренхіми нирки на стороні ураження $\geq 55\%$, незважаючи на розміри пухлини, виконують резекцію нирки. В інших випадках показана нефректомія.[6]

Автори публікацій, присвячених ефективності нефрометричних систем оцінки НКР, наголошують, що саме досвід хірурга має вирішальне значення у виборі типу оперативного втручання. Що насправді є пріоритетним? Безперечно, боротьба за функціональну одиницю нирки – нефрон. Протягом життя людина стикається із безліччю факторів, які можуть призводити до виникнення хронічної хвороби нирок. Якщо на цьому фоні виникає пухлинне ураження, рішення про видалення однієї нирки має бути дуже виваженим. Відомо, що найбільший ризик нефректомії полягає в тому, що прогресія серцево-судинної недостатності (якщо така існувала до операції) відбувається більш швидкими темпами на фоні хронічної ниркової недостатності, яка розвивається після видалення нирки. Це є ще одним аргументом на користь збереження органу.

Згідно зі стандартами лікування Європейської Асоціації Урологів [7], показаннями до органозберігаючих операцій при НКР є:

- абсолютні – єдина нирка (анатомічно чи функціонально);
 - відносні – функціонуюча контралатеральна нирка має інтеркурентне захворювання, яке може призвести до погіршення ниркової функції в майбутньому;
 - вибіркові – локалізований рак нирки за наявності здорової контралатеральної нирки.
- При локалізованому НКР резекція нирки не може бути виконана через місцево-поширений пухлинний ріст, несприятливе місце розташування пухлини, тяжкість загального стану пацієнта.

Кожен з лікарів, який має певний досвід хірургії пухлин нирок, наведе ще один аргумент на користь органозберігаючого підходу у лікування пухлин нирки. Це – вірогідність виникнення у майбутньому будь-якої патології нирки, що залишиться після видалення іншої.

Саме з цих міркувань при плануванні хірургічних втручань у хворих з новоутвореннями нирок співробітниками кафедри урології НМУ імені О.О. Богомольця взято курс на бережливе ставлення до лікування нирки, ураженої пухлиною, та максимальну увагу приділено виконанню органозберігаючих операцій – резекції нирки.

Наводимо декілька спостережень з власного досвіду.

Клінічний випадок 1. Хворий Ш., 56 років. При госпіталізації відомо, що пацієнт страждає на сечокам'яну хворобу (множинні камені лівої нирки), вторинне зморщення лівої нирки; рак правої нирки. Скарг з боку нирок хворий не виказував. Злоякісна пухлина була виявлена випадково при диспансерному огляді. Діагноз підтверджений при КТ органів черевної порожнини та заочеревинного простору: пухлина нирки розміром 7 см, вдається в синус нирки, внутрішній контур пухлини нечіткий.

Зменшення функціонуючої лівої нирки обумовило необхідність збереження правої нирки. Проте вона уражена злоякісною пухлиною чималих розмірів, контур якої змушує думати про місцеве поширення новоутворення. Втім 31.01.2017 хворому виконана резекція нирки. Пухлина в капсулі, окрім цього має три вирости розмірами 1-2 см кожний, що є пухлинними тромбами в сегментарних венах оперованої нирки. Тромби були ретельно видалені разом із пухлинним вузлом єдиним блоком. Патогістологічний висновок – світлоклітинна нирково-клітинна карцинома нирки G1 за Фурманом.

Остаточний діагноз: рак правої нирки pT3aN0M0 стадія III, клінічна група 3. Проведення операції на єдиній задовільно функціонуючій нирці загрожує виникненню транзиторної гострої ниркової недостатності. Даний випадок демонструє важливість якісної злагодженої фахової роботи лікарів анестезіологів та інтенсивної терапії, що робить ці ризики мінімальними. Хворий був виписаний додому з нормальними біохімічними та загальними показниками крові.

Клінічний випадок 2. Хворий Ф., 39 років. Скарг з боку нирок пацієнт не виказував, новоутворення виявлене випадково при диспансерному огляді. На КТ органів черевної порожнини та заочеревинного простору визначена пухлина діаметром 4 см з посиленням нерівномірним кровотоком, розташована повністю інтрапаренхіматозно в середньому сегменті правої нирки, вдається в синус нирки.

Нефрометричний індекс ризику інтраопераційних ускладнень PADUA у цього пацієнта становив 9 балів із 10. Величина індексу PADUA вказує на те, що хворий підлягає або лапароскопічній нефректомії, або відкритій резекції нирки. Молодий вік чоловіка, наявність певних системних захворювань зумовили нас до органозберігаючої тактики лікування. Виконана люмботомія справа, резекція нирки. Як і в першому випадку пухлина в капсулі, має виріст, що тягнувся у вигляді пухлинного тромбу розміром 1 см у сегментарну вену нирки (видалений разом із пухлинним вузлом єдиним блоком). Патогістологічний висновок – світлоклітинна нирково-клітинна карцинома, G2 за

Фурманом (помірнодиференційована пухлина). Остаточний діагноз: рак правої нирки pT3aN0M0 стадія III, клінічна група 3. Пацієнт підлягає ретельному післяопераційному спостереженню. Особливостями даного випадку є молодий вік пацієнта, невеликий розмір пухлини (4 см) та можливість збереження нирки.

Клінічний випадок 3. Хворий А., 58 років. В анамнезі – аномалія розвитку лівої нирки: повне подвоєння лівої нирки, термінальний уретерогідронефроз нижньої половини лівої нирки. Скарг з боку нирок не виказував, не дивлячись на вроджену патологію нирок. При диспансерному огляді випадково була виявлена пухлина правої нирки. Оскільки КТ-картина схожа на доброякісну пухлину нирки, як терапевтична тактика обрана резекція правої нирки. Висновок патогістологічного дослідження – онкоцитом нирки. У процесі лікування нирка збережена. Особливість даного випадку полягає у наявності двобічної патології нирок: вродженої аномалії зліва і пухлинного ураження справа. Доброякісний характер пухлини зумовив можливість проведення органозберігаючої операції.

Клінічний випадок 4. Хворий С., 47 років. При плановому диспансерному огляді виявлено новоутворення лівої нирки. За даними КТ з контрастним підсиленням – пухлина діаметром 7 см середнього та нижнього сегменту лівої нирки, в чіткій капсулі, однорідної структури. Незважаючи на великий розмір пухлини та її центральну відносно воріт нирки локалізацію, виконана органозберігаюча операція – резекція нирки. Висновок патогістологічного дослідження – хромобластна карцинома нирки.

Як бачимо, завеликі розміри пухлини, місцеве її поширення, наявність пухлинних тромбів у судинах та деякі інші ознаки локального розповсюдження онкопроцесу далеко не завжди унеможливають виконання нефронозберігаючої операції. Ретельна персоніфікована оцінка загального стану пацієнта та локальних особливостей ураження нирки пухлиною, з одного боку, кваліфікація і досвід хірурга та злагоджена робота усіх фахівців, що забезпечують хід операції з іншого, сприяють успішному виконанню резекції нирки навіть за умов наявності деяких ускладнюючих або обмежуючих хірургічне втручання факторів. До того ж, хоча й нечасто, але пухлини нирок можуть визначатися вже при патогістологічному дослідженні доброякісними, що в такому разі зводить нанівець доцільність проведеної нефректомії.

В цілому, узагальнення досить великого світового і багаторічного власного досвіду хірургічного лікування пухлин нирок запевняє у пріоритетності органозберігаючого підходу за умов, що це технічно можливо і не суперечить онкологічній доцільності.

Література:

1. Федоренко З.П., Гулак Л.О., Михайлович Ю.Й та ін. Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 18. К. - 2017.
2. NCCN clinical practice guidelines in oncology. Kidney cancer. Version 1.2018 – September 7, 2017.
3. Hung-Jui Tan, E.C. Norton, Z Ye et al. Long-term survival following partial versus radical nephrectomy among older patients with early-stage kidney cancer / JAMA. 2012 Apr 18; 307(15).
4. P. Zapala, B. Dybowski, N. Miazek et al. Open partial nephrectomy for entirely intraparenchymal tumors: a matched case-control study of oncologic outcome and complication rate / Braz J Urol. 2017; 43(2): 209–215.
5. M.Spalliviero, B.Ying Poon, O. Aras, et al. Interobserver Variability of R.E.N.A.L., Padua, and Centrality Index Nephrometry Score Systems / World J Urol. 2015 Jun; 33(6): 853–858.
6. T. Klatte, V. Ficarra, C. Gratzke et al. A Literature Review of Renal Surgical Anatomy and Surgical Strategies for Partial Nephrectomy / Eur Urol. 2015 Dec; 68(6): 980–992.
7. Клінічні рекомендації Європейської асоціації урології <https://uroweb.org/guidelines/>

ВЛИЯНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОРГАНАХ ТАЗА НА УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН

Савенков В.И., Гарагатый А.И., Колупаев С.М.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

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

Несмотря на то, что синдром нижних мочевых путей не является заболеванием, угрожающим жизни пациента, все же, по различным данным, до 40% обращений к урологу приходится на данную патологию. При этом если у мужчин в жалобах преобладает ирритативная симптоматика, то у женщин основным поводом к обращению к врачу служит чаще всего недержание мочи, носящее как стрессовый, так и постоянный характер.

Целью нашего исследования было оценить выраженность стрессового недержания мочи у женщин в зависимости от перенесенного хирургического лечения, в частности, гистерэктомии.

Материалы и методы. Нами были оценены результаты уродинамического исследования 24 пациенток, перенесших гистерэктомию с июня 2016 по август 2017 гг. по различным причинам (группа I). Контрольную группу составили 23 здоровых женщины с сохраненной маткой и без признаков гиперактивности мочевого пузыря, согласившихся пройти уродинамическое обследование

(група II). Условием включения в исследование служило также отсутствие в анамнезе кесарева сечения или других оперативных вмешательств на органах малого таза. Также пациентки обеих групп минимум в течение 1 месяца до прохождения контрольного комплексного уродинамического исследования (КУДИ) не получали медикаментозного лечения по поводу синдрома нижних мочевых путей.

Обе группы были сопоставимы по возрасту, общему состоянию и наличию сопутствующей патологии. Пациентки с подтвержденным ранее диагнозом гиперактивного мочевого пузыря в исследование включены не были, также как и больные с подтвержденным диагнозом стрессового недержания мочи.

Клинические проявления уродинамических нарушений оценивали по результатам анкетирования по шкале I-PSS. При оценке результатов уродинамического исследования обеих групп пациенток обращали внимание на возраст, конституцию пациенток, количество перенесенных родов, частоту воспалительных заболеваний нижних мочевых путей. Полученные данные оценивали с помощью статистической обработки в программе Stata 14.1.

Результаты. Уродинамические нарушения при анкетирования по шкале I-PSS констатированы у 6 пациенток (25,0 %) группы I. Средняя сумма у них составила 16 баллов, тогда как в группе II данный результат составил в среднем 7 баллов.

В группе I при КУДИ у 2 больных имелись признаки хронической задержки мочи (объем остаточной мочи 35 мл и 21 мл). Гиперактивность мочевого пузыря была отмечена у 9 пациенток (37,5 %): отмечалось повышение внутрипузырного давления в среднем на 32 мл, 97 мл (с повышением давления до 45 см H₂O), а также на 172 мл (91 см H₂O). Максимальная цистометрическая емкость мочевого пузыря составила 430 мл. Наполнение неоциста выше 450 мл в 19 случаях привело к дополнительному сокращению с повышением давления до 102 см H₂O с выраженной утечкой мочи.

Появление первого позыва к мочеиспусканию в группе I отмечено в среднем на 89 мл, нормальный позыв отмечен на 112 мл, сильный позыв – на 260 мл введенного раствора. Среднее значение максимального давления закрытия уретры в группе I составило 78,2±3,1 см H₂O, что было расценено как ослабление сфинктера мочевого пузыря.

Среднее значение уровня давления потери мочи при пробе Вальсальвы среди пациенток группы I составило 72,2 см H₂O. В группе II данный показатель составил 99,3 см H₂O. Данное различие явилось значимым даже с учетом оценки вышеописанных переменных ($p<0.05$).

По данным уродинамического исследования в контрольной группе было выявлено два случая гиперактивности мочевого пузыря (без клинических проявлений): у одной пациентки была отмечена гиперактивность детрузора на 53 мл, 78 мл введенного раствора с повышением давления до 41 см H₂O, а также на 178 мл – до 82 см H₂O, однако, без потери мочи; у второй пациентки гиперактивность выявлена на 69 мл и 183 мл с повышением детрузорного давления до 69 см H₂O, также без потери мочи.

В остальном, результаты КУДИ в группе II были сопоставимы с нормальными номограммами: первый позыв отмечен в среднем на 96 мл введенного раствора (скорость введения 50 мл/мин), нормальный позыв – на 148 мл, сильный позыв – на 287 мл. Максимальная цистометрическая емкость мочевого пузыря составила в среднем 476 мл. Максимальное давление закрытия уретры составило 99,4±4,1 см H₂O.

Выводы. Таким образом, было выявлено значимое снижение качества мочеиспускания у пациенток, перенесших гистерэктомию, при ухудшении у них основных уродинамических показателей с тенденцией к развитию стрессового недержания мочи, что свидетельствует о негативном влиянии этой операции на уродинамику.

Превышение количества пациенток с негативными данными КУДИ в сравнении с клинически значимыми указывает на наличие скрытых, потенциально опасных случаев в плане развития таких нарушений в последующем. Это подтверждает значимость уродинамического исследования в раннем выявлении и профилактике возможных нарушений мочеиспускания у пациенток после гистерэктомии.

МОДУЛЯЦІЯ СКОРОТЛИВОЇ АКТИВНОСТІ ІЗОЛЬОВАНОГО СЕГМЕНТУ ТОНКОГО КИШКІВНИКА IN VITRO (експериментальне дослідження)

Савчук Р.В., Жуковський Д.О.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Радикальна цистектомія з деривацією сечі в сегмент тонкого кишківника в теперішній час є «золотим стандартом» лікування м'язово-інвазивного раку сечового міхура. Основним методом деривації сечі, забезпечуючим найкращу якість життя пацієнта, є ортотопічний сечовий міхур, сформований із сегменту здухвинного кишківника. У ранньому післяопераційному періоді спостерігається гіперактивність неоциста у зв'язку з реакцією кишкової стінки на нову агресивну середу – сечу, в подальшому, процеси адаптації стабілізуються, та проявляється гіпоактивність необладдера, в зв'язку з денервацією нервових сплетінь.

Ціллю нашого дослідження було дослідження дії нових хімічних сполук на скоротливу активність стінки здухвинної кишки mini-pigs in vitro.

Експерименти проводились на ізольованих смужках тонкого кишківника mini-pigs. Данна робота складається з двох серій експериментальних досліджень й аналізу отриманих даних. В першій серії експерименту досліджували констрикторні властивості нових похідних гідразонів в порівнянні з прозерином під час дії на ізольований сегмент здухвинної кишки у експериментальних тварин in vitro.

Друга серія дослідів полягала у вивченні іспазмолітичних властивостей досліджуваних сполук на гладкій м'язовій кишківника in vitro в порівнянні з гініпралом, на тлі стимуляції KCl. Об'єм розчину KCl, що вводився, складав 0,1-0,15 мл, з концентрацією 60 ммоль/л до отримання ритмічних, високої амплітуди скорочень.

В результаті експериментальних досліджень встановлено, що нові хімічні сполуки впливають на скоротливу активність сегменту ileum in vitro. Серед них найбільшу констрикторну активність проявляють дві сполуки: pyrrole-2-carbaldehyde 3-(dimethylamino) benzoylhydrazone (P2C3DBh, сполука I) і 1-methylisatin N,N-dimethylcarbamylhydrazone (1MDCh, сполука II), в концентрації $1 \cdot 10^{-3}$ моль/л, підсилюючи скоротливу активність на $54,3 \pm 9,2\%$ й $51,2 \pm 3,1\%$, амплітуду скорочень на $59,01 \pm 12\%$, та $49,18 \pm 14\%$, частоту скорочень на $47,9 \pm 6,4\%$ і $31,3 \pm 5,3\%$ відповідно. Із досліджуваних нових хімічних сполук спазмолітичні властивості з тропністю до ileum, можна виділити дві сполуки: pyrrole-2-carbaldehyde 2-hydroxybenzoylhydrazone (PChBh) и isatinbenzoylhydrazone (IBh), знижуючі гіпертонус на $49,6 \pm 3,8\%$ і $39,6 \pm 3,1\%$ відповідно.

Виявлені нові хімічні сполуки зі спазмолітичними та констрикторними властивостями потребують подальшого дослідження механізму дії та впливу на різні ланки патогенезу скорочення ileum і вивчення в умовах експерименту in vivo.

ДОПУСТИМІ МЕЖІ КОНСЕРВАТИВНО-ОЧІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ЗАКРИТІЙ ТРАВМІ НИРКИ?

Саричев Л.П.¹, Філоненко А.Ф.², Саричев Я.В.¹, Пустовойт Г.Л.¹, Сухомлин С.А.¹,
Супруненко С.М.¹, Панасенко С.М.¹, Савченко Р.Б.¹

¹ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

²Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В.Склясовського

Тупа травма складає до 90% ушкоджень нирок. Частіше пов'язана з ДТП, падінням з висоти, рідко з контактними видами спорту. Досягнення в діагностиці та лікуванні дозволили знизити частоту хірургічних втручань з приводу закритої травми нирки (ЗТН). Проте, внаслідок небезпеки ранніх та пізніх ускладнень питання відносно активної хірургічної тактики залишається відкритим. Не визначені допустимі межі консервативного лікування. Нерідко вибір лікувальної тактики диктується досвідом, власними уподобаннями лікаря та можливостями лікувального закладу.

Метою роботи було визначення ефективності консервативно-очікувальної тактики при закритій травмі нирки.

Матеріали та методи. Проаналізовані результати лікування 81 хворого з ЗТН віком від 15 до 78 років ($M \pm m = 41,9 \pm 4,6$ років). Чоловіків було 58 (71,6%), жінок – 23 (28,4%). Ураження правої нирки – 55,6%, лівої нирки – 44,4%.

Всім хворим проводились загально-клінічні дослідження, ультрасонографічний та, за показаннями, КТ моніторинг.

Результати та обговорення. Причиною ушкодження нирки у 54 спостереженнях (66,7%) стала побутова травма (із тих у 32 випадках пов'язана з падінням з висоти та у 2 випадках – спортивного характеру), у 20 спостереженнях (24,7%) – ДТП та у 7 спостереженнях (8,6%) – екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія (ЕУХЛ). У 4 випадках наслідком використання високих енергій при ЕУХЛ став забій нирки з утворенням субкапсулярної гематоми, у 3 випадках – порушення цілості паренхіми та ненаростаюча периренальна гематома. Частіше ушкодження нирки спостерігали при повторних сеансах ЕУХЛ з приводу конкременту верхньої третини сечоводу щільністю понад 1500 од. Н.

Середні стоки госпіталізації склали $4,8 \pm 0,4$ днів від отримання травми.

ЗТН I ступеня тяжкості (згідно класифікації AAST, 1989 р.) мала місце у 37,0% спостережень, II ступеня – 25,9%, III ступеня – 11,1%, IV ступеня – 16,1% і V ступеня – 9,9%.

Найбільш постійними симптомами ЗТН були біль (95,1%), гематурія (макрогематурія 88,9%, мікрогематурія 11,1%), субфебрильна температура тіла (65,4%). У 5 пацієнтів (6,2%) мало місце підвищення температури $>38,5^{\circ}\text{C}$. При цьому, характер гематурії не завжди відповідав тяжкості травми.

Консервативно-очікувальна тактика під УЗ та КТ моніторингом, виявилось ефективною у 55 спостереженнях (70,0%). Ще 4 хворим (4,9%) консервативне лікування доповнювалось перкутанним дрениванням лізованої периренальної гематоми та 5 хворим (6,2%) – перкутанним дрениванням урогематоми з формуванням периренального абсцесу.

У 9 спостереженнях (11,1%) нестабільна гемодинаміка та екстравазація сечі стали показанням до ушивання нирки. 6 хворим (7,4%) з множинними розривами нирки, пошкодженням магістральних судин виконана нефректомія. Із них, у 2 випадках масивна кровотеча після розсічення фасції Герота унеможливили ушивання нирки. Ще в 1 хворого (1,2%) масивна повторна кровотеча у ранньому післяопераційному періоді та в 1 хворого (1,2%) нагноєння урогематоми після ушивання нирки стали показанням до вторинної нефректомії.

Висновки. Досягнення в методах візуалізації та сучасні лікувальні технології дозволяють уникнути, а при важкій травмі зменшили покази до хірургічного лікування ЗТН, яке само по собі несе загрозу видалення нирки. При формуванні перинефрального абсцесу з розвитком септичного стану методом вибору є виконання черезшкірного дренивання. Показанням до відкритого хірургічного втручання залишаються множинні розриви нирки з пошкодженням магістральних судин та неефективність зупинки кровотечі консервативними чи малоінвазивними методами.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛЕКТРОУРЕТЕРОГРАФИИ

*Серняк Ю.П., Роцин Ю.В., Слободянюк Е.Н., Ткаченко С.В., Фуксзон А.С., Мех В.А.
Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького, г. Лиман.*

Травма мочеточника является частым осложнением тазовой хирургии и встречается в 0,5-30 %. Уретероцистонеоанастомоз является наиболее эффективным способом коррекции травм дистального мочеточника. Применение электроуретерографии при формировании уретероцистонеоанастомоза позволяет объективно определить границы биоэлектрической активности мочеточника и снизить риск осложнений. Развитие лапароскопической хирургии открыло новые возможности, в том числе, в коррекции травм мочеточника.

Цель: оценка эффективности коррекции травм мочеточника с применением электроуретерографии (ЭУГ) для определения функциональной активности мочеточника.

Материалы и методы: с 2002 по 2012 г., в клинике урологии ДНМУ, на базе ДЦГКБ №1 прооперирована 61 больная в возрасте 21–72 лет с травмой мочеточника. У 1 ($1,6\% \pm 3,2$) пациентки по жизненным показаниям выполнена нефректомия. Хирургическая коррекция травмы мочеточника выполнена у 60 больных. У 23 ($38,3\% \pm 12,3$) пациенток реконструктивно-восстановительные операции лапароскопическим и классическим «открытым» доступом выполнялись с применением ЭУГ. У 21 ($35\% \pm 12$) больной, аналогичные операции выполнялись без применения ЭУГ. У 16 ($26,7\% \pm 11,2$) больных, коррекция травмы выполнена при помощи уретероскопии со стентированием мочеточника. У всех пациенток данной группы травма мочеточника классифицировалась, как легкой

степени, без порушення цілостності стінки мочеточника (Grade I, відповідно класифікації Organ Injury Scaling System).

Результати: результати лікування оцінювались через 6, 12, 18 і 24 місяця як хороші, задовільні і незадовільні. Серед 23 пацієнтів основної групи, яким корекція травм виконувалась з використанням ЕУГ, у 20 (87%±13,7) хворих результати лікування оцінювались нами як хороші. У 3 (13%±13,8) пацієнтів результати лікування відповідають задовільним. Поганих результатів в даній групі хворих не спостерігалось. У 21 пацієнтки, яким виконувались реконструктивно-відновлювальні операції без використання ЕУГ у 8 (38,1%±20,7) хворих результати лікування відповідають хорошим, у 9 (42,9%±21,1) задовільним, а у 4 (19%±16,8) оцінені як погані. Серед 16 пацієнтів, яким корекція травм виконувалась при допомозі уретероскопії со стентуванням, у 11 (68,8%±22,7) результати лікування оцінювались нами як хороші, у 5 (31,2%±22,7) відповідають задовільним. Поганих результатів не спостерігалось, що пояснимо легкою ступенню пошкодження мочеточника у даній групі пацієнтів (Grade I, відповідно класифікації Organ Injury Scaling System).

Висновок: використання ЕУГ при хірургічному лікуванні травм мочеточника значно покращує результати лікування – на 19%. Використання уретероскопії і стентування при травмі мочеточника ефективно при легкій ступені пошкодження мочеточника (Grade I, відповідно класифікації Organ Injury Scaling System).

ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПРИ ПУХЛИНАХ НИРКИ

Стаховський Е.О., Вітрук Ю.В., Войленко О.А., Вукалович П.С., Стаховський О.Е.

Національний інститут раку, м. Київ

Вступ. Протягом останніх десятиліть кардинально змінились діагностика та лікування нирково-клітинного раку. Науково доведено, що резекція при локалізованій формі раку нирки та невеликих її розмірах дає не тільки задовільні онкологічні, але і функціональні результати. Однак, використання такої тактики як стандарту лікування є обмеженими, так як базуються виключно на розмірі пухлини.

Мета дослідження: Розробити ефективний алгоритм органозберігаючої тактики лікування хворих на рак нирки та оцінити його ефективність.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 1691 хворого, яким з 2008 по 2016 роки у відділенні пластичної та реконструктивної онкоурології Національного інституту раку було проведено хірургічне лікування з приводу пухлини нирки. Вік хворих склав від 19 до 83 років (52,3 ± 11,7). Чоловіків було 1058 (62,6%), жінок – 633 (37,4%). Розміри пухлини становили від 10 до 212мм (68,2 ± 38,9).

Виходячи з етапів розвитку органозберігаючої тактики лікування пухлин нирки та з метою оцінки її ефективності, хворих було розділено на три групи: до першої групи увійшло 166 (9,8%) пацієнтів, яким з 2008 по 2009 роки резекція нирки виконувалась згідно Європейських стандартів лікування – показання до резекції формувались на розмірах пухлини, яка не перевищувала 4 см в діаметрі; другу групу склали 550 (32,5%) хворих, яким з 2010 по 2012 роки показання до резекції нирки ґрунтувались не на розмірах пухлини, а на оцінці кількості збереженої здорової паренхіми нирки, яка повинна складати більше 55%; до третьої групи увійшли 975 (57,7%) пацієнтів, в яких показання до резекції нирки базувались на основі кількості збереженої паренхіми нирки та локалізації в ній пухлини (N.C.I.U. нефрометрії).

Результати та обговорення. Протягом 2008 – 2012 років відмічалась тенденція до збільшення відсотку госпіталізованих хворих із пухлинами нирки Т1 стадії. Починаючи із 2013 року значно збільшилася кількість пацієнтів із пухлинами нирки більше 7см. Незважаючи на значне зростання кількості хворих із пухлинами великих розмірів, кількість виконаних резекцій дорівнювала кількості виконаних нефректомій у 2010 році з подальшою значною перевагою резекцій.

Дотримуючись Європейських стандартів лікування, в I групі хворих резекція нирки виконана лише у 36 (20%) випадках. Основну частину склали пацієнти із пухлиною Т1а стадії. Ще у 13 хворих резекція виконана за абсолютними чи елективними показаннями (єдина нирка, патологія контрлатеральної нирки).

Вдосконалення хірургічної техніки резекції, відмова від теплової ішемії нирки дали можливість переглянути показання до органозберігаючої тактики лікування, які базувались на оцінці

кількості збереженої, здорової паренхіми нирки, яка мала складати не менше 55%. Це дозволило протягом 2010 – 2012рр. збільшити кількість резекцій нирок, яка була виконана у 331 (60,2 %) хворого II групи.

В подальшому, проводячи проспективне дослідження було показано, що для визначення тактики лікування при локалізованому раку нирки важливе значення мають як об'єм здорової паренхіми нирки, так і локалізація пухлини. На основі багатофакторного аналізу була розроблена нова нефрометрична система оцінки пухлинного ураження нирки – N.C.I.U. нефрометрія, яка із високим відсотком точності дозволила визначити показання до резекції нирки чи нефректомії. Завдяки новому підходу до лікування пухлин нирок впродовж 2013 – 2016рр. у 407 (71,6 %) хворих III групи була виконана резекція нирки.

Створення та дотримання нового алгоритму органозберігаючої тактики лікування дозволило вдвічі зменшити виконання нефректомій і, як наслідок, вдвічі зменшити кількість хворих, що вийшли на інвалідність. Загалом, впродовж 2008 – 2016 років у відділенні виконано 935 резекцій нирки, що склало 55,3% від загальної кількості виконаних оперативних втручань з приводу пухлини нирки.

Не менш важливим являється питання: чи впливає зміна показань до резекції нирки на збільшення частоти виникнення рецидиву захворювання?

Період спостереження за хворими, яким виконана резекція нирки, становив від 3 до 96 місяців ($49,4 \pm 37,5$). Місцевий рецидив діагностовано тільки у 14 (1,5%) випадках: відповідно у одного (2,8%) хворого першої, у шести (1,8%) – другої та семи (1,2%) – третьої групи ($p = 0,6$). Рецидив виникав впродовж 5 – 56 місяців після резекції (в середньому через $24,2 \pm 13,3$ місяці), причому статистично достовірно не відрізнявся у групах порівняння ($p < 0,05$).

11 (78,6%) хворим, у яких був діагностований місцевий рецидив, в подальшому виконана радикальна нефректомія. У 3 (21,4%) хворих, поряд із рецидивом, діагностовано розповсюджений метастатичний процес, що змусило призначити виключно таргетну терапію.

Висновки. Розроблений новий алгоритм органозберігаючої тактики лікування хворих на пухлини нирки, який ґрунтується на оцінці кількості здорової паренхіми і локалізації пухлини, дозволяє розширити показання та збільшити кількість виконаних резекцій нирки. Отримані низькі показники місцевого рецидиву захворювання дали можливість рекомендувати його до широкого впровадження в практику медичних закладів країни.

ЕКОНОМІЧНИЙ АСПЕКТ ВПРОВАДЖЕННЯ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК НИРКИ

Стаховський Е.О.¹, Сайдакова Н.О.², Вітрук Ю.В.¹, Войленко О.А.¹,

Вукалович П.С.¹, Стаховський О.Е.¹

¹ Національний інститут раку, м. Київ

² ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Вступ. Інвалідність населення, крім негативного впливу на фізичний, моральний стан, спричинює погіршення матеріального положення та призводить до соціальної дезадаптації, а також збільшує витрати суспільства на соціальне забезпечення та медичне обслуговування інвалідів. Причиною переважної більшості таких випадків є онкологічна патологія і зокрема рак нирки. Тому впровадження ранньої діагностики та органозберігаючого лікування дозволить значно зменшити кількість хворих, які вперше вийдуть на інвалідність, та скоротити витрати держави на їх соціальне забезпечення.

Мета дослідження: Оцінити економічну ефективність впровадження ранньої діагностики та органозберігаючого лікування хворих на рак нирки.

Матеріали та методи. Основу роботи склали дані офіційної статистики за дев'ять років (2008 – 2016рр.) – достатні для визначення тенденцій, особливостей явищ в Україні. Вивченню підлягали 46216 вперше зареєстрованих випадків раку нирки, яким було проведено лікування в лікувально-профілактичних закладах України різного типу.

Результати та обговорення. Втілення в клінічну практику нових променевих методів діагностики: ультразвукової, комп'ютерної, магнітно-резонансної, які використовуються у більшості медичних закладах, дозволило значно збільшити відсоток вперше виявлених клінічно безсимптомних форм раку нирки. Якщо у 2008 році із 5306 випадків вперше виявленого раку нирки I стадія захворювання була діагностована у 18,5%, то у 2016 році із 4568 випадків – у 32,9%.

Всього у 2008 році було виконано 2660 нефректомій та 255 резекцій, що складало 91,3% та 8,7% відповідно від загальної кількості виконаних операцій з приводу раку нирки. Це можна пояснити тим, що стандартом лікування на той час була нефректомія. Резекція нирки виконувалась лише при пухлині до 4см і тільки у високоспеціалізованих лікувальних закладах. Впродовж наступних років в Україні змінився алгоритм лікування хворих на рак нирки, розширились показання до резекції нирки, збільшилась кількість лікувальних закладів, в яких вона виконується, що, в кінцевому результаті, призвело до збільшення кількості орагнозберігаючих оперативних втручань. Так у 2016 році вже було виконано 808 резекцій нирки, що становило 28,4% від загальної кількості виконаних операцій з приводу раку нирки.

Завдяки широкому впровадженню в клінічну практику органозберігаючої тактики лікування раку нирки, значно зменшилась кількість хворих, які вийшли на інвалідність. У 2008 році первинно визнані інвалідами внаслідок хвороб сечостатевої системи 2368 хворих у віці 18 років і старші, в подальшому їх кількість щорічно зростала і у 2012 році становила 2512 випадків (на 6% більше). У наступні роки спостерігалось значне їх зменшення, а саме на 22,7% до 1940 осіб у 2015 році і тільки за останній 2016 рік – на 7,5% до 1795 випадків. Варто наголосити, що левову частку пацієнтів, які не вийшли на інвалідність, склали хворі на рак нирки, в результаті резекції, а не нефректомії, що є інвалідизуючою операцією.

Отримані дані мотивували вивчення економічної ефективності. Представляємо попередні результати проведеного дослідження в цьому аспекті. Впровадження ранньої діагностики та органозберігаючого лікування хворих на рак нирки дозволить щорічно заощадити державі щонайменше 8,5млн. гривень (в середньому щорічно 5000 вперше зареєстрованих випадків раку нирки x 1700грн – прожитковий мінімум = 8,5млн) та спрямовувати ці кошти на розвиток матеріально-технічної бази різних ланок надання медичної допомоги населенню України.

Висновки. Доведена потреба в подальшій розробці, впровадженні різнопланових заходів ранньої діагностики, своєчасного лікування з дотриманням органозберігаючих принципів, з тим щоб забезпечити збереження не тільки життя хворих, але й уникнути інвалідизації, що є соціальним, матеріальним тягарем для особистості та суспільства.

АНАЛІЗ РАДИКАЛЬНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ НА РАК СЕЧОВОГО МІХУРА ЗА 5 РОКІВ

Стусь В.П.¹, Краснов В.М.^{1,2}, Поліон М.Ю.^{1,2}, Осінній І.А.², Дяговець С.А.²

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

²КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. Мечникова», м. Дніпро

У 28 країнах Європейського союзу (ЄС), щорічно більш ніж у 120 000 людей діагностується рак сечового міхура (PCM) та понад 40 000 людей помирає (він є шостою причиною смертності). Рак сечового міхура коштував ЄС 4,9 мільярда € за 2012 рік, при цьому вартість послуг охорони здоров'я була 2,9 мільярда (59%), складаючи 5% від усіх витрат на онкологічну допомогу. На лікування раку сечового міхура у 2012 році витрачено 3% усієї вартості онкологічних захворювань у ЄС (143 мільярди €).

Покази до цистектомії (ЦЕ):

- при м'язово-інвазивному PCM;
- рецидив після органозберігаючого лікування;
- неперехідно-клітинні пухлини;
- з паліативною метою при кровотечі з сечового міхура;
- при розпаді пухлини;
- пухлинні нориці.

Вибір способу деривації сечі залежить від онкологічного статусу хворого, стану верхніх сечових шляхів та кишківника, самопочуття пацієнта, досвіду та уподобань хірурга. Як інкотинентні типи деривації у нашій клініці виконували уретерокутанеостомію та операцію Брікера, а як континентну деривацію – операцію Штудера.

Протягом 5 років спостереження (2012–2016 рр.) у нашій клініці виконано 193 цистектомії, з них деривації за Брікером – 12, за Штудером – 21, тобто відсоток уретерокутанеостомій склав 82,9% (n=160). Проте у порівняльному аспекті відсоток уретерокутанеостомій нашої клініки зменшився з 88,6% у 2012 році до 57,9% у 2016 році, а кількість деривацій за Штудером та за Брікером, відповідно, зросла в 3,7 разу (з 11,4% до 42,1%).

Кількість ускладнень за шкалою Clavien-Dindo при виконанні уретерокутанеостомій: II – 145 (90,6%), III – 12 (7,5%), IV – 2 (1,3%), V – 1 (0,6%), при інших видах операцій: II – 31 (93,9%), III – 2 (6,1%). Середній бал за Карновським у хворих, яким виконали уретерокутанеостомію – $68,1 \pm 0,6$, деривацію за Брікером – $72,5 \pm 2,2$ ($p < 0,05$ порівняно з уретерокутанеостомією), для деривації за Штудером – $81,4 \pm 1,7$ ($p < 0,001$).

Таким чином, своєчасна діагностика захворювання, застосування сучасних підходів до лікування є важливим елементом удосконалення роботи, що дозволило збільшити кількість «кишкових» деривацій майже у 4 рази за 5 років.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ПІДКОВОПОДІБНОЇ НИРКИ

Ухаль М.І., Ухаль О.М., Рачок І.В., Пустовойт І.П., Лунга Ю.М.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Вступ. Підковоподібна нирка складає близько 10% всіх аномалій нирок. Пухлини підковоподібної нирки зустрічаються у 2% хворих з цією аномалією. Оперативне лікування є методом вибору. Разом з тим, проведення органозберігаючих операцій при раку підковоподібної нирки є досить складним завданням у зв'язку з особливостями кровопостачання, загрозою ушкодження аномально розташованих магістральних судин, і, як наслідок, порушення функції нирки в післяопераційному періоді.

Для профілактики указаних ускладнень важливим є доопераційна ретельна діагностика кровопостачання підковоподібної нирки, а також застосування сучасних малоінвазивних оперативних можливостей інтервенційної радіології.

Метою нашої роботи є підвищення ефективності лікування раку підковоподібної нирки використовуючи сучасні можливості діагностики та оперативного втручання.

Матеріали та методи. Наш досвід застосування сучасного підходу до діагностики та оперативного лікування раку підковоподібної нирки торкається двох пацієнтів чоловічої статі у віці 58 та 62 років. У обох випадках пухлини підковоподібної нирки були виявлені при УЗД органів черевної порожнини без явних клінічних ознак пухлинного процесу у нирках.

У хворого М. пухлина розташовувалася у верхньому полюсі правої половини підковоподібної нирки.

У хворого Ф. пухлина розташовувалася в нижньому полюсі правої половини нирки з поширенням на область воріт та на перешийок підковоподібної нирки.

Для доопераційної верифікації характеру пухлинного процесу, особливості кровопостачання пухлин, а також топічного розташування магістральних судин підковоподібної нирки нами використано МСКТ із спліт-болюсним контрастуванням нирок і судин.

Результати та їх обговорення: За допомогою МСКТ та спліт-болюсного контрастуванням нами чітко діагностована особливість кровопостачання пухлин і топічне розташування магістральних судин, а також підтверджені променеві ознаки злоякісного характеру пухлин та точні їх тривимірні розміри. При цьому, у хворого М. розміри пухлини були в межах 4Х3Х3 см, у хворого Ф. – 4,5 Х3Х3 см. Це дозволило вибрати оптимальні методи оперативного лікування. Так, у хворого М. за добу до проведення резекції правої половини ниркової тканини, ураженої пухлиною, зроблена супер селективна катетеризація гілки артерії, яка кровопостачала пухлину та виконана її спиртова хіміоемболізація.

Через добу після хіміоемболізації, виконана резекція ниркової тканини враженої пухлиною. Резекція нирки виконана в межах зони ішемії.

За даними гістологічного дослідження видаленої пухлини мав місце світлоклітинний рак нирки. У краю ниркової тканини із зони резекції, пухлинної інвазії не виявлено. Післяопераційний період протікав гладко. Післяопераційний ліжко – день 8 днів. При УЗД з доплерографією та МРТ через 6 і 12 місяців, ознак пухлинного процесу в підковоподібній нирці не виявлено.

У хворого Ф. виконана резекція нижньої правої половини і перешийка підковоподібної нирки з одночасною репозицією половин нирки в поперекові зони. Завдяки доопераційній чіткій топічній діагностиці магістральних судин підковоподібної нирки вдалося уникнути їх ушкодження та зберегти функцію обох половин нирки в післяопераційному періоді.

За даними гістологічного дослідження мав місце світлоклітинний рак нирки. У краю ниркової тканини із зони резекції пухлинної інвазії не виявлено. Післяопераційний період в цілому протікав

гладко. Післяопераційний ліжко - день 11 днів. При дослідженні через 6 місяців, з використанням УЗД з доплерографією та КТ, ознак рецидиву пухлинного процесу в розданих половинах підковоподібної нирки не виявлено. В цей же період, за даними ізотопної ренографії, функція обох половин підковоподібної нирки не порушена.

Висновки. Сучасні можливості доопераційної променевої діагностики дозволяють зробити оптимальний вибір оперативного лікування раку підковоподібної нирки, уникнути інтраопераційних ушкоджень атопічно розташованих магістральних ниркових судин та зберегти функцію обох половин нирки в післяопераційному періоді.

ПУТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОНИЖЕННОЙ МУЖСКОЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-УРОЛОГА

Черниченко О.А.¹, Яковлев П.Г.²

¹Ужгородская центральная городская клиническая больница, г. Ужгород

²Национальный медицинский университет имени А.Богомольца, г. Киев

Вступление. За статистикой около 25-30% мужчин приходят в кабинет уролога или андролога именно по поводу бездетности. По нашим наблюдениям, количество пациентов, которые имеют снижение качества, спермы заметно возрастает. Причины этого состояния многогранны: инфекции, крипторхизм, монорхизм, гормональные нарушения, варикозное расширение сосудов в области яичек, стиль жизни и воздействие факторов окружающей среды, другие необъяснимые причины. При отсутствии крипторхизма, монорхизма, обструкции семявыносящих протоков, варикоцеле есть ведущим фактором бесплодия; в редких случаях диагностируют опухоли яичек.

Цель работы: представить распространённость проблемы мужского бесплодия в практике уролога городской больницы, а также возможные варианты его хирургического лечения.

Материалы и методы. В работе приведены сравнительные результаты лечения 64 мужчин с необструктивным бесплодием, у которых диагностировали левостороннее варикоцеле (n=62) и доброкачественную опухоль яичка лейдигому (n=2). Больным с варикоцеле мы выполнили оперативное вмешательство лапароскопическую резекцию левой гонадной вены. Пациентам с лейдигомой яичка и пониженной фертильностью провели резекцию яичка с опухолью. Во время операции мы также сделали биопсию прилежащей паренхимы для исключения TIN (testicular intraepithelial neoplasia): у обоих результат был отрицательный. Выбор органосохраняющего вмешательства резекции как метода был обусловлен малыми размерами опухоли и локализацией в ткани яичка. Предоперационная биопсия не проводилась. Контрольную группу составили 45 пациентов с варикоцеле, которые отказались от оперативного вмешательства и предпочли консервативное патогенетическое лечение (венотоник детралекс и биодобавки). В исследования не включали пациентов с варикоцеле, у которых снижен объем яичек, повышен уровень ФСГ в сыворотке, снижена концентрация тестостерона, есть микроделеции Y-хромосомы, присутствуют антиспермальные антитела. Данные критерии являются отрицательными предикторами для улучшения фертильности после операции; этой категории пациентов показаны вспомогательные репродуктивные технологии.

Результаты исследования. Установлена позитивная динамика репродуктивных свойств эякулята бесплодных мужчин через 12,2±0,26 мес. по результатам хирургического лечения, которая проявилась в достоверном улучшении фертильности спермы: увеличения количества сперматозоидов (с 48,67±5,28 до 92,63±6,78 млн.); улучшения показателей морфологии (процент патологических форм уменьшился с 52,84±1,41 до 33,09±1,36) и кинезисграммы (увеличение процента A4+B3+B2 с 36,41±1,49% до 48,63±1,65%), по сравнению с контрольной группой консервативной терапии.

Особый интерес представили 2 случая лейдигомы яичка в мужчин с бесплодием. При обследовании в обоих больных диагностировали олигоастенотератозооспермию с нормальными параметрами гормонов сыворотки крови (ФСГ, общий тестостерон, пролактин, ЛГ). При УЗД с доплерографией яичек и МРТ (см.рис.) визуализировали объемное образование, которое было асимптоматическим и непальпируемым при физикальном осмотре. Размер образований составил 1,0 см в диаметре. Дальнейшее лабораторное обследование не выявило повышения тестикулярных опухолевых маркеров (ХГЧ, АФП, ЛГ). Нами выполнено оперативные вмешательства в объеме резекции яичка с опухолью, в тканях которых выявили клетки доброкачественной опухоли лейдигомы. Через 12,2±0,26 мес. после операции у мужчин полностью нормализовались показатели спермограммы.

Выводы.

1. Варикоцеле и опухоли яичка являются одними из причин мужского бесплодия, которые уролог городской больницы встречает в своей практике, и которые могут быть успешно подвергнуты хирургической коррекции.

2. В нашей практике выполнение лапароскопической резекции левой гонадной вены и резекции яичка при лейдигоме достоверно приводила к повышению качества спермы при сроке наблюдения 12 месяцев.

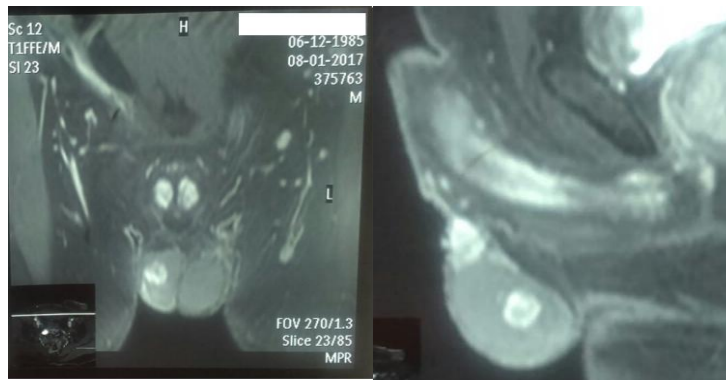


Рис. 1 МРТ органов мошонки пациента с опухолью правого яичка

ТРАНСОБТУРАТОРНЫЕ СЛИНГОВЫЕ ОПЕРАЦИИ, ПОЗАДИЛОБКОВАЯ ВЕЗИКОПЕКСИЯ И ВВЕДЕНИЕ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩИХ АГЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Шамраев С.Н., Ридченко М.А.

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Цель. Оценить непосредственные результаты современных методов хирургического лечения стрессового недержания мочи (СНМ) у женщин.

Материалы и методы. Ретроспективно оценены результаты хирургического лечения 56 женщин со СНМ в период с 2013 по 2017 гг.. Мы использовали базу данных двух клиник: ГУ «Институт урологии НАМН Украины» и Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. Согласно виду оперативного вмешательства было 3 группы: 1 гр. - 35 (62,5%) пациентки, которым был установлен трансобтураторный слинг по методике TVT-O (Gynesage, Ethicon, США), 2 гр. – 11 (19,7%), перенесших коррекцию СНМ объемообразующим агентом Urolastik (Urogyn, Голландия), 3 гр. – 10 (17,8%) больных, которым выполняли позадилобковую везикопексию по методике Burch.

Результаты и обсуждение. Пациенты были разделены согласно классификации по степени тяжести СНМ Canabathi K. (1994). *I ст.* СНМ во всех трех группах наблюдался у 7 пациенток (12,5%), *IIa ст.* – у 27 больных (48,2%), *IIb ст.* – у 22 (39,3%). Возраст больных варьировал от 35 до 83 лет. Операцию TVT-O выполняли с помощью набора Gynesage из одного разреза передней стенки влагалища (1 см) и 2 разрезов кожи на бедре в проекции на 2 см ниже горизонтальной линии, проходящей через головку клитора и проецирующихся на медиальную верхнюю четверть foramen obturatoria. На бедре слева перфоратор проводили «in-out», справа - «out-in». Далее ленту фиксировали к проводникам и без фиксации свободно располагали слинг под средней третью уретры. Во 2 группе операцию проводили под местной инфильтрационной анестезией (1% лидокаин 5мл). После сборки системы доставки объемообразующего агента, – последний вводили парауретрально в объеме 0,4-1,4 мл по периметру уретры, избегая его инъекции в сосудистые зоны уретры. Контроль степени натяжения ленты и количества введенного объемообразующего агента проводили путем проведения пробы Вальсальвы при наполнении мочевого пузыря > 200 мл. Позадилобковую везикопексию по методике Burch выполняли путем подшивания паравагинальной фасции к Куперовым связкам с обеих сторон двумя лигатурами ETHIBOND 2/0. Время операции варьировало от 15 до 120 минут и в среднем составило: в 1 гр. - 49,2□□□мин, во 2 гр. - 22,7□1□мин и в 3 гр. - 96,5□□□мин (p < 0,05 для 2 и 1, 2 и 3, 1 и 3 групп). Кровопотеря при TVT-O в среднем составляла 61,9□□□ мл, при введении Urolastik 4,4□□мл, при использовании методики Burch 112,0□1□□мл (p < 0,05). Средний койко-день составил в 1 гр. 6,3□1□ суток, во 2 гр. - 1,5□□ суток, в 3 гр. -

11,2±1,5 суток. Період відновлення склав 1 і 2 гр. від 1 до 8 суток, в 3 гр. від 5 до 10 суток. Кровотечей, ранених внутрішніх органів, а також нагноєння ран не виявлено. У двох жінок (3,6%) 2 гр. введення об'ємобудуючого агента проводили після невдачних операцій по установці слинга. В п'яти спостереженнях (8,9%) з 56 жінок (по дві пацієнтки в 1 і 3 групах і одна в 2 групі) в післяопераційному періоді виникла гостра затримка сечовипускання (Clavien II), що було купіровано уретральним дренированием на протязі 1 тижня. Рецидив СНМ був у 3 (5,3%) хворих (по одній в кожній групі). Дві жінки отримували селективні МЗ-холінолітики 12 тижнів з позитивним ефектом, одній жінці повторно вводили Urolastik для корекції недержання сечі – також з хорошим ефектом.

Висновки. Первинна ефективність слингових операцій TVT-O склала 91,0 %, введення об'ємобудуючих агентів – 90,9%, позадилобкової везікопексії по методиці Burch – 70,0%. Вибір методу корекції СНМ ґрунтується на ступені недержання і бажанні пацієнтки перенести той чи інший вид операції. Знання етапів операцій, забезпечення лікувального закладу необхідним обладнанням і досвід операційної бригади є обов'язковими умовами по попередженню ускладнень хірургічного лікування СНМ.

МОНОПОЛЯРНА ЕНУКЛЕОРЕЗЕКЦІЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЇ ЖЕЛЕЗИ: ПЕРШИЙ ДОСВІД

Шамраєв С.Н., Ридченко М.А.

ГУ «Інститут урології НАМН України», г. Київ

Ціль. Оцінити неопосередковані результати лікування доброякісної гіперплазії передстаткової залози (ДГПЗ) методом трансуретральної монополярної енуклеорезекції її.

Матеріали і методи. Ретроспективно оцінені результати хірургічного лікування 22 чоловік ДГПЗ, в ГУ «Інститут урології НАМН України», методом монополярної трансуретральної енуклеорезекції в період з січня 2016 по травень 2017 рр. Трансуретральна енуклеорезекція передстаткової залози монополярної петлею є одним з початкових методів лікування в спектрі ендоскопічних технологій, що дозволяють видаляти аденому великих розмірів, однак не отримавши подальшого застосування в клінічній практиці внаслідок тривалої кривої навчання для хірургів. Суть методу зводиться до «холодного» вилаштування гіперплазованої тканини в межах хірургічної капсули передстаткової залози, що дозволяє коагулювати судини на «протязі», тим самим зменшуючи ризик інтраопераційного кровотечі. Операцію виконували використовуючи звичайний петлевої електрод для монополярної резекції товщиною 0,35 мм. Створювали круговий надріз слизової оболонки в області зовнішнього сфінктера уретри, відступивши від нього на 3-5 мм з обох сторін по периметру уретри. З допомогою тубуса резектоскопа, в якості толкателя, відводили гіперплазовану тканину тупо від хірургічної капсули, по напрямку від зовнішнього сфінктера уретри до шийки сечового міхура і проводили резекцію гіперплазованої тканини монополярної петлею. При цьому намагалися розділити весь об'єм тканини на 3 блоки: центральний від 5 до 7 годин умовного циферблату, лівий – від 5 до 12 годин умовного циферблату і проти годинникової стрілки, правий – від 7 до 12 годин умовного циферблату і по годинникової стрілки. Залишали вилащену дистальним кінцем резектоскопа гіперплазовану тканину простати на тканинному мостіку в області шийки сечового міхура (у вигляді «гриба») – в безкровному хірургічному полі, і виконували резекцію тканини як в антеградному, так і в ретроградному напрямку для прискорення процесу резекції тканини. В процесі диссекції також проводили коагуляцію судин хірургічної капсули.

Результати і обговорення. Вік хворих варіювався від 59 до 82 років. Операцію проводили під спинальною анестезією. Час операції варіювався від 45 до 130 хвилин і в середньому склав 60,9±10,5 хвилин. Кровотеча в середньому складала 27,1±12,5 мл. Середній койко-день склав 5,7±1,2 днів. Період уретрального дренирования сечового міхура склав в середньому 5,2±1,5 днів. До хірургічного втручання сума балів міжнародного опитувальника I-PSS склала в середньому 19,5±4,5, індекс якості життя склав 5,6±1,5 балів; середнє значення до операції максимальної об'ємної швидкості сечовипускання склало 12,5±5,5 мл/с; об'єм передстаткової залози визначався за формулою Terris-Stamey (1991) і в середньому дорівнював 45±15 мл; кількість залишкової сечі в середньому склало 150±50 мл, обструктивні симптоми нижніх сечевих шляхів присутні у всіх пацієнтів досліджуваної групи.

Следует отметить, что у троих мужчин (13,6%) операция проводилась по причине рецидивной ДГПЖ (в анамнезе больных была чреспузырная аденомектомия), у одного пациента (4,5%) был диагностирован камень мочевого пузыря и первым этапом проводили контактную цистолитотрипсию. Пятеро пациентов поступили с острой задержкой мочи и дренирование мочевого пузыря в предоперационном периоде проводилось: эпицистостомой - двум пациентам (9,1%), уретральным катетером Фоли - трем (13,6%) мужчинам. Кровотечений, ранений внутренних органов, перфораций мочевого пузыря не выявлено. У одного пациента (4,5%) в послеоперационном периоде возник стеноз шейки мочевого пузыря (Clavien IIIa), что требовало проведения ТУР шейки мочевого пузыря – с хорошим эффектом.

Результаты оперированных больных изучены через 3 месяца. Показатель международного опросника составил в среднем $6,5 \pm 1,8$ балла; индекс качества жизни - $2,4 \pm 0,2$ балла; максимальный поток мочи - $22,8 \pm 4,2$ мл/с, объем остаточной мочи не превышал 30 мл. Явлений недержания мочи не наблюдали ни у одного из пациентов. У всех больных отсутствовала дилатация верхних мочевых путей.

Выводы. Первичная эффективность трансуретральной энуклеорезекции предстательной железы при среднем объеме простаты (от 50 до 80 мл) составила 95,5%. Стеноз шейки мочевого пузыря с обструктивным мочеиспусканием – 4,5%, что сопоставимо с данными мировой литературы.

Считаем необходимым накопление опыта трансуретральной энуклеорезекции предстательной железы, особенно ее выполнение при объеме простаты 100-150 мл, ввиду меньшей травматичности вмешательства, меньшей кровопотери, меньшего времени операции и периода восстановления мочеиспускания.

БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ НОВОЇ МЕТОДИКИ ФОРМУВАННЯ ВУА ПРИ ЕНДОСКОПІЧНІЙ РАДИКАЛЬНІЙ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

Шамраєв С.М., Леоненко А.М.

ДУ “Інститут урології НАМН України”, м. Київ

Вступ. Рак передміхурової залози (РПЗ) – це онкологічне захворювання, яке являється однією із часто діагностованих злоякісних пухлин чоловічого населення. В США РПЗ – це найбільш часто діагностований “non-skin cancer”, що займає друге місце серед причин смерті від онкологічних захворювань у чоловіків, при чому захворюваність на РПЗ коливається в широких межах між представниками різних національностей і етнічних груп.

Згідно даних Європейської асоціації урологів (2017 р.) у Європейському союзі щорічно діагностується близько 417 тис. випадків захворювання і 92,2 тис. випадки смерті від РПЗ. Рак простати займає третє місце в структурі онкологічної захворюваності та смертності чоловічого населення України.

Широке впровадження визначення рівня ПСА плазми крові, розповсюдження магнітно-резонансної томографії із контрастним підсиленням призвели до активного виявлення великої кількості хворих на локалізований РПЗ та зниження медіани віку пацієнтів при установці їм діагнозу. Вище вказане на ряду із “ренесансом” інтересу до РПЕ в її “анатомічному” варіанті призвело до широкого впровадження радикальної простатектомії як способу основного лікування локалізованого РПЗ.

Загалом, протягом останніх десятиліть, окрім безумовно обов’язкового досягнення радикальності операції, чітко намітився тренд до покращення якості життя хворих після виконання РПЕ – це являється однією із актуальних проблем сучасної урології та вирішується шляхом мінімізації післяопераційних ускладнень. На теперішній час розроблено багато варіантів інтраопераційних модифікацій, направлених на попередження виникнення ранніх післяопераційних ускладнень та покращення функції утримання сечі.

Однак методики, яка дозволяє досягти оптимальних функціональних результатів, досі не представлено, що диктує необхідність вдосконалення техніки формування везико-уретрального анастомозу.

Мета дослідження. Удосконалити методику формування везико-уретрального анастомозу (ВУА) при виконанні ендоскопічної радикальної простатектомії (ЕРПЕ) та оцінка її безпосередніх результатів в порівнянні із двома стандартними загальноприйнятими методиками.

Матеріали та методи. В даному дослідженні здійснено оцінку найближчих результатів різноманітних способів формування ВУА у хворих на локалізований рак передміхурової залози

(n=101), які перенесли радикальне хірургічне втручання в одному центрі третинного рівня надання медичної допомоги протягом 2015-2016 рр. Хворі були розподілені на три групи. До I групи увійшли 24 (23,8%) хворих, які перенесли модифіковану ЕРПЕ. До II групи 49 (48,5%) хворих, яким проводилось формування ВУА за способом R. F. Van Velthoven. До III групи 28 (27,7%) у яких формування ВУА відбувалось за способом J.-U. Stolzenburg. Аналізовано 75 параметрів (клінічні, біохімічні, патологічні, результати інструментальних досліджень та ін.) по кожному з пацієнтів. Ускладнення розподілено: за кількістю; за ступенем тяжкості відповідно до шкали P.A. Clavien та ін. (2009); за типом по G. Novara та ін. (2010). Дані оброблені методами параметричної та непараметричної статистики (критерій Шапіро-Уїлка, U-критерій Манна-Уїтні, χ^2 Пірсона, точний критерій Фішера). Статистично значущими вважали дані з вірогідністю різниці при $p < 0,05$.

Результати дослідження.

Досліджувані групи статистично значимо не відрізнялись: по віку хворих, часу дебюту захворювання, кількості проведених післяопераційних ліжкодіб, величині загального ПСА, ємності сечового міхура та об'ємом залишкової сечі за даними передопераційного УЗД, об'ємом передміхурової залози, використанням неоад'ювантної терапії перед проведенням хірургічного лікування та вагою хворих (табл. 1).

Таблиця 1

Характеристика клінічних передопераційних та періопераційних параметрів досліджуваних груп

Показник	Група I (n=24)	Група II (n=49)	p1	Група III (n=28)	p2
Вік хворого Me [Q25%; Q75%], років	66,5 (63; 69)	66 (60; 73)	0,908 ¹	64 (59; 71,5)	0,575 ¹
Вік дебюту захворювання M $\pm$ σ , років	65,2 $\pm$ 6,1	63,3 $\pm$ 6,6	0,340 ²	64 $\pm$ 7,6	0,622 ²
П/о ліжкодоба Me [Q25%; Q75%], діб	13,5 (12; 16)	14 (12; 18,5)	0,765 ¹	12 (10; 16,5)	0,316 ¹
Загальний ПСА Me [Q25%; Q75%], нг/мл	10,6 (7,6; 16)	10,7 (8,1; 15)	0,753 ¹	9 (7,5; 13,8)	0,660 ¹
V простати Me [Q25%; Q75%], см ³	39,3 (22,3; 73,3)	51,4 (39,8; 65,7)	0,310 ¹	47 (35,4; 54,8)	0,575 ¹
V сечового міхура Me [Q25%; Q75%], мл	314 (205; 399,5)	237 (178,8; 355)	0,151 ¹	300 (189,5; 375)	0,530 ¹
V зал. сечі Me [Q25%; Q75%], мл	54 (34,3; 112,5)	57 (40; 100)	0,918 ¹	70 (32,5; 89,5)	0,882 ¹
Неоад'ювантна терапія, абс. число (%)	4 (16,7)	3 (6,1)	0,208 ³	4 (14,3)	1,000 ³
Час п/о дренивання сечового міхура Me [Q25%; Q75%], дні	7 (7; 10)	12 (10; 14,5)	<0,001 ¹	9,5 (7; 15,5)	0,026 ¹
Крововтрата Me [Q25%; Q75%], мл	200 (150; 300)	400 (200; 600)	0,004 ¹	225 (150; 300)	0,848 ¹
Вага Me [Q25%; Q75%], кг	75,5 (72; 89)	86 (76; 95,3)	0,083 ¹	79 (69,5; 83)	0,759 ¹

Примітка: 1 – розрахунок проведено з використанням U-тесту Манна-Уїтні; 2- розрахунок проведено з використанням t-тесту для незалежних виборок; 3 – для визначення статистичної значимості показників користувались точним критерієм Фішера (кількість очікуваних спостережень <5); п/о – післяопераційний; V – об'єм; p1 – статистична значимість відмінності між групою I та II; p2 – статистична значимість відмінності між групами I та III.

Як свідчить табл. 1 медіана часу катетеризації сечового міхура у групі нового способу ВУА становила 7 (7; 10) днів і була на 41,7 % меншою за аналогічний показник у групі однорядного безперервного шва – 12 (10; 14,5) днів ($p < 0,001$) та на 26,3 % меншою ніж у групі однорядного вузлового ВУА – 9,5 (7; 15,5) днів ($p < 0,05$). Досліджуваний спосіб ЕРПЕ ілюструє меншу крововтрату ніж група ЕРПЕ з формуванням ВУА за способом Van Velthoven: 200 (150; 300) vs 400

(200; 600) мл ($p < 0,01$), відповідний об'єм крововтрати у групі хворих прооперованих із використанням способу J.-U. Stolzenburg становив 225 (150; 300) мл ($p > 0,05$).

Не отримано жодної статистично значущої відмінності у показниках периферичної гемограми та креатиніну/сечовини у досліджуваних групах ($p > 0,05$). При аналізі кожної групи пацієнтів враховувались відзначені в медичній документації дані щодо супутньої патології у досліджуваних хворих, що представлено у табл. 2.

Як видно із табл. 2 статистично значущої розбіжності у коморбідності хворих в досліджуваних групах виявлено не було. Важливо відмітити, що у всіх групах превалюють супутні захворювання серцево-судинної системи у формі артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця. На артеріальну гіпертензію страждали 58,3% хворих у групі I, 71,4% у групі II та 57,1% у групі III. Ішемічна хвороба серця була діагностована у 45,8% хворих групи I, 34,7% групи II і 46,4% групи III. Це потребує поглибленого освітлення питання діагностики та симптоматичної терапії розладів серцево-судинної системи у хворих на РПЗ до та після виконання хірургічного лікування.

Таблиця 2

Розподіл супутньої патології у хворих досліджуваних груп

Показник	Група I (n=24)	Група II (n=49)	p1	Група III (n=28)	p2
Артеріальна гіпертензія, n (%)	14 (58,3)	35 (71,4)	0,085	16 (57,1)	0,789
Ішемічна хвороба серця, n (%)	11 (45,8)	17 (34,7)	0,444	13 (46,4)	0,117
Хронічна ниркова недостатність, n (%)	3 (12,5)	1 (2,0)	1,009	5 (17,9)	0,711
Цукровий діабет, n (%)	5 (20,8)	7 (14,3)	0,513	2 (7,1)	0,227
Хронічні захворювання легень, n (%)	3 (12,5)	4 (8,2)	0,677	1 (3,6)	0,324
Ожиріння II-III ст, n (%)	3 (12,5)	3 (6,1)	0,388	1 (3,6)	0,324
Кісти нирок, n (%)	3 (12,5)	5 (10,2)	1,000	6 (21,4)	0,480
Сечокам'яна хвороба, n (%)	4 (16,7)	7 (14,3)	0,743	3 (10,7)	0,690
Виразкова хвороба шлунку та ДПК, n (%)	3 (12,5)	11 (22,4)	0,363	3 (10,7)	1,00000

Примітка: для визначення статистичної значимості показників користувались точним критерієм Фішера (кількість очікуваних спостережень < 5); ДПК – дванадцятипала кишка; p1 – статистична значимість відмінності між групою I та II; p2 – статистична значимість відмінності між групами I та III.

Було виявлено 11 (45,8%) ускладнень у групі I, 40 (81,6%) ускладнень у групі II і 21 (75%) ускладнення у групі III. В усіх групах переважали генітоуринарні ускладнення – 8 (33,3%) спостережень для групи I, 32 (65,3%) для групи II та 16 (57,1%) для групи III (див. табл. 3).

Таблиця 3

Частота зустрічаємості превалюючих груп ускладнень

Група ускладнень	I група (n=24)		II група (n=49)		p1	III група (n=28)		p2
	n	%	n	%		n	%	
генітоуринарні	8	33,3±9,6	32	65,3±6,8	0,013	16	57,1±9,4	0,102
гемотрансфузії	1	4,2±4,1	5	10,2±4,3	0,656	1	3,6±3,5	1,000
інфекційні	2	8,3±5,6	3	6,1±3,4	0,661	2	7,1±4,9	1,000
травма кишківника, сечоводів	0	-	0	-	-	2	7,1±4,9	0,661

Примітка: підрахунок проведено з використанням точного критерія Фішера; p1 – статистична значимість відмінності між групою I та II; p2 – статистична значимість відмінності між групами I та III.

Як видно із табл. 3 кровотечі, які потребували трансфузії компонентів крові (еритроцитарна маса та свіжозаморожена плазма) були задокументовані у: група I – 1 (4,2%), група II – 5 (10,2%), група III – 1 (3,6%). Інфекційні ускладнення: група I – 2 (8,3%), група II – 3 (6,1%) і група III – 2 (7,1%).

Кількість генітоуринарних ускладнень у групі ЕРПЕ з виконанням запропонованого способу формування ВУА була статистично значимо меншою за таку у групі безперервного шва ВУА ($p=0,013$) переважно за рахунок рідшого виникнення негерметичності ВУА ($p=0,047$) та зменшення частоти післяопераційного нетримання сечі ($p=0,041$). Незважаючи на більшу кількість генітоуринарних ускладнень у III групі статистично групи однорядного та двохрядного швів ВУА не відрізнялась ($p=0,102$), див. табл. 4.

Таблиця 4

Частота генітоуринарних ускладнень

Тип ускладнення:	Група I (n=24)		Група II (n=49)		p1	Група III (n=28)		p2
	n	%	n	%		n	%	
негерметичність ВУА	0	-	8	16,3	0,047	3	10,7	0,240
стеноз ВУА	1	4,2	1	2,0	0,553	0	-	0,462
рекатетеризація сечового міхура	0	-	3	6,1	0,546	2	7,1	0,493
сечова нориця ¹	0	-	1	2,0	-	0	-	-
лімфорея (клінічно значима) ²	5	20,8	4	8,2	0,144	4	14,3	0,475
пункція лімфоцеле	1	4,2	1	2,0	0,553	0	-	0,462
нетримання сечі	2	8,3	15	30,6	0,041	7	25,0	0,152

Примітка: 1- маються на увазі типи сечових нориць, утворення яких пов'язане із порушенням цілісності везико-уретрального анастомозу; 2- виділення лімфи більше 100 мл на добу; ВУА – везико-уретральний анастомоз; для визначення статистичної значимості показників користувались точним критерієм Фішера; p1 – статистична значимість відмінності між групою I та II; p2 – статистична значимість відмінності між групами I та III.

В усіх групах хворих превалюють “малі” ускладнення по Р. А. Clavien так для групи I цей показник складав 37,5%, для групи II 75,5% та 64,3% для групи III, аналогічно у всіх групах переважали хворі з сумою балів Глісон 6 та клінічною стадією за TNM pT2c.

Висновки. Отримані в результаті цього дослідження дані щодо зменшення кількості післяопераційних ускладнень при виконанні нового способу формування ВУА при ЕРПЕ свідчать про перспективність подальшого вивчення даної проблеми в аспекті мінімізації ускладнень ЕРПЕ та покращення якості життя хворих на РПЗ за рахунок зниження частоти післяопераційного нетримання сечі. Так, протягом 3-х міс. з моменту проведення ЕРПЕ найменша кількість хворих, що відмічали нетримання сечі була у групі запропонованого способу формування ВУА: $8,3 \pm 5,6\%$ хворих vs $30,6 \pm 6,6\%$ у групі безперервного шва ВУА, ($p=0,041$), та vs $25,0 \pm 8,3\%$ у групі однорядного вузлового шва ВУА, ($p=0,152$).

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ БОАРИ

Щукин Д.В., Гарагатый И.А., Мозжаков П.В., Демченко В.Н., Гарагатый А.И., Лийченко В.А.

Харьковский государственный медицинский университет, г. Харьков

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

Гинекологическая хирургия является наиболее частой причиной повреждений мочеочочника. Литературные данные указывают на то, что примерно в 75% случаев травма мочеочочника связана именно с этим видом операций. В частности, при гистерэктомии повреждения мочевых путей встречаются в 4,8% наблюдений, из них уретеральные повреждения имеют место в 2,2% случаев. При хирургической коррекции пролапса этот показатель увеличивается до 7,3%. Среди других причин уретеральных повреждений необходимо выделить хирургические вмешательства на прямой и сигмовидной кишке, уретероскопию, а также васкулярные реконструкции аорты и подвздошных сосудов.

Хирургическая коррекция патологии средней и нижней трети мочеочочника в большинстве случаев представляет собой сложную техническую задачу, особенно в ситуации протяженных

ятрогенных дефектов данного органа. При этом хирург располагает ограниченным арсеналом вариантов выхода из этой ситуации, которые включают простую уретероцистонеостомию, psoas hitch, трансуретеро-уретероанастомоз, операцию Боари, кишечную пластику мочеточника или аутотрансплантацию почки. Каждый из упомянутых методов имеет отчетливые недостатки. В частности, необходимо учитывать высокий риск повреждения контралатерального мочеточника при уретеро-уретеростомии, интестинальных осложнений при илеальной пластике мочеточника и потерю почки при аутотрансплантации из-за проблем васкулярных анастомозов или длительной ишемии.

Операция Боари была впервые выполнена более 100 лет назад, однако к настоящему времени в литературе имеются лишь единичные отчеты об использовании этой хирургической техники, которые включают небольшие серии пациентов. В последние годы операцию Боари начали использовать для коррекции протяженных дефектов мочеточника, включая его реконструкцию до средней и верхней трети. Тем не менее, объективные результаты такого подхода еще не ясны.

Мы провели ретроспективную оценку результатов операций по методике Боари, выполненных в одном специализированном центре.

В исследование вошли 70 пациентов (52 женщины и 18 мужчин), которые были оперированы в клинике с 2011 по 2017 годы. Доля ятрогенной патологии составляла 81,4%. Правосторонние изменения имели место в 31 (44,3%) случае, левосторонние - в 33 (47,1%), двусторонние - в 6 (8,6%) наблюдениях. Лучевая терапия предварительно выполнялась 8 (11,4%) больным.

У 32 (45,7%) из 70 пациентов операции проводили на фоне установленной пункционной нефростомы. Двустороннюю операцию Боари выполнили в один этап у двух (2,9%) больных. Еще у 4 (5,7%) пациентов данное хирургическое вмешательство осуществлялось в два этапа. Через брюшную полость операция выполнена у 4 (5,7%) больных, две (2,9%) пациентки были оперированы на фоне разлитого мочевого перитонита. В двух (2,9%) наблюдениях реконструкция осуществлялась на фоне обширных мочевых затеков в подвздошной области. Еще у 3 (4,3%) пациенток ятрогенная стриктура мочеточника или мочеточниково-влагалищный свищ сочетались с пузырно-влагалищным свищем, что потребовало совместного выполнения операции Боари с ушиванием пузырно-влагалищного свища по O'Connor.

Повторные операции Боари использовались у трех (4,3%) больных. У одной пациентки была выполнена двухэтапная реконструкция всего мочеточника с помощью пластики его верхней трети тубулярным лоскутом лоханки и реконструкции нижней и средней трети мочеточника пузырным лоскутом по Боари. В двух наблюдениях операции проводились у больных с единственной почкой.

Емкость мочевого пузыря перед операцией исследовалась у всех пациентов и составляла в среднем 250 ± 38 мл. Диагноз нейрогенного мочевого пузыря имел место у 4 (5,7%) больных. Объем остаточной мочи у них не превышал 150 мл.

Техника операции Боари включала введение в пузырь 250-300 мл физиологического раствора, мобилизацию верхушки и боковых поверхностей мочевого пузыря. Объем мобилизации пузыря зависел от протяженности лоскута. При необходимости выкраивания лоскута длиной более 5 см выделяли контралатеральную и заднюю часть мочевого пузыря. Ширина дистальной части лоскута составляла не менее 2,0 см, ширина основания лоскута - не менее 4,0 см. Фиксацию лоскута к сухожилию большой поясничной мышцы (psoas hitch) выполняли только в 2 (2,9%) наблюдениях. В большинстве случаев (67 больных - 95,7%) в дистальной части лоскута создавали подслизистый тоннель длиной не менее 10 мм.

Мочеточник со стентом проводили через тоннель и фиксировали к слизистой мочевого пузыря. После этого лоскут тубуляризировали и двумя узловыми швами фиксировали к мочеточнику. В 3 (4,3%) наблюдениях использовался простой анастомоз между лоскутом и мочеточником без формирования подслизистого тоннеля. Мобилизация почки выполнялась у 26 (37,1%) больных. Уретральный катетер удаляли через 2 недели, а уретеральный стент через 2 месяца с момента операции. Средний период наблюдения за пациентами составил $24,6 \pm 3,4$ месяца.

В соответствии с протяженностью пузырного лоскута все пациенты были распределены на три группы:

1 группа (короткий лоскут) - реконструкция нижней трети мочеточника до уровня его перекреста с подвздошными сосудами (31 пациента);

2 группа (длинный лоскут) - реконструкция нижней и средней трети мочеточника до уровня на 3 см выше его перекреста с подвздошными сосудами (33 пациента);

3 группа (очень длинный лоскут) - реконструкция нижней и средней трети мочеточника до уровня его верхней трети (6 пациентов).

Результаты оценивали через 3, 6 и 12 месяцев после операции на основании анализа жалоб пациентов, клинической картины, данных ультрасонографии, МСКТ или экскреторной урографии.

Функциональные результаты разделяли на три вида: хорошие (отсутствие жалоб и обструктивных изменений при визуальных методах исследования, почечная функция хорошая), удовлетворительные (отсутствие жалоб, хорошая почечная функция, умеренные обструктивные изменения) и плохие (обструктивные изменения, ухудшение почечной функции, частые обострения пиелонефрита, жалобы на боли в области почки, выраженная дизурическая симптоматика).

Распределение больных в отношении предварительно перенесенной лучевой терапии не продемонстрировало статистических различий. Длина пузырного локуста варьировала от 3 до 21 см и составляла в среднем $9,8 \pm 1,4$ см.

Общая частота интраоперационных осложнений не превышала 12,9%. В большинстве случаев они были связаны с тяжелыми рубцовыми и воспалительными изменениями в забрюшинном пространстве после лучевой терапии или предшествующих неоднократных операций и носили тяжелый характер.

Одно из таких осложнений, повреждение общей подвздошной артерии, было зафиксировано у пациента, перенесшего до этого две уретероцистостомии. Данная травма сопровождалась массивным кровотечением (около 1500 мл) и потребовала протезирования подвздошной артерии. Число интраоперационных осложнений было достоверно выше в третьей группе, тогда как статистических различий между 1 и 2 группами отмечено не было.

Хотя суммарный уровень ранних послеоперационных осложнений был достаточно высоким (75,8%), они не являлись тяжелыми, разрешались консервативно и требовали хирургической коррекции только в одном случае (1,4%). Наиболее частой проблемой было обострение пиелонефрита, которое с одинаковой частотой наблюдалось во всех трех группах. Среди специфических осложнений необходимо выделить выраженную дизурию, которая значительно чаще наблюдалась у пациентов из 3 группы с очень длинными пузырными локустами. Подтекание мочи из раны имело место у 8 из 70 (11,4%) пациентов и купировалось самостоятельно в среднем через 10 суток.

Общее число позитивных отдаленных результатов (хороший + удовлетворительный результат) составило 91,5%. Распределение позитивных и негативных результатов статистически не различалось среди пациентов всех трех групп и достоверно зависело от предварительной лучевой терапии и наличия в анамнезе ранее проведенных операций по поводу обструкции мочеточника. К нефрэктомии пришлось прибегнуть только в 2 (2,3%) случаях. Повторные операции Боари были успешными у 2 из 3 (66,7%) пациентов.

Стойкое уменьшение емкости мочевого пузыря отмечено лишь у 2 из 70 (2,3%) больных, но с нашей точки зрения оно было связано не с выполнением локустной пластики, а с лучевой терапией в одном случае и длительными воспалительными изменениями в мочевом пузыре в другом наблюдении.

Среди 7 пациентов с врожденной патологией (ахалазия мочеточника со стриктурой нижней трети, мегауретер) нейрогенный гипомоторный мочевой пузырь имел место у 4 (57,1%). Позитивный отдаленный результат в данной группе больных был достигнут в 5 (71,4%) наблюдениях. В двух из этих случаев после операции имело место значительное нарастание количества остаточной мочи, что потребовало длительного дренирования мочевого пузыря (у одного пациента за счет пункционной цистостомы). Через три месяца пациенты начали мочиться самостоятельно.

Основываясь на имеющемся опыте использования операции Боари, мы считаем ее наиболее приоритетной техникой реконструкции нижней и средней трети мочеточника, особенно в ситуации ятрогенной травмы. В настоящее время мы полностью отказались от снятия лигатур с мочеточника и выделения его из инфильтратов и рубцовых конгломератов. С нашей точки зрения не нужно стремиться сохранить максимальную длину мочеточника в ущерб кровоснабжению его дистальной части.

Необходимо полностью заместить поврежденный или имеющий сомнительное кровоснабжение участок данного органа. Этим требованиям полностью удовлетворяет уретеральная реконструкция с помощью тубулярного локуста мочевого пузыря.

В нашей работе представлены результаты операции Боари при использовании протяженных локустов мочевого пузыря для замещения мочеточника до уровня его средней и даже верхней трети. В литературе имеются лишь единичные работы и клинические сообщения о применении такого хирургического подхода. Хотя третья группа (замещение мочеточника до его верхней трети) в

данном исследовании не являлась репрезентативной, мы выделили ее отдельно, чтобы продемонстрировать возможности операции Боари при "экстримально протяженном" замещении мочеточника. Оценка уровня интраоперационных осложнений показала, что они в основном были представлены геморрагическими проблемами и достоверно чаще встречались у пациентов третьей группы. Это объясняется необходимостью мобилизации почки и всего мочеточника из массивных рубцовых конгломератов, что сопровождается высокой вероятностью сосудистой травмы.

Ранние послеоперационные осложнения были одинаково выражены у пациентов всех трех групп за исключением дизурического синдрома, который чаще выявлялся у пациентов с реконструкцией мочеточника до его верхней трети. Мы связываем это со значительным уменьшением объема мочевого пузыря при создании лоскута максимальной длины. Однако, в большинстве случаев дизурические явления исчезали в течение недели после операции, а объем мочевого пузыря восстанавливался в течение двух месяцев. Стойкое уменьшение объема мочевого пузыря через один год имело место только у 2 из 70 (2,9%) больных.

Оценивая отдаленные результаты при среднем периоде наблюдения $24,6 \pm 3,4$ месяца, необходимо отметить, что общее число позитивных результатов (хороший + удовлетворительный результат) было очень высоким и составило 91,5%. Распределение позитивных и негативных результатов статистически не различалось среди пациентов всех трех групп и достоверно зависело от предварительной лучевой терапии и наличия в анамнезе ранее проведенных операций по поводу обструкции мочеточника. К нефрэктомии пришлось прибегнуть только в 2 (2,3%) случаях.

В своей работе в большинстве случаев мы использовали технику операции Боари с созданием подслизистого тоннеля в качестве антирефлюксной защиты. Хотя, некоторые авторы рекомендуют наложение простого анастомоза по типу "конец в конец" между лоскутом и мочеточником во всех случаях, мы оправдываем применение такой техники только при наличии натяжения в зоне анастомоза. Среди наших пациентов, вошедших в исследование, признаков пиелонефрита, связанного с пузырно-мочеточниковым рефлюксом не было выявлено ни в одном из наблюдений.

Наиболее ответственным моментом при планировании операции Боари является оценка состояния мочевого пузыря. При объеме мочевого пузыря менее 200 мл использование данного хирургического подхода может быть сложно выполнимо или привести к значительному снижению его емкости. Не меньшее значение при выборе этой хирургической техники имеет и состояние детрузора. В частности, ухудшение эластичности и кровоснабжения стенки мочевого пузыря вследствие лучевой терапии, хронической обструкции или нейрогенных расстройств может серьезно затруднить выполнение операции и крайне негативно сказаться на ее результатах.

Операция Боари позволяет восстановить проходимость нижней и средней трети мочеточника у большинства пациентов с отличными функциональными результатами. Главными преимуществами данного хирургического вмешательства являются хорошее кровоснабжение тубуляризованного пузырного лоскута и возможность формирования протяженных лоскутов (более 15 см).

ЗАМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ТУБУЛЯРНЫМ ЛОСКУТОМ ЛОХАНКИ: ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Щукин Д.В., Гарагатый И.А., Мозжаков П.В., Демченко В.Н., Гарагатый А.И., Лийченко В.А.

Харьковский государственный медицинский университет, г. Харьков

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

Введение. Хирургическая коррекция протяженных дефектов верхней трети мочеточника в большинстве случаев представляет собой сложную техническую задачу. При этом хирург зачастую оказывается перед необходимостью выполнения нефрэктомии или таких сложных и рискованных методик, как кишечная пластика мочеточника, аутотрансплантация почки или уретерокаликаноанастомоз. Восстановление верхней трети мочеточника тубулярным лоскутом лоханки (тубулопластика) является одним из выходов из этой проблемной ситуации.

Хотя антевазальный пиелоуретероанастомоз является стандартной хирургической техникой коррекции гидронефроза при добавочных сосудах, идущих к нижнему полюсу почки, он имеет существенный недостаток - новый анастомоз располагается на уровне того же сосуда, но с другой стороны. Именно это обстоятельство можно считать основной причиной рецидивов при выполнении данных операций. Перемещение зоны анастомоза ниже перекреста с нижнеполярными артериями или венами за счет использования тубулярной пластики лоханки фактически исключает патологическое влияние на него этих сосудов. Поэтому с нашей точки зрения тубулопластика

лоханки должна рассматриваться в качестве стандартной методики хирургического лечения гидронефроза, обусловленного уретеро-вазальным конфликтом.

Мы провели ретроспективную оценку результатов использования тубулярной пластики лоханки у пациентов с патологией лоханочно-мочеточникового сегмента или верхней трети мочеточника

Материал и методы. В исследование вошли 26 пациентов (14 женщин и 12 мужчин), которые были оперированы в клинике с 2009 по 2017 годы. Все пациенты были разделены на две группы: 1- протяженные стриктуры верхней трети мочеточника (n=9) и 2 - патология лоханочно-мочеточникового сегмента, связанная с уретеро-вазальным конфликтом (n=17).

В первой группе все стриктуры имели ятрогенное происхождение (одна предшествующая операция - 5 (55,6%), две - 3 (33,3%), три - 1 (11,1%)). В 7 (77,8%) случаях формирование стриктур было связано с операциями по поводу гидронефроза, в 2 (22,2%) с хирургическим лечением мочекаменной болезни. Протяженность стриктур варьировала от 3,0 см до 9,0 см и составляла в среднем 4,2 см.

Во второй группе 5 (29,4%) пациентам ранее проводились хирургические вмешательства по поводу гидронефроза, тогда как 12 (70,6%) больным каких-либо вмешательств предварительно не выполнялось.

У всех пациентов обеих групп имелась лоханка внепочечного типа. Техника операции включала мобилизацию почки, отсечение мочеточника от лоханочно-мочеточникового сегмента и герметичное ушивание последнего обвивными викриловыми швами. После этого из лоханки выкраивали трапецевидный лоскут максимально возможной длины, отворачивали книзу и выполняли его тубуляризацию. Далее осуществляли наложение пиелоуретерального анастомоза на мочеточниковом стенке. Уретеральный стент удаляли через 2 месяца с момента операции. Средний период наблюдения за пациентами составил $22,8 \pm 4,2$ месяца.

Результаты оценивали через 3, 6 и 12 месяцев после операции на основании анализа жалоб пациентов, клинической картины, данных ультрасонографии, МСКТ или экскреторной урографии.

Функциональные результаты разделяли на три вида: хорошие (отсутствие жалоб и обструктивных изменений при визуальных методах исследования, почечная функция хорошая), удовлетворительные (отсутствие жалоб, хорошая почечная функция, умеренные обструктивные изменения) и плохие (обструктивные изменения, ухудшение почечной функции, частые обострения пиелонефрита, жалобы на боли в области почки).

Результаты. Длина пузырного лоскута варьировала от 2,5 до 7,0 см и составляла в среднем $3,6 \pm 0,4$ см.

Общая частота интраоперационных осложнений не превышала 7,7% (2 пациента из 26). В большинстве случаев они были связаны с тяжелыми рубцовыми и воспалительными изменениями в забрюшинном пространстве после предшествующих неоднократных операций и заключались в повреждении почечных сосудов при мобилизации лоханки. Данное осложнение отмечалось только у пациентов первой группы. В обоих случаях дефекты сосудов были успешно ушиты проленовыми швами.

Суммарный уровень ранних послеоперационных осложнений был небольшой (23,1%). К тому же, они не являлись тяжелыми, разрешались консервативно и не требовали хирургической коррекции. Частота послеоперационных осложнений достоверно не отличалась в обеих группах ($p > 0,05$). Наиболее частой проблемой было обострение пиелонефрита. Подтекание мочи из раны имело место у 3 из 26 (11,5%) пациентов и купировалось самостоятельно в среднем через 14 суток.

Общее число позитивных отдаленных результатов (хороший + удовлетворительный результат) составило 96,2%. Один плохой результат был зафиксирован у пациента первой группы с протяженностью стриктуры 9,0 см.

Заключение. Хирургическая коррекция верхней трети мочеточника тубулярным лоскутом лоханки является высокоэффективным и безопасным методом реконструкции верхних мочевых путей. Мы рекомендуем его использование не только у пациентов с протяженными стриктурами верхней трети мочеточника, но и у больных с гидронефрозом, связанным с уретеровазальным конфликтом.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЧЕЧНЫХ АНГИОМИОЛИПОМ

Щукин Д.В., Гарагатый И.А., Антонян И.М., Поляков Н.Н., Мегера В.В., Хареба Г.Г., Демченко В.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

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

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Введение. Ангиомиолипома представляет собой наиболее частую доброкачественную мезенхимальную опухоль почки, которая в различных пропорциях состоит из жировой ткани, патологически измененных сосудов и гладких мышц. Данные новообразования имеют отчетливую склонность к самопроизвольным кровоизлияниям и разрывам, что определяет специфическую клиническую картину и диктует необходимость использования активной хирургической тактики. Мы ретроспективно проанализировали опыт хирургического лечения почечной ангиомиолипомы за последние девять лет.

Материал и методы. С 2008 по 2017 годы в Харьковском областном центре урологии и нефрологии имени профессора В.И. Шаповала хирургическое лечение АМЛ почки проведено 38 пациентам. Анализ операционных характеристик включал вид и продолжительность вмешательства, а также количество и характер интра- и послеоперационных осложнений.

Результаты Возраст пациентов варьировал от 22 до 76 лет и достигал в среднем $49,2 \pm 7,4$ лет. Соотношение женщин и мужчин составляло 4:1. Симптомокомплекс туберозного склероза имел место у 8 (21,1%) пациентов. Множественные двусторонние АМЛ без признаков туберозного склероза были выявлены у трех больных (7,9%). Еще в 4 (10,5%) наблюдениях отмечались множественные ангиомиолипумы в одной из почек. 14 (36,8%) из 38 страдавших поступили в клинику в ургентном порядке с признаками разрыва опухоли. В остальных наблюдениях опухоли не проявлялись симптомами и были выявлены случайно. Дооперационный диагноз жиросодержащей опухоли почки был установлен в 35 (92,1%) случаях. Средний размер АМЛ составлял $5,6 \pm 1,6$ см (от 0,5 до 23 см). У одного пациента опухоль проникала в нижнюю полую вену до ее интраперикардального отдела. Радикальная нефрэктомия выполнена только у трех (7,6%) из 38 пациентов, энуклеорезекция опухоли - у 27 (71,1%) пациентов, в 8 (21,1%) наблюдениях преимущественной техникой была энуклеация новообразования. Тепловая ишемия использовалась в 28 (73,7%) наблюдениях. В среднем ее время не превышало $11,4 \pm 3,4$ минут (от 5 до 20 минут). Объем интраоперационной кровопотери варьировал от 150 до 1500 мл (в среднем $540 \pm 75,8$ мл). Одна пациентка с туберозным склерозом была оперирована с обеих сторон по поводу самопроизвольных разрывов опухолей с интервалом 24 месяца. Еще у одной больной с туберозным склерозом была выполнена нефрэктомия единственной почки в связи с ее самопроизвольным разрывом. В дальнейшем ей была проведена трансплантация почки. У пациента с внутривенным распространением АМЛ венакавотомбэктомия сочеталась с энуклеорезекцией опухоли.

Среди послеоперационных осложнений отмечено формирование артерио-венозной фистулы с псевдоаневризмой почечной артерии у пациента с полностью внутривенной ангиомиолипомой. Данное осложнение привело к необходимости нефрэктомии из-за профузного кровотечения на 8 сутки после энуклеорезекции опухоли. Еще у одного пациента отмечено сморщивание оперированной почки через два месяца после органосохраняющей хирургии.

В группе унифокальных спорадических ангиомиолипом рецидива опухоли не было выявлено ни в одном из случаев при среднем периоде наблюдения 36,6 месяцев. В группе туберозного склероза и спорадических мультифокальных опухолей отмечено увеличение оставшихся новообразований в среднем на $20 \pm 4,6$ мм.

Патоморфологическое исследование выявило классические признаки ангиомиолипомы почки в 29 (76,3%) из 38 наблюдений, в 7 (18,4%) случаях были обнаружены атипичные ангиомиолипумы (2 - с минимальным содержанием жира, 5 - с множественными атипичными митозами). У 2 (5,3%) пациентов зафиксированы эпителиоидные ангиомиолипумы. Признаков отдаленного или регионального метастазирования не было обнаружено ни в одном из наблюдений.

Заключение. Результаты данного исследования продемонстрировали высокую эффективность органосохраняющей хирургии почечных ангиомиолипом. В группе туберозного склероза и спорадических мультифокальных опухолей преимущественной хирургической техникой должна являться энуклеация опухоли.

УРОЛОГИЯ И ОНКОХИРУРГИЯ: ЕСТЬ ЛИ ГРАНЬ МЕЖДУ ПАТОЛОГИЯМИ?

Яковлев П.Г.¹, Кропельницкий В.А.²

¹ Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца, г. Киев

² Александровская клиническая больница, г. Киев

Прогрессия онкологического заболевания сопровождается вовлечением в опухолевый процесс лимфатическую систему, что подразумевает проведение системного медикаментозного лечения. Развитие воспалительного процесса имеет в своей основе также реакцию лимфоидной ткани, но которая уже имеет неопухолевую природу и подлежит лечению иными этиотропными и патогенетическими средствами. Вероятность наличия в одном пациенте конкурирующих равнозначимых по тяжести заболеваний предъявляет к лечащему доктору требования критического осмысления симптомов и данных обследований, дабы выстроить верную лечебную тактику в каждом конкретном случае.

Цель работы: Представить клинический случай сочетания нескольких равнозначимых по тяжести патологий в одном пациенте, и пути решения этой комплексной ситуации.

Материалы и методы. На лечение в отделение урологии Александровской клинической больницы г.Киева поступила пациентка С., 77 лет, с симптомами воспалительной интоксикации: постоянное повышение температуры, слабость, боли в правом боку. Данные симптомы отмечает в течение нескольких месяцев. При физикальном обследовании обращает на себя внимание напряжение мышц правой половины брюшной полости, болезненность при пальпации этого отдела. Последний год пациентка принимает таблетированные химиотерапевтические препараты в связи с выявленными на КТ увеличенными забрюшинными лимфатическими узлами, что было расценено как прогрессия рака ободочной кишки. Девять лет назад пациентка с диагнозом рак восходящей ободочной кишки pT2N0M0 была оперирована в объеме правосторонней гемиколэктомии. Проходила регулярные диспансерные онкологические осмотры. После очередного КТ исследования (Рис.1) были выявлены увеличенные лимфатические узлы забрюшинного пространства, на основании чего был установлен диагноз прогрессии опухолевого заболевания и начата химиотерапия препаратом кселода без морфологического подтверждения диагноза. По данным КТ обследований в динамике также известно что больная длительно страдает мочекаменной болезнью, в полостной системе правой почки существует коралловидный камень максимальным размером до 4см (Рис.2). На момент обращения в клинику по данным последнего КТ-исследования имело место развитие паранефрита справа максимальным размером до 10см с глубоким вовлечением в воспалительный процесс мышц боковой брюшной стенки на фоне терминальной гидронефротической трансформации почки вследствие коралловидного нефролитиаза, лимфаденопатия забрюшинного пространства справа (Рис.3).

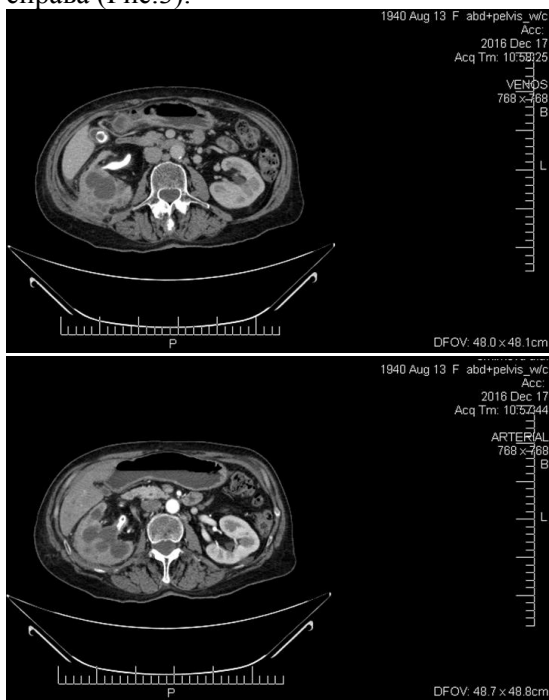


Рис.1. КТ ОБП с контрастом за 17-12-2016.
Терминальный гидронефроз справа.
Паранефрит справа 5см. Лимфаденопатия
интер-аорто-кавального пространства.

Рис.2. КТ ОБП с контрастом за 17-12-2016.
Камень лоханки правой почки, терминальный
гидронефроз справа.



Рис.3. КТ ОБП с контрастом за 15-04-2017.
Паранефрит справа 10 см с глубоким
вовлечением мышц брюшной боковой стенки.
Лимфаденопатия интер-аорто-кавального
пространства.

Результаты и обсуждение. Лечебная тактика в данном случае включала: чрескожное дренирование полостных систем правой почки, и санация, дренирование паранефрита справа. Данный этап принес значительные улучшения в состоянии пациентки, а также исчезновение признаков лимфаденопатии. Симптомы интоксикации значительно уменьшились, улучшились показатели крови. Через два месяца пациентка была прооперирована в объеме нефрэктомии, удаления пиогенной капсулы паранефрального абсцесса, забрюшинной лимфаденэктомии. По данным патогистологического исследования лимфатические узлы забрюшинного пространства без опухолевого роста. В удовлетворительном состоянии пациентка выписана из стационара на 10 суток. Окончательный диагноз: Рак ободочной кишки рT2N0M0 стадия II клиническая группа 3, состояние после радикального хирургического лечения (2007), состояние после адъювантной химиотерапии (2016-2017); мочекаменная болезнь: коралловидный камень правой почки, хронический обструктивный пиелонефрит справа, пионефроз, хронический паранефрит справа; желчекаменная болезнь.

Данный клинический случай демонстрирует возможность сочетания разных клинически значимых патологий в одном пациенте. Проведение длительной адъювантной химиотерапии у больной с подозрением на поздние лимфогенные (неверифицированные) метастазы колоректального рака после радикального хирургического лечения сформировало условия для вялого, но упорного прогрессирования хронического обструктивного калькулезного пиелонефрита с исходом в паранефрит. Реакция лимфоидной системы в данном случае имела воспалительную, а не опухолевую природу. Локализация лимфаденопатии в забрюшинном пространстве, а именно, а в интераортокавальном пространстве, что характерно для зоны первичного лимфооттока от правой почки, могло быть дополнительным аргументом в пользу рассмотрения правой почки, а не ранее оперированной онкопатологии ободочной кишки, как источника лимфаденопатии. Выявление истинной первопричины страдания данной пациентки позволило провести радикальное лечение данной комбинированной (онкологической и воспалительной) патологии.

Выводы.

1. Пациенты могут быть носителями разных клинически равнозначимых патологий.
2. При сочетании патологий (опухолевых и неопухолевых воспалительных) требуется взвешенный критический клинический подход для определения рациональной тактики лечения.
3. Проведение системной противоопухолевой терапии требует наличия морфологической верификации во избежание гипердиагностики и излишнего лечения.
4. Зоны регионарного лимфооттока, а соответственно, регионарная лимфаденопатия, могут быть индикатором локализации первичного патологического очага, в данном случае, почки или толстого кишечника.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ НЕФРОЛОГІЇ, ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ТА ДІАЛІЗУ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ КОСТНО-МИНЕРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ПЕРИТОНИАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ

Андоньева Н. М., Валковская Т. Л., Гуц Е. А., Дубовик М. Я.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

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

Нарушения фосфорно-кальциевого обмена являются наиболее частыми осложнениями у больных с хронической болезнью почек (ХБП) на перитонеальном диализе (ПД), что ухудшает качество жизни и приводит к различным осложнениям.

Цель. Оценить эффективность применения альфакальцидола у пациентов с костно-минеральными нарушениями на ПД.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных (мужчин 10, женщин 20) в возрасте от 37 до 60 лет (49.0 ± 3.5). Проводились общеклинические исследования: уровень мочевины, креатинина, общего белка, альбумина, показатели Kt/V , а также оценивалось содержание кальция, фосфора, паратиреоидного гормона (ПТГ) в плазме крови. В результате у всех пациентов отмечалось достоверное повышение уровня фосфора, кальция, ПТГ, на основании чего они были распределены на 3 группы, в зависимости от степени нарушения фосфорно-кальциевого обмена и ПТГ. 1 группа ($n=9$) имели тяжелую степень гиперпаратиреоза ($ПТГ > 600$ пг/мл), $Ca \times P = 7.15$ ммоль/л; 2 группа ($n=14$) умеренная степень гиперпаратиреоза ($ПТГ > 300-600$ пг/мл), $Ca \times P = 5.96$ ммоль/л; 3 группа ($n=7$) легкая степень гиперпаратиреоза ($ПТГ < 300$ пг/мл), $Ca \times P = 4.3$ ммоль/л. На протяжении 12 месяцев больные получали альфакальцидол в дозе от 0,25 мкг до 1 мкг в сутки.

Результаты. Исходно во всех 3 исследуемых группах отмечались высокие показатели фосфора, кальция, ПТГ, которые через 12 месяцев применения альфакальцидола в различной дозировке достоверно снизились за исключением одного пациента.

Выводы. Альфакальцидол может применяться в коррекции костно-минеральных нарушений у пациентов с хронической болезнью почек на ПД.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА И КАЛЬЦИФИКАЦИИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ НА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ

Андоньева Н. М., Валковская Т. Л., Гуц Е. А., Дубовик М. Я., Олянич С. А.

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

Введение. Постоянное совершенствование нефропротективной стратегии и методов диализной терапии позволило существенно улучшить прогноз при хронической болезни почек (ХБП). Однако прогрессирование осложнений ХБП - артериальной гипертензии и связанных с ней сердечно-сосудистых заболеваний, анемии, минерально-костных нарушений - продолжает существенно влиять на медико-социальную реабилитацию и выживаемость больных.

Минерально-костная болезнь, сопутствующая ХБП, - это многофакторное и прогрессирующее заболевание наиболее ярким и тяжелым вариантом течения которого является вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ).

Согласно рекомендациям KDIGO распространенность вторичного гиперпаратиреоза среди пациентов с ХБП 3-5 стадией составляет 32%, среди пациентов, получающих лечение программным гемодиализом (ГД)-34%, среди пациентов, получающих лечение перитонеальным диализом (ПД)-18%.

Классические представления рассматривают ВГПТ как ответ на дефицит образующегося в проксимальных канальцах нефрона активной формы витамина Д (кальцитриола), который, с одной стороны, ограничивает активацию специфических рецепторов (витамин Д - чувствительных), расположенных на мембранах главных клеток (паратироцитов) околощитовидных желёз, а с другой, - индуцирует гипокальциемию за счёт снижения всасывания Са в кишечнике. Недостаточная активация витамин-Д чувствительных рецепторов и гипокальциемия стимулируют секрецию ПТГ. Снижение функции почек приводит к положительному балансу в обмене фосфора, но повышение синтеза ПТГ какое-то время обеспечивает нормальный уровень фосфора в крови. Прогрессирование ХБП сопровождается гиперфосфатемией, которая стимулирует секрецию ПТГ как напрямую, так и опосредованно - через реципрокно развивающуюся гипокальциемию.

Существует ещё один патогенетический механизм вторичного гиперпаратиреоза — нечувствительность костей скелета к кальциемическому действию ПТГ, которая может быть следствием всё той же гиперфосфатемии, а также дефицита кальцитриола и накопления свойственных ХБП токсических метаболитов.

Эти представления легли в основу подходов лечения нарушений фосфорно-кальциевого обмена у больных с вторичным гиперпаратиреозом при почечной недостаточности. Однако назначение адекватной терапии далеко не всегда сопровождается нормализацией показателей минерального обмена и клиническим улучшением и приводит к развитию остеодистрофий, остеопороза, кальцификации мягких тканей, стенок сосудов, сердечных клапанов миокарда.

Кардиоваскулярные нарушения, по результатам многочисленных исследований, являются основной причиной смерти больных с хронической почечной недостаточностью. Кальцификация клапанов сердца занимает значительное место в заболеваемости и смертности диализных пациентов и является важнейшей клинической проблемой.

Целью данного исследования было изучение взаимосвязи повышенного уровня ПТГ с сердечно-сосудистыми изменениями (кальцификация клапанов сердца), а также определение возможных факторов риска кальцификации при вторичном гиперпаратиреозе в группе больных, получающих заместительную почечную терапию методом постоянного амбулаторного перитонеального диализа (ПАПД) и гемодиализа (ГД).

Материалы и методы. Исследование проводилось в отделении нефрологии и перитонеального диализа и отделении гемодиализа Областного клинического центра урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала. Проведено обследование 96 пациентов с ХБП 5 Д стадии. Из исследования были исключены пациенты, перенесшие острый инфаркт миокарда (ОИМ), инфекционный эндокардит и лица с клиническими проявлениями стенокардии напряжения 3-4-го класса.

Заместительную терапию ПАПД в обследованной группе получали 45 пациентов (33 мужчины и 13 женщин) в возрасте от 19 до 71 года, средний возраст-45 +/- 10 лет. Этиология ХБП представлена: хроническим гломерулонефритом -65,8 %; хроническим пиелонефритом — 2,6 %; поликистозом почек -15%; диабетической нефропатией -12,6 %; гипертонической болезнью -1,1%. Суммарный Kt/v -2.31+0.46. Длительность ЗПТ от 13 месяцев до 9 лет (5.0 +/- 0.5 лет). ПАПД проводился в режиме 4-5 обменов за сутки с интервалом в 4-6 часов. Пациенты использовали диализные растворы «дианил» с содержанием Ca⁺⁺ 1,25 ммоль/л и «экстранил» с содержанием Ca⁺⁺ 1,75 ммоль/л.

Программный ГД в обследованной группе получали 51 пациент (29 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 23 до 68 лет, средний возраст - 45 +/-10 лет. В подавляющем большинстве случаев ТПН была исходом хронического гломерулонефрита -60,3 %больных; хронического пиелонфрита-2,4%; диабетической нефропатии -12,8 %; поликистоза почек -20,5%; гипертонической болезни - 1,3 %. Длительность ЗПТ от 5 месяцев до 13 лет (6.5 +/- 0.5 лет) Гемодиализ осуществляли по стандартной программе 12-15 час/нед, скорость кровотока 250-300 мл/мин. Диализная программа была индивидуальной с учётом «сухой массы», прибавки массы тела в междиализный период и др. параметров. КТ/У1.38+_0,15. Содержание Са в диализирующем растворе составляло 1.5 ммоль/л.

Всем пациентам проводилось стандартное клиничко - лабораторное и инструментальное (эхокардиография) обследование. У больных находящихся на лечении ГД, взятие крови осуществляли перед началом сеанса; у больных, находящихся на лечении ПД -в утренние часы. Оценивался уровень кальция, фосфора сыворотки крови, кальциево-фосфорное произведение (Са х Р), уровень интактного ПТГ.

Артериальную гипертензию диагностировали при систолическом АД (САД)> 140мм рт. ст. и/или диастолическом АД(ДАД)>90 мм рт. ст.

Пациенты двух обследованных групп получали терапию ингибиторами АПФ, бета-блокаторами, блокаторами кальциевых каналов, блокаторами рецепторов АТ 1. Для поддержания гемоглобина выше 100 г/л пациенты получали препараты железа, рекомбинантного эритропоэтина. Большинство пациентов принимали альфакальцидол, ацетат кальция.

Все больные прошли эхокардиографическое исследование на аппарате Acuson| SEQUOIA по стандартной методике с определением диаметра аорты на уровне АК, размеров полостей левого предсердия (ЛП) и правого предсердия (ПП), толщины миокарда левого желудочка (ЛЖ) и правого желудочка (ПЖ), диаметра и давления в легочной артерии (ЛА), максимальных градиентов давления и максимальных скоростей кровотока на всех клапанах. Глобальную систолическую функцию ЛЖ оценивали по показателю ФВ, диастолическую функцию - по соотношению трансмитральных

потоков в ранню и позднюю диастолу (Е/А). По результатам ЭХО-КГ рассчитывались: масса миокарда (ММЛЖ) по формуле, предложенной Devereux; индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), рассчитывали по формуле: $\text{ИММЛЖ} = \text{ММЛЖ} / \text{площадь поверхности тела}$; относительную толщину стенки левого желудочка (ОТСЛЖ), по формуле: $\text{ОТСЛЖ} = (\text{ТМЖП} + \text{ТЗС}) / \text{КДР}$, где ТМЖП-толщина межжелудочковой перегородки, ТЗС- толщина задней стенки, КДР-конечный диастолический размер левого желудочка. Гипертрофию миокарда диагностировали при ИММЛЖ 115 г/м^2 и более у мужчин, и 95 г/м^2 и более у женщин. Нормальной геометрию левого желудочка считали при величине ОТСЛЖ меньше 0,45 и при нормальном значении ИММЛЖ.

Изменения АК и МК оценивали как норму, уплотнение, кальциноз клапанных структур (без развития стеноза и с формированием стеноза), который диагностировали по уменьшению площади отверстия клапана и повышению на нём максимального градиента давления. Также определяли степень выраженности кальциноза клапанов (1-4-й степени). Тяжесть кальциноза оценивали субъективно по 4-балльной системе:

- 1 балл - незначительный кальциноз оцениваемой структуры (створки или всего клапана);
- 2 балла - умеренный кальциноз;
- 3 балла - значительный кальциноз;
- 4 балла - выраженный кальциноз.

Балльная оценка суммировалась для оценки одного клапана в отдельности или для оценки всего клапанного аппарата в целом.

Результаты исследования. При оценке состояния фосфорно-кальциевого метаболизма было выявлено, что у 50% больных уровень кальция был менее 2.2 ммоль/л (48 человек), у 35 пациентов отмечалась гиперкальциемия (уровень кальция более 2.5 ммоль/л) и только у 13-ти пациентов содержание кальция находилось в целевом диапазоне $2.2\text{-}2.5 \text{ ммоль/л}$.

В нашем исследовании вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ) был выявлен у 72% пациентов ПАПД, 83% пациентов ГД

Уровень ПТГ большинства пациентов (65%) укладывался в диапазон $150\text{-}600 \text{ пг/мл}$ и составлял в среднем $445 \pm 24 \text{ пг/мл}$, у 24 пациентов (25%) превышал 600 пг/мл и составлял $1175 \pm 368 \text{ пг/мл}$.

Гиперфосфатемия выявлена у 32 пациентов (33%) на ПАПД и 28 (29%) - на ГД и напрямую зависела от значений ПТГ ($p < 0.05$). На основании проведённого анализа и исследования корреляции как внутри исследуемых групп, так и у 96 пациентов сразу нами была обнаружена зависимость кальциноза клапанного аппарата сердца от уровня ПТГ и состояния фосфорнокальциевого обмена.

Согласно данным исследований, у больных, находящихся на заместительной почечной терапии, внутрисердечная кальцификация встречается от 46 до 75% больных. Мы же получили ещё более высокий результат. По данным трансторакальной Эхо- КГ, кальцификация различных структур сердца у всех больных с ХБП 5Д стадии выявлена в 82% случаев. Изолированный кальциноз только аортального клапана выявлен у 5% (5 чел), только митрального клапана у 13% (13 чел) больных. Сочетанный митрально-аортальный кальциноз выявлен в 64% (62 чел).

У гемодиализных больных выявлена большая степень кальцификации клапанных структур (4-5 баллов) по сравнению с группой перитонеального диализа (2-3 балла).

В группе перитонеального диализа нами не было выявлено гендерных отличий по частоте выявленного кальциноза. У гемодиализных больных оказалось больше женщин с более тяжёлым кальцинозом ($P = 0.015$)

Положительная корреляционная связь между возрастом и степенью кальциноза всего клапанного аппарата ($r = 0.3$, $p = 0.005$), а также аортального клапана в отдельности ($r = 0.34$, $p = 0.021$) нами была выявлена в группе больных, получающих ПД. При разделении пациентов по возрасту на две подгруппы - до 50 лет и более 50 лет (39.7 ± 5 лет, $n = 14$; 54 ± 6 лет, $n = 31$) мы смогли продемонстрировать более выраженный кальциноз у пациентов старшей возрастной группы ($p = 0.006$). Положительной корреляции степени кальцификации клапанных структур с продолжительностью артериальной гипертензии в данной группе больных нами не было выявлено ($r = 0.22$, $p = 0.15$).

У гемодиализных пациентов выявлена положительная корреляция степени кальциноза клапанного аппарата с уровнем среднего АД ($r = 0.54$, $p = 0.021$), продолжительностью диализной терапии ($p < 0.02$) и отрицательная - с возрастом пациентов ($r = 0.53$, $p = 0.046$). В возрастной группе пациентов до 40 лет (37 ± 1.5 года) степень кальциноза клапанов была выше, чем в старшей группе (51.5 ± 2.2 года).

Проведя анализ, можно сделать вывод, что у гемодиализных пациентов в отличие от пациентов на ПД отмечается тенденция к «омоложению» кальциноза.

Для определения связи между наличием кальцинации сердечных клапанов и состоянием миокарда сравнивали показатели доплер-эхокардиографии в группах пациентов на ГД и ПД. У пациентов с кальцинозом клапанов более 3 баллов были больше диаметр аорты, размеры полостей обоих предсердий, диаметр ПЖ, толщина стенок обоих желудочков, легочной артерии, максимальная скорость кровотока через АК и МК, была хуже диастолическая функция, оцениваемая по показателю Е/А. В группе ПАПД в отличие от пациентов на ГД толщина МЖП и ЗС была больше у пациентов со степенью кальциноза более 3 баллов.

Внутригрупповые различия показателей данных Эхо-КГ при разной степени выраженности кальциноза клапанов сердца.

Таблица 1

Показатели	ПАПД		Гемодиализ	
	0-3 балла	>3 баллов	0-3 балла	>3 баллов
ЛП, мм	35,6±0,7	39,3±1,3	32,2±1,3	38,2±0,6
Диаметр аорты, мм	31,2±1,3	33,8±1,7	33,6±1,4	34,8±4,2
ПП продольный размер, мм	44,3±0,8	52,7±1,8	48,7±6,3	54,4±6,1
Диаметр ЛЖ диаст., мм	0,48±0,10	0,52±0,11	0,51±0,10	0,54±0,10
Передняя стенка ПЖ, мм	4,1±0,8	4,2±0,9	4,0±0,8	4,3±0,9
Диаметр ПЖ, мм	28,3±3,4	29,2±3,4	26,8±3,1	27,4±3,4
Межжелудочковая перегородка, мм	12,7±2,4	13,9±2,6	13,4±2,7	14,1±2,4
Относительная толщина стенки ЛЖ	0,44±0,10	0,53±0,10	0,46±0,10	0,54±0,10
ИММЛЖ, г/м ²	108,4±37,8	129,5±43,5	114,7±38,7	138,7±40,3
ЛА, диаметр, мм	22,8±3,04	24,7±4,0	23,2±3,6	25,7±3,07
ЛА, давление, мм рт ст	25,0±15,1	32,2±14,3	26,3±10,1	34,2±15,1
Е/А	1,12±0,33	0,73±0,23	1,14±0,44	0,93±0,24
МК, максимальный поток, см/сек	0,96±0,16	1,07±0,26	0,98±0,15	1,09±0,25
МК, максимальный градиент давления, мм ртст	3,26±1,33	4,96±2,95	3,48±1,33	5,02±3,00
АК, максимальный поток см/сек	1,55±0,34	2,00±0,55	1,56±0,42	2,03±0,55
АК, максимальный градиент давления, мм рт ст	10,5±2,5	16,6±10,2	9,3±2,8	17,6±13,0

Обсуждение. У больных с терминальной стадией заболевания почек, находящихся на заместительной почечной терапии диализом с высокой частотой возникает кальцификация клапанов сердца, что в последующем часто приводит к развитию тяжёлых сердечных дисфункций, нарушению сердечного ритма, сердечной недостаточности, артериальным эмболиям и внезапной смерти. В нашем исследовании кальцификация клапанных структур (ККС) выявлена в 82% случаев и может считаться визитной карточкой уремического сердца. Вопреки мнению ряда исследователей, что кальцинозом чаще всего поражается аортальный клапан, поскольку является центром фиброзного скелета и поток крови через него более высокоскоростной, мы показали, что этот процесс при ХПН одновременно происходит и на аортальном клапане, и на митральном. Аналогичные данные были получены Urena и соавт., Castro и соавт., в ходе совместного британо-американского исследования.

По данным различных авторов, к инициации процесса кальцификации и ускоренному его развитию ведут различные причины. Предиктором развития кальциноза клапанов сердца является возраст больных.

Многочисленные работы подтверждают значимость возраста в развитии и прогрессировании ККС. В общей популяции возраст также является предиктором ККС и встречается у 20-30% лиц старше 60 лет. У больных, получающих диализную терапию, этот процесс возникает на 10-20 лет раньше, чем в общей популяции. В нашем исследовании выявлена прямая зависимость между возрастом и степенью кальциноза в группе больных, получающих ПД (причём у пациентов в старшей возрастной группе (старше 50 лет) кальциноз аортального клапана оказался достоверно более выраженным, чем митрального) и обратная на ЗПТ методом ГД (в подгруппе до 40 лет степень кальциноза клапанов была выше, чем в старшей группе).

С нозологической формой заболевания корреляции ККС в нашем исследовании не было, что согласуется с результатами Fernandez-Reyes и соавт.

При анализе полученных результатов нами была выявлена взаимосвязь ККС с продолжительностью диализной терапии только у гемодиализных пациентов, что совпадает с результатами исследований Mazzaferto и соавт., Langle и соавт., Wade и соавт. По-видимому, это обусловлено перегрузкой объемом (гиперволемиа, функционирующий артериовенозный шунт, анемия) и давлением.

Связь ККС с величиной АД у пациентов на ЗПТ отмечена в ряде научных публикаций. Наиболее вероятно, что именно длительность перегрузки давлением и сохраняющаяся систолическая АД являются факторами риска хронического повреждения клапанного аппарата сердца и играют определенную роль в патогенезе ККС.

Полученные нами данные также позволяют сделать вывод о том, что нарушения фосфорно-кальциевого обмена в той или степени имеются у всех больных с ХПН и играют ведущую роль в развитии ККС, что нашло подтверждение в работах Maher и соавт., Morales и соавт. и др. Совсем недавно Qunlbi W. Y. et al. продемонстрировали первостепенную значимость гиперфосфатемии (особенно на фоне вторичного гиперпаратиреоза) в патогенезе кальцификации сосудистой системы. Rostand и соавт., Ribeiro и соавт. определяют наиболее значимым фактором - производство концентрации Са и Р. По мнению одних исследователей увеличение производства концентраций Са и Р является главным фактором риска, другие - на первое место ставят повышенный уровень ПТГ. По данным бразильского исследования, выполненного в 2009-2010 годах, была выявлена связь между лабораторными проявлениями ВГПТ и кальцификацией коронарного русла, определяемого с помощью многослойной спиральной компьютерной томографии.

Выводы. Подводя итог, следует отметить:

1) В группе исследуемых больных распространенность ВГПТ у больных получающих ЗПТ методом ПАПД достигла 72%, методом ГД 83%.

2) Кальцификация сердечных клапанов в двух группах развивалась у больных с высоким уровнем паратиреоидного гормона (более 400 пг/мл). Так же наши данные свидетельствуют о влиянии продолжительности ВГПТ на процесс сердечной кальцификации.

3) У пациентов обеих групп достоверно чаще встречался сочетанный митрально-аортальный кальциноз, чем изолированный митральный или аортальный. Изолированный митральный кальциноз выявлялся чаще аортального.

4) Предикторами развития кальциноза клапанов сердца у больных на ПАПД является возраст, у больных на ГД - уровень среднего АД и продолжительность диализной терапии.

Литература

- Бирагова М.С., Грачева С.А., Мартынов С.А. Нарушения фосфорно - кальциевого обмена у пациентов с сахарным диабетом и хронической болезнью почек // Сахарный диабет. – 2012. – №4. – С. 74-80.
- Волгина Г. В. Паратиреоидный гормон - универсальный уремический токсин // Нефрология и диализ. – 2000. – Т.2. – № 1-2. – С. 32-38.
- Волгина Г., Селезев Д., Балкарова О. Внекостная кальцификация у пациентов с хронической болезнью почек // Врач. – 2012. – № 7. – С.2-8.
- Добронравов В. А. Современный взгляд на патофизиологию вторичного гиперпаратиреоза: роль фактора роста фибробластов 23 и Klotho // Нефрология. – 2013. – Т.15 – №4. – С. 11-20.
- Земченков А. Ю., Герасимчук Р. П. Сосудистая кальцификация и активаторы рецепторов витамина D. Обзор // Нефрология и диализ. – 2011. – Т. 11. – №4.
- Новикова Н.А., Гендлин Г.Е., Эттингер О. А. и др. Взаимосвязь артериальной гипертензии и изменений гемодинамики у больных с хронической почечной недостаточностью, получающих лечение перитонеальным диализом // Нефрология и диализ. – 2008. – Т.10. – №1. – С.44-51.
- Суворов А.В., Зубеева Г.Н., Обухова С.В. Влияние значений артериального давления на прогноз и выживаемость диализных пациентов // Современные технологии в медицине. – 2012. – №2. – С. 135-137.
- Щеголев А.А. Вторичный гиперпаратиреоз при хронической почечной недостаточности / А. А. Щеголев, П. Я. Филиппов, А. А. Ларин, В. В. Пляшин, С. А. Соколовский, М. А. Коган, Н. Б. Голованова, О. Б. Когут, Е. Н. Хитрова // Журнал Лечебное дело. – 2009. – С.75-80.
- Adragao T., Pires A., Lucas C. et al. 'A simple vascular calcification score predicts cardio-vascular risk in haemodialysis patients'. Nephrol. Dial.Transplant — 2008. — vol. 19, №6 — P. 1480-1488
- Amman K. 'Media calcification and intimal calcification are distinct entities in chronic kidney disease'. Clin. J. Am. Soc. Nephrol. - 2010. -vol.3, №6. - P. 1566-1604.
- Baldini V., Mastropasqua M., Francucci C. M., Erasmo E.D. 'Cardiovascular disease and osteoporosis' J. Endocrinol Invest. - 2010. — vol.28 Suppl. 10-P. 69-72
- Raggi P., Bella A., Gamboa C. et al. All - Cause Mortality in Hemodialysis Patients with Heart Valve Calcification // CJASN. - 2011; G:1990 - 5.

НЕФРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ БОЛЕЗНЕЙ КРОВИ

Андоньева Н. М., Грушка М. А., Гуц Е. А., Дубовик М. Я., Валковская Т. Л., Олянич С. А.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

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

Поражения почек у больных с лимфопролиферативными заболеваниями (ЛПЗ) отличаются значительной гетерогенностью и в ряде случаев могут доминировать в клинической картине, причем

симптомы почечной патологии могут предшествовать установлению диагноза ЛПЗ, выявляться одновременно с основным заболеванием или проявляться в более поздние сроки.

Многие варианты нефропатий имеют общие патогенетические черты, при этом клинко-морфологические проявления варьируют в зависимости от особенностей основного заболевания.

Характер поражения почек определяется различными механизмами повреждения: локализацией опухолевых масс, экспансией злокачественных клеток, последствиями отложения в тканях секретируемых парапротеинов, секрецией гормонов, цитокинов и факторов роста, метаболическими, водноэлектролитными, коагуляционными нарушениями, инфекционными и терапевтическими осложнениями.

В патологический процесс могут вовлекаться мочевые пути, почечные артерии и вены, и компоненты почечной паренхимы - внутрпочечные сосуды, интерстиций каналы и клубочки, причем иногда одновременно

Наибольшую трудность представляет собой дифференциальная диагностика нефропатий, требующая в большинстве случаев морфологического исследования.

И если такие варианты, как цилиндровая нефропатия (ЦН) при множественной миеломе (ММ), или «первичный» AL-амилоидоз (ПА) изучены достаточно широко, то нефропатии, ассоциированные с макроглобулинемией Вальденстрема (МВ), болезнью тяжелых цепей (БТЦ), не-ходжкинскими лимфомами/лейкозами (НХЛ/ХЛЛ), лимфогранулематозом (ЛГМ) и болезнью Кастльмена (БК), а также еще более редкие варианты - болезнь отложения моноклональных депозитов иммуноглобулинов (БОМИГ), пролиферативные нефриты (ПГН) с моноклональными депозитами и паранеопластические гломерулопатии при лимфопролиферативных заболеваниях изучены недостаточно

Особую проблему представляет собой моноклональная гаммапатия неопределенного значения (МГНЗ) у больных с поражениями почек, не укладывающимися в рамки первичного амилоидоза и болезни отложения моноклональных депозитов иммуноглобулинов, тем более что у 80% больных с моноклональной гаммапатией неопределенного значения с течением времени развиваются клинически очевидные лимфопролиферативного заболевания – множественная миелома, макроглобулинемия Вальденстрема, иммуноглобулиновый амилоидоз и другие.

Накопленные к настоящему времени в зарубежной литературе данные позволили ввести новый термин: «моноклональная гаммапатия с почечными последствиями», однако в отечественной литературе к настоящему времени данных о распространенности и структуре этой патологии не имеется.

Кроме того, остаются недостаточно оцененными являются и другие эпидемиологические аспекты: распространенность поражения почек у больных с ЛПЗ в целом и их отдельных вариантов, не разработаны подходы к диагностике и дифференциальной диагностике.

Вместе с тем ЛПЗ с поражением почек характеризуются серьезным прогнозом как для жизни, так и для состояния функции почек. Выживаемость больных и почечная выживаемость целиком зависят от возможно более раннего начала таргетной терапии, для которой необходима своевременная установка диагноза, нередко базирующегося на морфологических изменениях почечной ткани

Лимфопролиферативные заболевания среди пациентов нефрологических клиник встречаются, по данным литературы, в ~2,6% случаев.

Из них:

- Пациенты с множественной миеломой – в ~ 50% случаев;
- Пациенты с AL-амилоидозом в ~24-26% случаев;
- Пациенты с не-ходжкинскими лимфомами/лейкозами в ~ 10% случаев;

Еще один аспект лимфопролиферативных заболеваний – зачастую именно в нефрологическом отделении впервые устанавливается наличие ЛПЗ после проведения биопсии почки.

У пациентов же без клинически очевидных ЛПЗ в большинстве случаев именно данные морфологического исследования почечной ткани позволяют направить диагностический поиск в сторону ЛПЗ и выявить в конечном итоге основное заболевание.

У больных с поражением почек и ЛПЗ диагноз последнего обычно устанавливается именно в нефрологическом стационаре в следующих случаях.

Обращает на себя внимание тот факт, что не только у единичных больных с редкой патологией, но и у подавляющего большинства пациентов с множественной миеломой (~90%) диагноз был впервые устанавливается при обследовании по поводу поражения почек.

Столь же высокой является частота первичной диагностики и при моноклональной гаммапатии неопределенного значения ~ 85%, и довольно высокой при AL-амилоидозе, не-ходжкинскими лимфомами/лейкозами, макроглобулинемии Вальденстрема и болезни отложения моноклональных депозитов иммуноглобулинов. Лишь больные с лимфогранулематозом были госпитализированы преимущественно с уже ранее установленным основным диагнозом. В общей сложности оказывается, что у 2/3 больных диагноз ЛПЗ установлен впервые при обследовании в нефрологическом стационаре.

Наиболее частой причиной госпитализации больных с ЛПЗ в нефрологический стационар является нефрологический синдром ~70%;

У ~ 30% пациентов отмечается патологический мочевой синдром;

У ~ 60% пациентов отмечается нарушение функции почек;

У ~ 35% наблюдается сочетание нефротического синдрома и нарушения функции почек;

Потребность в заместительной почечной терапии отмечается у ~ 20% с лимфопролиферативными заболеваниями.

Почти у 70% пациентов с поражением почек и ЛПЗ на момент выполнения биопсии почки имелся развернутый нефротический синдром (НС), у 60% отмечается нарушение функции почек, причем в 20% случаев требуется проведение ЗПТ, а у трети больных имеется сочетание НС и почечной недостаточности.

При этом НС преобладает у больных с болезнью Кастльмена, «первичным» AL-амилоидозом, лимфогранулематозом, макроглобулинемией Вальденстрема и множественной миеломой, а нарушение функции почек с наиболее высокой частотой наблюдается при моноклональной гаммапатии неопределенного значения, не-ходжкинских лимфомах/лейкозах, болезни отложения моноклональных депозитов иммуноглобулинов, макроглобулинемией Вальденстрема и при множественной миеломе.

Комбинация НС и почечной недостаточности оказывается наиболее характерна для макроглобулинемии Вальденстрема и в несколько меньшей степени - для «первичного» AL-амилоидоза.

Парапротеинемические нефропатии встречаются более чем в три раза чаще, чем поражения, не связанные с депозицией парапротеинов (~75 и 25% соответственно).

Среди нефропатий с депозицией парапротеинов чаще всего встречаются нефропатии с организованными депозитами.

При этом значимо преобладает AL-амилоидоз (~62% случаев), тогда как остальные варианты организованных депозитов парапротеинов (АН-амилоидоз, цилиндр-нефропатия и криоглобулинемический ГН) диагностируются с частотой от 3,7 до 0,7%

Среди нефропатий с неорганизованной депозицией парапротеинов наблюдается преимущественно болезнь отложения легких цепей (в ~ 5,2 % случаев). Редко встречаются ГН с депозитами IgM и пролиферативный ГН с депозитами IgA/IgG

Среди непарапротеинемических вариантов нефропатии чаще всего выявляется специфическая инфильтрация почечной ткани (ИП) - 5,9% случаев.

Другие виды встречаются в 1,4 – 3,7%

Также известно, что ряд морфологических вариантов встречаются при нескольких нозологических формах.

Так AL-амилоидоз, выступает в большинстве случаев (69%) как самостоятельное заболевание - то есть первичный амилоидоз, в четверти случаев оказывался органным осложнением множественной миеломы, и в единичных случаях был обнаруживается при макроглобулинемии Вальденстрема и болезни отложения моноклональных депозитов иммуноглобулинов.

В свою очередь болезнь отложения легких цепей встречалась не только как «самостоятельное» заболевание – болезнь отложения моноклональных депозитов иммуноглобулинов, но практически столь же часто осложняла множественную миелому.

Мембранозная нефропатия выявляется как у пациентов с неходжкинскими лимфомами/лейкозами, так и при макроглобулинемии Вальденстрема (МВ), и у больных с моноклональной гаммапатией неопределенного значения (МГНЗ) с разбросом от 20 до 40%.

То же самое касается фокального сегментарного гломерулосклероза (ФСГС), половина случаев которого приходится на МГНЗ и по четверти - на МВ и лимфогранулематоз.

В то же время АН-амилоидоз, цилиндр-нефропатия, криоглобулинемический ГН (КГН), ГН с депозитами IgM (ГН-IgM) и болезнь минимальных изменений (БМИ) свойственны лишь какой-либо одной нозологической форме ЛПЗ.

Таким образом при большинстве нозологических форм ЛПЗ обнаруживаются различные морфологические варианты

У больных с ММ чаще всего выявляется AL-амилоидоз, но встречается и цилиндр-нефропатия, относительная редкость выявления которой объясняется тем, что этот вариант повреждения наблюдается при большой массе опухоли и протекает с тяжелой ОПН, что зачастую не позволяет выполнить нефробиопсию, а также болезнь отложения легких цепей, плазмоклеточная инфильтрация почечной ткани и диффузный нефросклероз.

При макроглобулинемии Вальденстрема(МВ) выявляется выявлен не только специфичный для этого заболевания ГН-IgM, но и КриоГН, AL-амилоидоз, мембранозная нефропатия и ФСГС.

Для больных с не-ходжкинскими лимфомами/лейкозами наиболее характерной была лимфоидная инфильтрация почечной ткани, но в отдельных случаях обнаруживались также пролиферативный гломерулонефрит с депозитами IgA/IgG, мембранозная нефропатия, тубулоинтерстициальный нефрит, диффузный нефросклероз и AA-амилоидоз.

У пациентов с МГНЗ варианты поражения почек были наиболее многочисленными: пролиферативный гломерулонефрит с депозитами IgA/IgG, ГН с полулуниями, мембранозная нефропатия, ФСГС, ТИН и диффузный нефросклероз.

И только при первичном амилоидозе, болезни тяжелых цепей и болезни Кастльмена поражения почек оказались однотипными.

Больные с лимфопролиферативными и плазмоклеточными заболеваниями составляют около 2,6-3 % в структуре пациентов специализированного нефрологического стационара, у 2/3 больных с ЛПЗ основной диагноз устанавливается при обследовании по поводу поражения почек.

У 70% пациентов с ЛПЗ и поражением почек, которое морфологически верифицировано, имеется нефротический синдром, у 60% - нарушение функции почек, и у трети больных имеется сочетание нефротического синдрома и почечной недостаточности.

ДИНАМІКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДІАЛІЗІ

Андон'єва Н. М., Гуц О. А., Дубовик М. Я., Олянич С. О.
Харківський національний медичний університет, м. Харків

Вступ. При хронічній нирковій недостатності (ХНН) в результаті взаємодії несприятливих гемодинамічних, метаболічних, запальних, ендокринних і нейрорегуляторних факторів ураження торкається як міокарду (за рахунок ремоделювання лівого шлуночка), так і коронарних артерій, серцевих клапанів, внаслідок їх атеросклеротичного ураження і дисфункції вегетативної нервової системи серця. Розвивається системне уремичне ураження ендотелію (атеросклероз, кальциноз) та неокклюзивна кальцифікація і фіброз середнього шару стінки артерій (склероз Monckeberg) [4,9,10].

У 90% пацієнтів, які страждають ХНН різних стадій, у тому числі, які отримують терапію ПД, має місце артеріальна гіпертонія, а будь-яка форма гіпертензії веде до кардіологічних і судинних ускладнень, в першу чергу, в результаті прогресування гіпертрофії міокарда лівого шлуночка і атеросклеротичного ураження судин серця [1,3,7].

Відомо, що кардіальна патологія розвивається ще на переддіалітичних стадіях ХНН. Тому до моменту діалітичного лікування тільки у 17% дорослих пацієнтів відсутні зміни при ехокардіографічному дослідженні, у 41% виявляється концентрична гіпертрофія міокарда, у 32% - дилатація лівого шлуночка, а у 12% - систолічна дисфункція [2,5,6,8].

Матеріали та методи дослідження. Нами були досліджені 114 пацієнтів у віці від 19 до 76 років, які отримували замісну ниркову терапію методом перитонеального діалізу на базі відділення нефрології та перитонеального діалізу ОКЦУН ім. В.І.Шаповала. Максимальний вік хворих склав 76 років, але переважали особи 46-55 років, середній вік склав 47,9 років.

Розподіл пацієнтів за нозологією первинного ураження нирок, що призвів до термінальної стадії ниркової недостатності, в нашому дослідженні відповідав такому у всеукраїнському реєстрі нефрологічних хворих, які отримують замісну ниркову терапію методом перитонеального діалізу. Найчастіше, в 57% випадків, хронічний гломерулонефрит призвів до розвитку ХНН. Наступними за

частотою слідували полікістоз нирок (15%), діабетичний гломерулосклероз (13%), хронічний пієлонефрит (8%) і гіпертонічний нефроангіосклероз (7%).

Тривалість ЗНТ методом ПД у обстежених пацієнтів знаходилася в межах від 12 до 106 місяців, медіана тривалості склала 53 місяці. У переважної кількості хворих, які отримували терапію ПД, термінальна ХНН супроводжувалася артеріальною гіпертонією (91%), анемією - (у 37%), порушенням фосфорно-кальцієвого обміну - (у 79%), порушенням ліпідного обміну - (у 72%), БЕН - (у 16%). Всім пацієнтам були проведені загальноклінічні, лабораторні та інструментальні методи дослідження. За допомогою комп'ютерної програми «PD Adequest» розраховували показники адекватності ПД: тижневий кліренс сечовини (Kt/V), кліренс креатиніну (Clcr); транспортні властивості очередини пацієнтів. Отримані дані обробляли за допомогою пакету статистичних програм SPSS 19.0 for Windows.

Результати дослідження. Ішемічна хвороба серця (ІХС) була діагностована у 77,8% із загального числа обстежених хворих. У 6,5% - у формі стабільної стенокардії (1 клінічна група); 4,6% пацієнтів перенесли гострий інфаркт міокарда протягом дослідження, як гостру коронарну подію, що виникла раптово (2 клінічна група); у 49% як безбольова ішемія міокарда (3 клінічна група); у 22,2% - ознак ІХС виявлено не було (4 клінічна група); у 17,6% - у вигляді ішемічної дилатаційної кардіоміопатії (ІДКМП) з серцевою недостатністю (5 клінічна група).

Динаміка показників, що характеризують процеси ремоделювання міокарда лівого шлуночка, виявила такі тенденції в межах кожної клінічної групи: кінцевий діастолічний об'єм (КДО) достовірно підвищився у всіх групах, крім групи порівняння ($p = 0,017$; $p = 0,047$; $p = 0,043$; $p = 0,023$ відповідно). Кінцевий систолічний об'єм (КСО) в динаміці достовірно виріс в групах з безбольовою ішемією міокарда ($p = 0,019$) і групі з ІДКМП ($p = 0,033$). Індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) статистично значуще підвищився в групі хворих з безбольовою ішемією міокарда ($p = 0,038$), в інших групах підвищення було недостовірним.

Індекс систолічного потовщення міокарда лівого шлуночка найнижчим в динаміці виявився також у групі з безбольовою ішемією міокарда ($p = 0,034$). Фракція викиду (ФВ) лівого шлуночка серця найнижчою опинилася в групі пацієнтів, що страждають стабільною стенокардією ($p = 0,027$), тоді як у групі пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда та групі хворих з безбольовою ішемією міокарда відзначалось навіть деяке зростання фракції викиду, але недостовірне ($p = 0,08$ і $p = 0,057$ відповідно).

Найвиразніше зниження показника Ve/Va було відзначено в групі з ішемічною дилатаційною кардіоміопатією (ІДКМП) і групі порівняння ($p = 0,044$ і $p = 0,032$ відповідно). Як відомо, в даний час патогенез ІХС асоціюється з патогенезом атеросклеротичного процесу в цілому і коронарних артерій зокрема. У дебюті ураження коронарних артерій включаються компенсаторні механізми, спрямовані на збереження коронарного резерву, які представляють собою процеси ремоделювання міокарда лівого шлуночка, а саме гіпертрофію лівого шлуночка (ГЛШ) і діастолічну дисфункцію (ДД) І типу. За результатами нашого дослідження найвищим ІММЛШ опинився в групі пацієнтів з безбольовою ішемією міокарда (позитивні ранги 84%, $p = 0,01$), а найнижчим - у групі порівняння (негативні ранги 56%, $p = 0,05$). Як відомо, в даний час патогенез ІХС асоціюється з патогенезом атеросклеротичного процесу в цілому і коронарних артерій зокрема.

У дебюті ураження коронарних артерій включаються компенсаторні механізми, спрямовані на збереження коронарного резерву, які представляють собою процеси ремоделювання міокарда лівого шлуночка, а саме ГЛШ і ДД І типу. За результатами нашого дослідження найвищим ІММЛШ опинився в групі пацієнтів з безбольовою ішемією міокарда (позитивні ранги 84%, $p = 0,01$), а найнижчим - у групі порівняння (негативні ранги 56%, $p = 0,05$).

На рис.1 представлені структурно-функціональні зміни міокарда лівого шлуночка у пацієнтів на перитонеальному діалізі (ПД) в динаміці (в дебюті дослідження і через 12 місяців спостереження). Як видно з даного рисунку, через 12 місяців терапії ПД в поєднанні з консервативною терапією, спрямованої на корекцію артеріальної гіпертонії, анемії, дисліпідемії та порушень фосфорно-кальцієвого обміну; збільшився відсоток пацієнтів, які не мають ГЛШ, тобто у частини пацієнтів вона регресувала (з 3,7% до 7,5% відповідно).

Спочатку всі хворі, які не мали ознак ГЛШ, належали до групи порівняння, їх терміни перебування на ПД були від 12 до 18 місяців. Регресії піддалася тільки концентрична ГЛЖ. Всі пацієнти з ексцентричною ГЛЖ належали до групи з ІДКМП. Крім того, 5% пацієнтів в дебюті дослідження мали ознаки систолічної дисфункції (СД), з них три жінки і двоє чоловіків у віці $41 \pm 0,3$

г, всі вони належали до групи пацієнтів з безбольовою ішемією міокарда, через 12 місяців у двох чоловіків і однієї жінки зникли ознаки СД.

Кількість же пацієнтів з ДД І типу збільшилася протягом року з 33,75% до 63,75% (практично в два рази) за рахунок переважно пацієнтів з групи з безбольовою ішемією міокарда (21,4%) і з групи пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда протягом поточного року (8,6%) (рис.1).

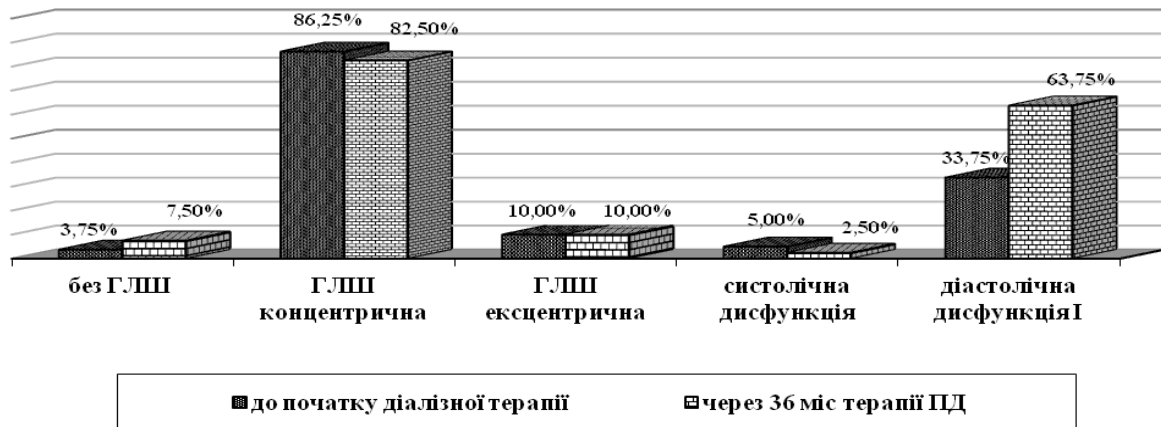


Рис.1 Структурно-функціональні зміни міокарда лівого шлуночка у пацієнтів, які увійшли до дослідження.

Висновки Таким чином, у нашому дослідженні найбільш виражені структурно-функціональні зміни міокарда лівого шлуночка в динаміці у вигляді підвищення ІММЛШ ($p=0,001$) та Ve/Va ($p=0,05$), що відображає поглиблення діастолічної дисфункції лівого шлуночка, виявлені в групі пацієнтів з безбольовою ішемією міокарда.

Література:

1. Лесовой В.Н. Основные синдромы болезней почек/ В.Н. Лесовой Н.М.Андоньева – 2016.
2. Агеев Ф.Т. Диастолическая сердечная недостаточность: 10 лет знакомства / Ф.Т. Агеев // Сердечная недостаточность. – 2010. – Т.11, № 1. – С. 69–76.
3. Волкова И.И. Ремоделирование сердца и сосудов при ишемической болезни сердца / И.И. Волкова // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2010. – № 4. – С. 96–98.
4. Диагностика и лечение ХСН. Российские рекомендации (второй пересмотр). Всероссийское научное общество кардиологов. Общество специалистов по сердечной недостаточности. – URL: <http://www.cardiosite.ru>. Даты обращения: 10.2007, 01.2010.
5. Лупай М.И. Атеросклероз: современный взгляд на патогенез / М.И. Лупай // Укр.кардиол.журнал. – 2004. – №1. – С.23–34.
6. Хроническая сердечная недостаточность у больных с ишемической болезнью сердца / Н.Т. Ватутин, Н.В. Калинин, А.Н. Шевелев [и др.] // Серцева недостатність. – 2010. – №2. – С. 95–106.
7. ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation / M. Jessup, W.T. Abraham, D.E. Casey [et al.] // Circulation. – 2009. – Vol. 14, № 119. – P. 1977–2016.
8. Camici P.G. Stunning, hibernation, and assessment of myocardial viability / P.G. Camici, S.K. Prasad, O.E. Rimoldi // Circulation. – 2008. – Vol. 117, №1. – P. 103–114.
9. Davenport A. Hydration status does not influence peritoneal equilibration test ultrafiltration volumes / A. Davenport, M.K. Willicombe // Clin J Am Soc Nephrol. – 2009. – Vol. 7, №4. – P. 1207–1212.
10. Echocardiographic assessment of left atrial size in patients with end-stage renal disease / D. Kocnaj, M. Gashi, M. Berisha [et al.] // Cardiovasc J Afr. – 2009. – Vol. 3, №20. – P. 183–186.

ПРИЧИНЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ЭРИТРОПОЭЗ-СТИМУЛИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АНЕМИИ

Андоньева Н. М., Дубовик М. Я, Гуц Е. А., Валковская Т. Л., Грушка М. А.

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 эпидемиологических исследований анемия регистрируется у 5% пациентов с ХБП 1-2 стадий, у 15-20% с 3-й стадией, у 50-55% пациентов с 4-й стадией и в 80% случаев в группе пациентов с ХБП 5-й стадии. Следует отметить, что пациенты с хроническими заболеваниями почек и анемией имеют более высокие показатели частоты госпитализаций, кардиоваскулярных заболеваний, когнитивных нарушений по сравнению с больными с почечной патологией, протекающей без анемии.

Этиология анемии при почечной недостаточности многофакторная, обусловлена разными причинами, такими как воспалительный процесс, низкая усвояемость железа и витаминов,

аутоиммунные расстройства, прием лекарственных препаратов или наличие хронического заболевания, однако ведущую роль в ее развитии играет недостаточная продукция эритропоэтина (ЭПО). Успешную коррекцию анемии следует рассматривать как важную часть лечения пациентов с ХБП. Внедрение в клиническую практику препаратов рекомбинантного человеческого эритропоэтина с целью преодоления относительного дефицита ЭПО коренным образом изменило стратегию лечения и исходы анемии у пациентов с ХБП.

Однако, несмотря на новые терапевтические возможности лечение анемии эритропоэз-стимулирующими препаратами (ЭСП), достижение целевого уровня гемоглобина (10-12 г/дл) не всегда возможно. Согласно данным литературы, у 80-90% пациентов назначение ЭСП вызывает адекватный эритропоэтический ответ, тогда как у оставшихся 10-20% наблюдается замедленная или отсутствующая реакция, несмотря на применение высоких доз эритропоэтинов.

Целью нашего исследования явилось изучение причины резистентности к ЭСП у пациентов с анемией, получающих перитонеальный диализ.

Материалы и методы. Исследование проводилось в отделении нефрологии и перитонеального диализа Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала. Принимали участие 27 пациентов (16 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 23 до 55 лет (в среднем $38,3 \pm 3,7$ лет) с ХБП V стадии, находящихся на ПАПД в среднем $44 \pm 5,8$ месяцев (от 6 до 84 месяцев). Адекватность перитонеального диализа (ПД) оценивалась КТ/V, который составлял в среднем 2,2.

Больным проводилась коррекция анемии эритропоэтинами на фоне базисной терапии препаратами железа, витаминами группы В. Эритропоэтин-бета вводился подкожно в дозе 18-30 МЕ/кг 3 раза в неделю до достижения целевого уровня гемоглобина (110-120 г/л).

Обследование больных включало определение уровня гемоглобина крови, гематокрита, концентрацию сывороточного железа, ферритина, трансферрина. Также определялись уровень паратгормона сыворотки крови, сывороточного альбумина, показатели адекватности диализа, наличие скрытых инфекций и кровотечений. Систематически проводилось мониторирование артериального давления, ЭКГ в динамике.

Продолжительность наблюдения составила 48 недель.

Полученные в результате исследования данные обрабатывались с помощью программы Statistica 6.0. Разница между группами считалась статистически значимой при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Уровень гемоглобина в начале исследования колебался от 67 до 98 г/л (средний $84,1 \pm 4,67$ г/л). В фазе коррекции целевой уровень гемоглобина был достигнут за 15 недель у 15 (87%) больных : на 8 неделе достигли 12 пациентов (44%), на 12 недели еще 9 больных (33%), и 2 (8%) – на 15 недели. Средний прирост гемоглобина составил $12,2 \pm 3,8$ г/л. У 4-х (15%) больных с начальным уровнем гемоглобина 65-68 г/л применение эритропоэтина не дало ожидаемого клинического эффекта. С целью эффективности коррекции эритропоэтинами контролировалось содержание железа в организме. В нашем наблюдении у одного больного имело место снижение уровня сывороточного железа, низкий уровень ферритина, что требовало назначения препаратов железа до нормализации показателей.

У двоих пациентов резистентность к ЭСП была обусловлена высоким уровнем паратгормона и развитием гиперпаратиреоза. Паратгормон потенциально влияет на секрецию ЭПО почечными перитубулярными фибробластами посредством косвенных механизмов, оказывающих влияние на чувствительность эритроидных предшественников к ЭПО. Паратиреоидэктомия позволила у данных пациентов преодолеть резистентность анемии к ЭСП. У одного больного выявлена множественная миелома, что требовало параллельного лечения у гематолога.

В фазе поддерживающей терапии (33 недели) была проведена конверсия на эритропоэтин длительного действия с более удобным режимом введения. 14 пациентов (52%) получали препарат в дозе 100 мкг 1 раз в мес, 13 (48%) – в дозе 75 мкг 1 раз в мес. Причем у 5 больных на 22 и 24 недели исследования уровень гемоглобина достиг в среднем $134,2 \pm 2,6$ г/л, в связи с чем лечение было прекращено. И только через 4-6 недель при гемоглобине $109,4 \pm 3,1$ г/л терапия эритропоэтинами была возобновлена в дозе 75 мкг 1 раз в мес.

Средняя доза бета-эритропоэтина в фазе коррекции составила 6040 ± 1846 МЕ в неделю, в фазе поддерживающей терапии средняя доза стимулятора эритропоэза пролонгированного действия - 96 ± 34 мкг в месяц, что соответствовало результатам аналогичных исследований.

Выводы. Управление анемией остается трудной задачей у существенной части диализных пациентов. К сожалению, у 10-20% больных снижается или отсутствует реакция на эритропоэтин, несмотря на терапию большими дозами. В нашем исследовании у 15% больных наблюдалась

резистентность к эритропоэтинам, что было обусловлено дефицитом железа, высоким уровнем паратгормона и присоединении множественной миеломы.

Так как анемия и устойчивость к ЭСП способствуют повышению заболеваемости и летальности, важно понимать этиологические факторы и способы преодоления их с целью улучшения клинических исходов.

ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ

Андоньева Н. М., Дубовик М. Я., Гуц Е. А., Грушка М. А., Валковская Т. Л.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

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

Сахарный диабет (СД) распространенное заболевание и является одной из наиболее острых проблем клинической медицины, что обусловлено широким распространением, клиническим полиморфизмом и тяжестью осложнений. Серьезной проблемой остается недостаточный уровень выявления диабетической нефропатии, которая является наиболее частой причиной терминальной хронической почечной недостаточности (ХПН), что позволяет назвать ее «медицинской катастрофой всемирного масштаба» [1, 2]. СД как причина хронической болезни почек (ХБП) Vст. зарегистрировано 14,2%, а на заместительной почечной терапии (ЗПТ) – 12% пациентов [3, 4]. В то же время, данные Европейской Ассоциации Диализа и Трансплантации свидетельствуют о значительно большей заболеваемости и распространенности СД среди пациентов на ЗПТ [2, 4].

Несмотря на серьезные достижения последних лет, в лечении больных с терминальной стадией ХБП, частота заболеваемости и смертности при данной патологии остаются высокими, а выживаемость на протяжении первых 5 лет колеблется в пределах 30-50% от начала проведения почечнозаместительной терапии [3, 7]. Предикторами неблагоприятного результата ЗПТ рассматриваются сопутствующие заболевания в комплексе с другими составляющими коморбидности, которые оказывают непосредственное влияние на результат заместительной терапии [6, 7].

Влияние коморбидной патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение терминальной стадии ХБП многогранный и индивидуальный. Взаимодействие заболеваний, возраста, характер и тяжесть осложнений значительно изменяет клиническую картину и ход основной нозологии, ухудшают качество жизни больного, ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический процесс. Коморбидность влияет на прогноз для жизни, увеличивает вероятность летального исхода [1, 6, 8].

Согласно данным регистра Европейской Ассоциации Диализа и Трансплантации, пятилетняя выживаемость пациентов СД самая низкая, практически в два раза ниже, чем у пациентов с гломерулонефритом [2, 4]. Больные сахарным диабетом, получающие лечение методами диализной терапии, являются более тяжелыми, что обусловлено широко представленным коморбидным синдромом [2, 3, 5].

Учитывая сложности ведения пациентов сахарным диабетом, мы проанализировали качество лечения больных данной категории методом перитонеального диализа (ПД) и изучили коморбидность у пациентов диабетической нефропатией.

Материалы и методы. Исследование проводилось в отделении нефрологии и перитонеального диализа Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала. Нами ретроспективно проанализировано материалы наблюдений 87 пациентов (43 женщин и 34 мужчин) с терминальной стадией ХПН на фоне СД I типа (61,2%) и СД II типа (38,8%), получающих ЗПТ методом ПАПД. Возраст больных колебался от 23 до 70 лет ($42,4 \pm 6,2$ года). На момент обследования продолжительность лечения ПАПД составляла 4–86 мес. Остаточная функция почек (суточный диурез ≥ 500 мл) сохранялась у 68 больных; суммарный недельный Kt/V urea колебался в пределах 1,7–3,7 (медиана 2,0).

Сопутствующая патология оценивалась по индексу коморбидности, рассчитанному по M.E.Charlson, который включал возраст больного: 1 балл (50-59 лет), 2 балла (60-69), 3 – (70-79), 4 – (80-89), а также число и тяжесть сопутствующих заболеваний.

Результаты исследования.

Полученные данные показали, что практически все пациенты СД, которые получали ПД, могут рассматриваться коморбидными. Осложненную коморбидность к началу лечения ПД имели 86%

пациентов. Одним из ведущих осложнений СД занимает макроангиопатические поражения, атеросклеротического генеза. В связи с этим, основной причиной смерти у данных пациентов является возникновение сердечно-сосудистых катастроф. В нашем исследовании: Ишемическая болезнь сердца диагностирована у 67,1% пациентов, инфаркт миокарда в анамнезе отмечался у 24,7% больных, острое нарушение мозгового кровообращения встречалось у 16,2% случаев.

Не менее серьезными и распространенными являются микрососудистые осложнения СД. Почти пятая часть пациентов данной категории имеют проблемы со зрением. Большую часть из них (75-80%) составляют пациенты с различной степенью диабетической ретинопатии, меньшую (20-25%) – с осложненной диабетической катарактой, вторичной неоваскулярной глаукомой, синдромом «сухого» глаза и другими проблемами [2, 8]. В нашем исследовании: диабетическая ретинопатия выявлена в 92% случаев, диабетическая катаракта – в 57,4%, отслойка сетчатки зарегистрирована в 39,2% пациентов.

Поражение нервной системы при СД встречается с высоким постоянством и, по данным разных авторов, обнаруживается у 70-90% пациентов СД [2]. У исследуемых больных 86% случаев диагностирована диабетическая полинейропатия. Среди них у 4 больных выявлена «диабетическая стопа», у 3 пациентов произведена ампутация нижней конечности до в/3 бедра в связи с гангреной.

Сахарный диабет и артериальная гипертензия (АГ) являются двумя взаимоотягощающими состояниями, поскольку они поражают общие органы-мишени. В связи с чем, ассоциация СД и АГ повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний в 7 раз, что в значительной степени связано с патологическими изменениями со стороны сердца и сосудов, которые объединяются термином «ремоделирование» сердечно-сосудистой системы [1, 5].

АГ в данной популяции диагностирована в 100% случаев. При этом 12% пациентов получали один антигипертензивный препарат, 54% - два препарата, 32% - три антигипертензивных средства и 2% - четыре препарата.

Больше половины больных с ХБП страдает анемией. Соответственно, СД является одной из главных причин нефрогенной анемии. При диабетической нефропатии анемия развивается раньше, чаще и протекает тяжелее, чем у больных с заболеваниями почек другой этиологии [4]. В нашем исследовании анемия выявлена у 59% пациентов СД. В 36% случаев проводилась коррекция данного осложнения эритропоэтинами и в 80% пациенты получали препараты железа.

Кроме этого, у 68% исследуемых пациентов диагностирована гастро- и дуоденопатия, в 26% случаев выявлена язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, в 22% больных определен жировой гепатоз, 14% пациентов страдали хроническими обструктивными заболеваниями легких.

Состояние 16% пациентов было отягощено наличием хирургической патологии (грыжи передней брюшной стенки, хронический калькулезный холецистит). Важной проблемой, которая определяет выживаемость метода ПД, а в некоторых случаях и больных, является диализный перитонит. Диализные перитониты обуславливают 15-35% всех госпитализаций у пациентов на ПД и являются одной из главных причин перевода на гемодиализ [3]. По нашим данным у 33,4% больных развился диализный перитонит, из них 12,6% случаев обусловлен грибковой инфекцией, что явилось причиной конверсии на ГД.

К началу лечения ПД у 86% больных сахарным диабетом определялся коморбидный синдром (Табл 1).

Таблица 1

Индекс коморбидности исследуемых пациентов

3 балла	4 балла	5 баллов	6 баллов	8 баллов
12,4%	33,6%	24,6%	10,8%	4,6%
больных	больных	больных	больных	больных

В нашем наблюдении выявлено, что пятилетняя выживаемость пациентов с диабетической нефропатией была значительно ниже (46%), чем у больных общей популяции (76%) (Рис.1).

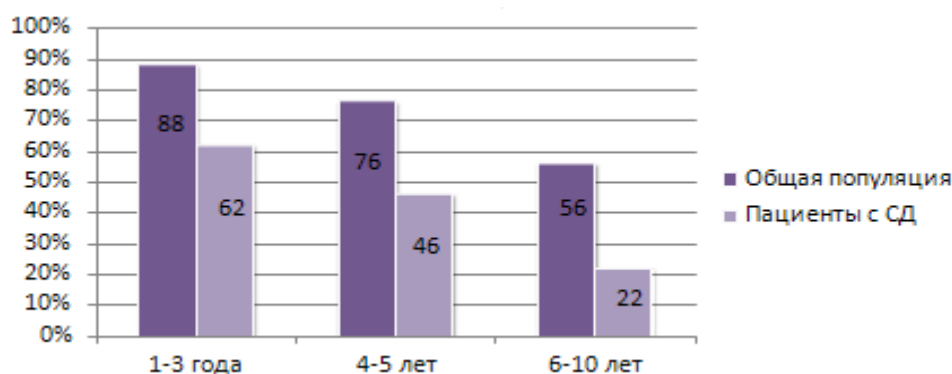


Рис. 1. Выживаемость пациентов на перитонеальном диализе.

В структуре летальности больных с ХБП VД стадии ведущее место занимает кардиоваскулярная патология. В нашем наблюдении сердечно-сосудистые осложнения были непосредственной причиной смерти больных, которые получали перитонеальный диализ (Рис.2).

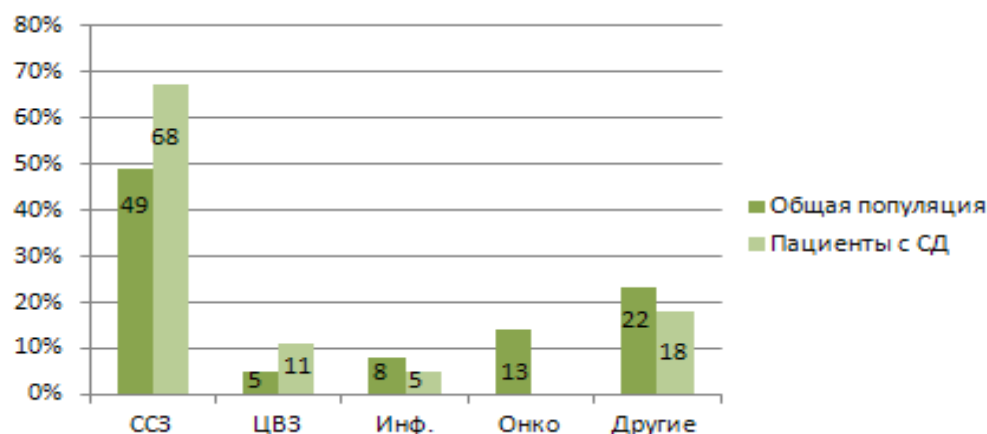


Рис. 2. Причины летальности больных с ХБП V Д

Таким образом, наше наблюдение демонстрирует, что коморбидность при сахарном диабете является значимым фактором, который ограничивает эффективность перитонеального диализа. Изучение патогенетических механизмов последней и усовершенствование подходов к ее профилактике и лечению является одной из первоочередных задач для нефрологов, решение которой позволит улучшить результаты применения перитонеального диализа и качество жизни пациентов с диабетической нефропатией.

Выводы

1. Течение сахарного диабета на заместительной почечной терапии методом перитонеального диализа характеризуется высокой распространенностью макро- и микрососудистых осложнений на фоне высокой частоты сопутствующих заболеваний.

2. Коморбидность – мощный фактор декомпенсации больных сахарным диабетом, ухудшающий прогноз в проведении почечнозаместительной терапии, что требует не только своевременной диагностики сочетанных поражений, но и адекватной комплексной терапии.

3. Необходим комплексный подход с учетом коморбидности, который ставит условие, что нужно лечить не болезнь, а больного.

Литература:

- Багрий А.Э. Особенности медикаментозной терапии пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом 2-го типа / А.Э. Багрий // Здоров'я України. –2010.–№3. – С. 5.
- Курникова И.А. Оптимизация системного подхода в реабилитации больных сахарным диабетом с высокой коморбидностью // Международный эндокринологический журнал. 2010. № 3.
- Лісовий. В.М, Андон'єва Н.М. Адекватність використання постійного амбулаторного перитонеального діалізу в діалізовому центрі м. Харкова // «Український журнал нефрології та діалізу». -2013.- № 1. - С. 128-129.
- Лесовой В.Н, Андоньева Н.М. Применение перитонеального диализа как метода коррекции уремического синдрома у пациентов с хронической болезнью почек // Международный медицинский журнал. -2011.- Т17.- №3(67).-С. 95-100.
- Bayliss E. A., Ellis J. L., Steiner J. F. Subjective assessments of comorbidity correlate with quality of life health outcomes: initial validation of a comorbidity assessment instrument // Health qual. life outcomes. - 2005. - Vol. 3. - P. 51.
- Charlson M. Can disease management target patients most likely to generate high costs? The impact of comorbidity / M. Charlson, R. E. Charlson, W. Briggs, J. Hollenberg // J. gen. intern. med. - 2007. -№ 22 (4). - P. 464-469.

7. Starfield B., Lemke K. W., Herbert R., et al. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly // Ann. fam. med. -2005. - Vol. 3. - P. 215-222.
8. Van den Akker M., Buntinx F., Roos S. et al. Problems in determining occurrence rates of multimorbidity // J. clin. epidemiol. -2001. - Vol. 54. - P. 675-679.

ОСОБЕННОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Бирюкова И. Т., Лавриненко Г. И., Тарнакина Т. П.

Харьковская городская клиническая больница № 2

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

Сахарный диабет давно уже приобрел размеры эпидемии среди неинфекционных заболеваний и рассматривается как медико-социальная проблема в силу нарастающей заболеваемости, в том числе среди лиц молодого возраста, ранней инвалидизации и высокой летальности больных.

Сахарный диабет I типа (СД I) и хроническая болезнь почек (ХБП) стоят рядом в перечне актуальных проблем современной медицины, занимая за темпами прироста среди основных причин смерти 2 место. Число случаев смерти от ХБП в мире выросло приблизительно на 82%, от СД – на 93%.

Известно, что 90% б-х СД II. живут в странах со средним или низким уровнем. Украина, как страна ограниченными ресурсами, не отклоняется от мировых тенденций: на 2014 г. количество больных СД приближается до 1.4 млн, из них 2 тип диагностирован у 1.14 млн (93%) .

Ежегодный прирост показателей распространенностей СД в Украине составляет 4.4 %.

По данным Nam Han Cho (президент International Diabetes Federation (IDF) в 2016-2017.) каждые 2 случая в мире врачи подтверждают новый случай СД , а каждые 6 сек.- умирает 1 человек с этим диагнозом.

Диспансеризация больных СД представляет планомерное проведение врачебных осмотров, комплекс профилактики и лечения, с помощью которых можно на ранних стадиях выявить болезнь, предупредить её прогрессирование. Поддержание у больного стабильного духовного и физического состояния, сохранения трудовой стабильности и предупреждение всевозможных осложнений, а также сопутствующих заболеваний.

Периодичность наблюдения за больными зависит от лечения и тяжести диабета. Постоянными консультантами остаются офтальмолог, невропатолог, нефролог, терапевт. Остальные специалисты привлекаются по мере необходимости.

Под диспансерным наблюдением в городском нефрологическом кабинете находится 27 человек. 2 человека сняты со смертностью. Из них мужчин – 10 ч., женщин – 17 ч. Под наблюдением врача нефролога по больные страдающие сахарным диабетом от 1 года до 19 лет. Относительно регулярно посещают нефролога -11 человек (40.7%). 16 чел.(59.3%) наблюдают крайне редко, по вызову не приходят по 4-5 лет, в связи с чем, приходится вызывать через участковую сеть. Имеют 1 группу инвалидности – 7 чел.(25.9%) 3 группу инвалидности -8 чел.(29.6%).

Стационарное обследование проводится в эндокринологическом отделении ХГКБ №2; НИИ эндокринологии и в нефрологическом отделении ОКЦУН. Разработаны стандарты медицинских технологий диагностически-лечебного процесса амбулаторно-поликлинической помощи.

Необходимо проводить диагностические исследования больным сахарным диабетом с поражением почек: анализ мочи клинический, анализ мочи по Нечипоренко, суточная протеинурия, анализ крови клинический, почечные пробы, общий белок, липидный комплекс.

Кратность диспансерного наблюдения 1раз в 6 месяцев. Осмотр узких специалистов, консультация уролога, гинеколога, офтальмолога, и др. 1 раз в год. При ХБП 4-5 кратность диспансерного наблюдения 1 раз в квартал.

Лечебные мероприятия: диетотерапия, щадящий режим, мочегонные, гипотензивные препараты, коррекция углеводного обмена, при ХБП 4-5 энтеросорбенты, коррекция анемии. Кратность наблюдения по необходимости.

Реабилитационные мероприятия: рациональное трудоустройство при необходимости направления на МСЭК, санаторно-курортное лечение. Кратность пожизненно. Профилактические мероприятия: санация хронических очагов инфекции, отмена профилактических прививок.

Показания к госпитализации: наличие признаков обострения, ухудшение состояния больного, ухудшение лабораторных показателей. Критерии желаемых результатов: нормализация АД, нормализация показателей крови, уменьшение протеинурии. Диспансерное наблюдение пожизненно.

Основная причина посещения врача нефролога – ухудшение состояния здоровья больного или заключение на МСЭК при переосвидетельствовании. Отказ от посещения врача – это чаще всего неосведомленность о необходимости таких посещений, и неблагоприятные социально-экономические условия.

На данный момент можно констатировать низкую приверженность пациентов к регулярному обследованию и лечению, что представляет собой значительную проблему, особенно на фоне неуклонного роста распространенности сахарного диабета, а следовательно и диабетической нефропатии. Необходимо дальнейшее просвещение этой группы пациентов, т.к. при наличии всех необходимых компонентов для амбулаторно-поликлинического наблюдения это единственный путь к продлению додиализного периода и сохранения качества жизни этих больных.

СИНДРОМ АЛЬПОРТА В ПРАКТИКЕ НЕФРОЛОГА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Котулевич Н. Я., Терещенко И. В., Олянич С. А., Валковская Т. Л., Железникова М. А.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

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

Хроническая болезнь почек (ХБП) - наличие структурных или функциональных признаков повреждения почек со снижением или без снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ), существующих в течение трех месяцев и более вне зависимости от нозологического диагноза. Понятие ХБП включает все формы поражения почек до развития хронической почечной недостаточности (ХПН), все стадии ХПН и все варианты заместительной почечной терапии (ЗПТ): гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация трупной почки и почки от живого донора.

Хроническая болезнь почек - это социально значимая проблема, она стала очевидной, когда стремительно начало возрастать количество больных с хронической почечной недостаточностью, поступающих на заместительную почечную терапию методом программного гемодиализа. ХБП гораздо чаще регистрируются у лиц, получающих ЗПТ, страдающих сахарным диабетом (СД), артериальной гипертензией (АГ). В свою очередь, исследования больных, страдающих СД и АГ, показали, что с развитием ХБП у них заметно возрастает частота тяжелых сердечно-сосудистых осложнений, а риск сердечно-сосудистой смерти до начала ЗПТ в 20 раз выше, чем в общей популяции взрослого населения. Причины развития ХПН - первичное поражение почек: хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, амилоидоз, поликистоз почек; вторичное поражение почек при сахарном диабете, системных заболеваниях соединительной ткани, артериальной гипертензии а также наследственных болезней почек среди которых синдром Альпорта по данным различных авторов составляет примерно 0,3-0,5% в структуре почечной патологии и является причиной утраты почечных функций приводящих к переходу на перитонеальный диализ или гемодиализ в зависимости от выбора пациента.

По мере развития медицины и здравоохранения наследственные болезни составляют все большую долю в общей патологии человека. Поэтому врачам любой специальности постоянно приходится лечить больных с наследственной патологией, хотя многие из них не подозревают об этом. Многие наследственные заболевания не всегда диагностируются даже в клинических условиях. Это, в определенной степени, и понятно, поскольку диагностика наследственной патологии - это сложный и трудоемкий процесс.

Трудности диагностики заключаются в многообразии нозологических форм наследственных болезней. Некоторые формы заболеваний встречаются крайне редко. Да и врач не может активно владеть всем запасом знаний, необходимых для диагностики наследственной патологии. Поэтому он должен знать основные принципы, которые помогут ему заподозрить нечасто встречающиеся наследственные заболевания, а после дополнительных консультаций и обследования поставить точный диагноз

Благодаря развитию технологии диализа и методов медикаментозной коррекции на современном этапе, значительно увеличилась продолжительность жизни больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), однако актуальным остается повышение их качества жизни (КЖ)

Синдром Альпорта – генетически гетерогенное, наследственное (чаще сцепленное с X-хромосомой) заболевание, характеризующееся ультраструктурными изменениями гломерулярной базальной мембраны (ГБМ), клинически проявляющееся нефритическим синдромом с гематурией и

нередко асоціюючись з сенсоневральною глухотою і поразками органа зору. В наше час не повністю згодилися про те, чи варто вважати синдром Альпорта одним з варіантів спадкового нефриту чи розглядати ці терміни як синоніми.

Частота синдрому Альпорта в США становить від 1:5000 до 1:10000. Синдром Альпорта є причиною термінальної ниркової недостатності (ТНН) у 2,5% дітей і 0,3% дорослих (0,3 – 2,3% серед усіх пацієнтів з ТНН в Європі, Індії чи Сполучених Штатах)

В основі ниркової патології лежить дефект нефібрилярного колагену IV типу базальної мембрани клубочків і порушення структури її – истончення з ділянками утолщення і подовжніх розщеплень. Гематурія, зобов'язана цій патології, супроводжується нейросенсорною тугоухістю і конусовидним випячиванням хрусталика (лентиконус), які частіше за все проявляються у дітей в віці 6–10 років. Захворіння обумовлено передачею мутантного гена, пов'язаного з Х-хромосомою. Синдром Альпорта важче протікає у чоловіків, і вони помирають від прогресуючого нефросклерозу до 30-річного віку. У жінок захворювання протікає сприятливіше, і вони можуть доживати до глибокої старості.

В основі захворювання частіше лежить генетичний дефект, що призводить до патології колагену IV типу, що входить до складу ГБМ. Можливо також і патологія генів, що кодують деякі інші білки, наприклад, важку ланку ІІА немишечного міозину (синдроми Епштейна і Фетчер – див. нижче). До складу колагену IV типу може входити шість альфа ланок (альфа-1 – альфа-6) і кожна молекула колагену складається з трьох таких ланок.

В гломерулярних базальних мембранах (ГБМ) дорослого чоловіка в основному знаходиться $\alpha 3(\alpha 4)\alpha 5$ -тример колагену типу IV. З'єднуючись між собою С-термінальними кінцями, $\alpha 3(\alpha 4)\alpha 5$ -тримери утворюють пари, кожна з яких, в свою чергу, зв'язується з трьома аналогічними в області N-терміналі. В кінцевому підсумку утворюється своєрідна мережа, в якій багато визначає властивості ГБМ. Ця ж ізоформа четвертого типу колагену зустрічається в базальних мембранах дистальних каналців і збиральних трубок, альвеолярних базальних мембран і специфічних мембран очей і сливи. Інтересно, що в ембріональному періоді в ГБМ і всіх інших базальних мембранах нефрона переважають $\alpha 1(\alpha 1)\alpha 2$ -колагенові мережі, які після народження в ГБМ поступово замінюються $\alpha 3(\alpha 4)\alpha 5$ -мережами. $\alpha 1(\alpha 1)\alpha 2$ - $\alpha 5(\alpha 5)\alpha 6$ -мережі зустрічаються також в капсулі Боумена (але не в ГБМ), базальних мембранах збиральних трубок, епідермису і гладких м'язів.

Шість генів колагену типу IV розташовані парно, зустрічно по відношенню до напрямку читання на трьох хромосомах. Гени COL4A1 COL4A2 розташовані на 13-й хромосомі. Гени COL4A3 і COL4A4 на 2-й хромосомі. Гени COL4A5 і COL4A6 на довгому плечі Х-хромосоми (локус Хq21.3). Синдром Альпорта, пов'язаний з Х-хромосомою – асоційований з мутацією COL4A5 локусу. Синдром Альпорта з аутосомно-рецесивним або аутосомно-домінантними типами успадкування – асоційований з мутаціями COL4A3 і COL4A4 локусів, розташованих на 2-й хромосомі (табл.1).

Синдром Альпорта є загальноклінічною проблемою, привертає увагу не тільки нефрологів і педіатрів, але і терапевтів, генетиків, трансплантологів. Рання діагностика спадкового нефриту, своєчасне виявлення порушень функції нирок дозволить своєчасно і адекватно модифікувати лікування хворих і запобігти розвитку ускладнень даного захворювання

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТА ДИСЛІПІДЕМІЯ У ПАЦІЄНТІВ НА ГЕМОДІАЛІЗІ

Котулевич Н. Я., Терещенко І. В., Школенко Л. І., Місула Р. З., Олянич С. О.,

Желєзнікова М. О., Валковська Т. Л.

КЗОЗ «Обласний нефрологічний центр урології і нефрології ім. В. І. Шаповала», м. Харків
Харківський національний медичний університет, м. Харків

В даний час все більше зміцнюється думка про пандемію хронічної хвороби нирок (ХХН). Захворювання нирок і сечових шляхів щорічно призводять до смерті приблизно 850 000 чоловік і забезпечують 150 010 167 випадків стійкої втрати працездатності (за даними World Health Report і Global Burden Disease project). Вони займають 11-е місце як причина смерті і 17-е як причина стійкої втрати працездатності

Питання діагностики і лікування хронічної хвороби нирок (ХХН) – це одна з найважливіших проблем сучасної нефрології. ХХН V стадії характеризується різким зниженням всіх ниркових

функцій і потребує замісної терапії - лікування програмним гемодіалізом (ПГД), перитонеальним діалізом або проведення трансплантації нирки. Незважаючи на постійне удосконалення методів замісної терапії, вони до тепер не забезпечують повної корекції обмінних, гормональних і гемодинамічних порушень, пов'язаних з втратою функцій нирок, а їх застосування нерідко знижує якість життя (ЯЖ) хворих і призводить до серйозних ускладнень.

Хронічна хвороба нирок асоційована з підвищеним серцево-судинним ризиком. Основні причини смерті пацієнтів із ХХН - серцева недостатність і порушення серцевого ритму, що розвиваються на тлі атеросклерозу та метаболічних порушень, які набули вирішального прогностичного значення відносно тривалості життя даної групи пацієнтів.

На сучасному етапі розвитку нефрології з удосконаленням діалітичних технологій і методів медикаментозної корекції, що призвели до значного збільшення тривалості життя хворих на діалізі, стає актуальнішим питання підвищення ЯЖ даної категорії хворих. Вважається загальновизнаним, що при оцінці тяжкості захворювання і виборі методів терапії необхідно враховувати не тільки соматичні показники здоров'я, але і критерії якості життя.

Останніми роками, враховуючи загальну тенденцію вирівнювання ЯЖ хворих, які лікуються ПГД, за рахунок підвищення ефективності лікування і здорових осіб, проводився порівняльний аналіз, що включав суб'єктивні і деяких об'єктивні показники ЯЖ діалітичних хворих і здорових осіб. В доступній літературі зустрічається невелика кількість досліджень, в яких висвітлено співвідношення ціннісних орієнтацій індивідуумів з визначенням якості життя хворих на ПГД.

Як вказувалося вище, основною причиною смерті хворих з ХХН V ст. є серцево-судинні захворювання, питома вага яких складає більше 48 % від загальної структури летальності. Передумови до цього закладаються ще до початку лікування ПГД, коли вже на ранніх стадіях ХХН розвиваються важкі зміни ліпідного обміну, які вимагають корекції.

Згідно з численними клінічними дослідженнями, гіперліпідемія стоїть на першому місці серед метаболічних порушень при розвитку і прогресуванні хронічної ниркової недостатності (ХНН) і в переважній більшості випадків призводить до серцево-судинних ускладнень, які є основною причиною передчасної смерті у таких пацієнтів. Існує зворотна залежність між зниженням швидкості клубочкової фільтрації (СКФ) і захворюваністю і смертністю у таких пацієнтів. За даними National Kidney Foundation, всіх пацієнтів з хронічним захворюванням нирок слід розглядати як групу високого ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ), незалежно від рівня традиційних факторів. Причинами ССЗ у пацієнтів з ХХН можуть служити прискорений розвиток атеросклерозу, артеріосклерозу, ранній розвиток гіпертрофії лівого шлуночка, порушення фосфорно-кальцієвого обміну і розвиток хронічної анемії.

В плазмі крові хворих на ХНН V ст. і звичайно спостерігається високий рівень тригліцеридів (ТГ) і, як правило, нормальна або навіть знижена концентрація загального холестерину (ЗХС). При аналізі ліпопротеїдного спектру плазми крові у 35-70 % хворих виявляється підвищена концентрація ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) і ліпопротеїдів проміжної щільності (ЛППЩ), нормальний рівень ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) і низький вміст ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ).

На підставі результатів комплексного клініко-лабораторного дослідження хворих на ХХН V ст., які лікуються ПГД, набула подальшого розвитку проблема гіперліпідемії як фактора ризику атеросклерозу і доцільності використання гіполіпідемічної терапії у даної категорії пацієнтів.

Встановлено, що порушення ліпідного обміну у хворих на ХХН полягають не тільки в збільшенні концентрації у крові атерогенних ліпідних фракцій, а і в якісній трансформації структури ЛП як низької, так і високої щільності. Показано, що якісна трансформація в їх структурі полягає в зміні співвідношення між апопротеїновою та ліпідною частинами ЛП. Причому, вказані порушення розвиваються у всіх хворих на ХХН V стадії.

Доведено, що у хворих на ХХН V ст. дисліпідемія (ДЛП) розвивається ще до початку лікування ПГД, а її тип і вираженість не залежать від віку, статі, нозології і тривалості первинного захворювання нирок. Зі збільшенням тривалості "діалітичного віку", порушення ліпідного обміну у крові зазнають все більш глибоких змін і набувають різного характеру, включаючи всі ліпідні фракції та апопротеїни ліпопротеїдів.

На основі дослідження порушень ліпідного метаболізму у хворих на ХХН V стадії розроблений діагностичний алгоритм оцінки тяжкості перебігу цієї хвороби. Використання даного алгоритму дозволить лікарям відділень ПГД більш диференційовано проводити медикаментозну терапію з урахуванням деяких клінічних показників, а також показників, що характеризують стан ліпідного

обміну. Обґрунтовано доцільність диференційованого призначення гіполіпідемічних препаратів з урахуванням типу ДЛП та особливостей порушень ліпідного обміну у хворих на ХХН V ст. Доведено ефективність гіполіпідемічної терапії з використанням аторвастатину у пацієнтів з хронічною хворобою нирок V ст. Вперше запропоновано використання показників ЯЖ як критеріїв оцінки стану і ефективності гіполіпідемічної терапії у хворих на ХХН V ст., які лікуються ПГД.

Обстежено 112 пацієнтів з ХХН V ст., серед яких було 63 чоловіка (56 %) і 49 жінок (44 %). Всі хворі перебували на лікуванні у відділенні хронічного гемодіалізу Харківського обласного клінічного центру урології і нефрології. 104 пацієнта отримували сеанси ПГД 3 рази на тиждень з тривалістю одного сеансу 4 години, і 8 пацієнтів отримували 2 сеанси ПГД на тиждень з аналогічною тривалістю. Таким чином, діалізний час у середньому склав $11,7 \pm 0,3$ години на тиждень, а середній “діалізний вік” склав $30,4 \pm 3,2$ місяці. Надана доза діалізу по КТ/V склала $1,18 \pm 0,2$, а міждіалізна надбавка ваги $2,7 \pm 0,1$ кг, що свідчило про адекватний діаліз.

За індивідуальним аналізом результатів дослідження ліпідного метаболізму у пацієнтів з ХХН V ст. нами була відмічена наявність різних типів ДЛП лише у 61 пацієнта (54%), тоді як у 51 пацієнта (46%) не були виявлені зміни концентрацій ЗХС і фракцій ЛПНЩ. Необхідно відзначити, що у даної категорії пацієнтів на фоні нормальних концентрацій атерогенних фракцій ЛП були виявлені зміни в них вмісту апопротейнів і ЛПВЩ.

Було виявлено достовірне підвищення концентрації в-ЛП ($3,1 \pm 0,14$ г/л, $p < 0,01$) порівняно з контрольною групою і нормальні значення ЗЛП. Концентрації ЗХС були вищими за контрольні показники у 34 пацієнтів. Причому у 4 пацієнтів ці значення перевищували 10 ммоль/л. Середні значення в групі обстежених пацієнтів були наступними: ЗХС – $5,91 \pm 0,22$ ммоль/л, ХС ЛПНЩ – $4,02 \pm 0,2$ ммоль/л. Ці значення є підвищеними по відношенню до контрольних, але це підвищення носить характер тенденції ($p > 0,05$).

Рівень ТГ у 35 пацієнтів перевищував 1,9 ммоль/л, що було достовірно відмінне від контрольних показників. Проте, в цілому по групі обстежених пацієнтів, середні концентрації ТГ не відрізнялися від контрольних показників ($1,43 \pm 0,14$ ммоль/л) (табл.1).

Таблиця 1

Показники ліпідного обміну у хворих на ХХН V ст. і групи контролю

Показники	Групи обстежених осіб	
	ХХН V ст.	Контроль
ЗЛП, г/л	$6,4 \pm 0,29$	$6,5 \pm 0,2$
в-ЛП, г/л	$3,1 \pm 0,14^*$	$2,8 \pm 0,04$
ЗХС, ммоль/л	$5,9 \pm 0,22^{**}$	$5,0 \pm 0,45$
ТГ, ммоль/л	$1,4 \pm 0,14$	$1,1 \pm 0,18$

* - $p < 0,01$

** - $0,1 > p > 0,05$

Концентрація ХС ЛПДНЩ складала 0,9 ммоль/л і вище, що достовірно відмінне від контролю. В цілому ж по групі хворих на ХХН V ст. концентрація ХС ЛПДНЩ ($0,71 \pm 0,09$ ммоль/л) статистично не відрізнялися від середніх значень контрольної групи. Підвищення вмісту ХС ЛПНЩ ($4,02 \pm 0,2$ ммоль/л) носить характер тенденції в порівнянні з показниками контрольної групи. Достовірне зниження концентрації ХС ЛПВЩ виявлено у 86 пацієнтів. Середні значення цього показника достовірно відрізнялися від контрольних, і склали $1,02 \pm 0,04$ ммоль/л ($p < 0,01$).

Нами було відзначено, що низькі концентрації апо-А1 у 18 пацієнтів (з 22-х) поєднувалися з нормальними або навіть підвищеними значеннями ХС ЛВЩ, а високі значення апо-А1, як правило, супроводжували гіпо-б-холестеринемією, що свідчить про глибоку якісну трансформацію антиатерогенної фракції ЛПВЩ.

Значення концентрації апо-В у пацієнтів з ХХН V ст. не відрізнялися від контрольних показників. Цікавим представляється той факт, що у 27 пацієнтів відмічені достовірно низькі концентрації апо-В (нижче 86 мг/дл) і, як правило, вони супроводжуються нормоліпопротейдемією. У 7-ми пацієнтів нами виявлені максимально високі показники концентрації апо-В – вище 170 мг/дл, причому у 4-х пацієнтів такі значення поєднувалися з ГЛП IV типу, у 2 пацієнтів - з нормоліпопротейдемією і ще у 1 хворого - з ГЛП IIa типу.

У хворих на ХХН V ст., які лікуються ПГД, існують виражені порушення ліпідного обміну. У 54% хворих – значні зміни, а у 46% пацієнтів виявлена “помилкова нормоліпопротейдемія”, яка

проявляється змінами вмісту апопротеїнів і ХС ЛПВЩ на тлі нормальних концентрацій атерогенних фракцій ЛП, що є наслідком уремічної інтоксикації і наростання катаболічних процесів в організмі хворих.

Порушення ліпідного обміну у хворих на ХХН V ст. проявляються не лише збільшенням концентрації атерогенних фракцій і зниженням антиатерогенних, але й низькими концентраціями апо-В на фоні незмінених концентрацій ХС ЛПНЩ, а також підвищеним вмістом апо-А1 на тлі низьких або нормальних концентрацій ХС ЛПВЩ.

Таким чином, дисліпідемія тісно пов'язана з прогресуванням ХХН, її вплив обумовлено як атеросклеротичним ураженням ниркових судин, так і прямим нефротоксичну дією ліпідів. Гіполіпідемічна терапія у хворих із ХХН на гемодіалізі має переслідувати мету попередження розвитку кардіоваскулярних захворювань. Виявлення проявів порушення ліпідного обміну у пацієнтів з хронічними нирковими захворюваннями необхідне для визначити групи високого ризику та своєчасного призначення терапії з метою попередити розвиток серцево-судинних ускладнень.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК – ПРИЧИНЫ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Лесовой В.Н., Андоньева Н.М., Гуц Е.А., Дубовик М.Я., Олянич С.А., Валковская Т. Л.

Харьковский национальный медицинский университет

Хроническая болезнь почек (ХБП) занимает среди хронических неинфекционных болезней особое место, поскольку она широко распространена, связана с резким ухудшением качества жизни, высокой смертностью и в терминальной стадии приводит к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии – диализа и пересадки почки. Многие годы серьезность проблемы ХБП недооценивалась, она оставалась в «тени» других социально значимых заболеваний.

Всплеск интереса к данной проблеме возник в начале XXI века, когда появились данные крупных эпидемиологических исследований (NHANES и др.), показывающие высокую частоту нарушений функции почек в популяции, а также когда стало очевидно, что диализные службы во всем мире не справляются с постоянно растущим притоком пациентов с терминальной почечной недостаточностью.

В США расходная часть бюджета системы Medicare, направляемая на обеспечение заместительной почечной терапии, достигает 5%, тогда как доля этих пациентов составляет всего 0,7% от общего числа больных, охваченных данной системой. В странах ЕС только на обеспечение диализа ежегодно расходуется 2% бюджета здравоохранения.

В США, стране с самой высокзатратной системой здравоохранения в мире, число больных, нуждающихся в заместительной почечной терапии (диализе и пересадке почки), увеличивается в 1,5 раза каждые 10 лет, а расходы на их лечение – удваиваются.

В Украине по данным Национального регистра в 2016 году различные виды заместительной почечной терапии получали около 8 тыс. человек, ежегодный прирост числа этих больных в среднем составляет 10%. При этом на лечение одного больного в течение года в нашей стране расходуется более 200 тыс. грн. В Украине средний возраст больных, получающих заместительную почечную терапию, составляет 47 лет, то есть в значительной мере страдает молодая, трудоспособная часть населения.

Высокозатратный характер заместительной почечной терапии - одна сторона проблемы. В то же время эти методы лечения, жизненно важные для больных с терминальной почечной недостаточностью, в Украине не являются общедоступными - вопреки основополагающим принципам отечественного здравоохранения.

В XXI век наша страна вступила с низкими показателями обеспеченности населения диализом и трансплантацией почки. В последующие годы число диализных мест увеличилось почти в 3 раза, однако и в настоящее время обеспеченность населения нашей страны данными видами лечения в 3-7 раз ниже, чем в странах Евросоюза, чем в США. Достигнутый прогресс в развитии заместительной почечной терапии в нашей стране фактически сводится на нет естественным приростом числа людей с почечной недостаточностью в популяции.

Таким образом, несмотря на значительный прогресс в развитии ЗПТ (диализа и трансплантации почки) в течение последнего десятилетия и стабильный рост показателей обеспеченности ею жителей Украины, до настоящего времени не удалось преодолеть существенный дефицит данных видов

лечения. Развитие ЗПТ в целом тормозит не только недостаточное финансирование, но и отсутствие единой государственной программы, а развитие трансплантации – также и отсутствие эффективной системы донорства, негативное отношение к вопросам органного донорства в обществе.

Диализ и трансплантация решают далеко не все проблемы пациентов с хронической болезнью почек. Ни один из существующих на сегодня методов заместительной почечной терапии не является безупречным, не обеспечивает 100% восполнения утраченных функций почек, не лишен риска осложнений. Больные, получающие заместительную почечную терапию, характеризуются в несколько раз более высокой смертностью по сравнению с общей популяцией, снижением качества жизни.

Основная причина госпитализаций и смерти диализных больных - сердечно-сосудистые осложнения, частота которых в десятки раз выше общепопуляционных показателей. Как было показано в многочисленных исследованиях, признаки ремоделирования сердца и сосудов отмечаются более чем у половины больных с 3-й стадией ХБП, т. е. задолго до диализа. При нарушении функции почек неблагоприятное влияние на сердце и сосуды традиционных факторов риска (повышенного артериального давления, повышенного уровня холестерина крови, нарушений углеводного обмена) усиливается и появляются дополнительные, “почечные” факторы риска – нарушения фосфорно-кальциевого обмена и вторичный гиперпаратиреоз, анемия. В соответствии с этим традиционные методы кардиопротекции оказываются далеко не так эффективны у пациентов с ХБП и требуют существенной модификации.

В результате большинство пациентов с ХБП не доживают до диализа, погибая на более ранних стадиях болезни от сердечно-сосудистых осложнений. Особая опасность ХБП, так же как и других более известных “тихих убийц” – сахарного диабета и артериальной гипертензии, состоит в том, что она может длительное время не вызывать никаких жалоб, которые побудили бы больного обратиться к врачу и начать лечение. Ежегодно десятки тысяч граждан Украины трудоспособного возраста умирают от осложнений ХБП, в первую очередь сердечно-сосудистых заболеваний, которые при нарушении функции почек встречаются в десятки раз чаще, чем в общей популяции, и имеют ряд неблагоприятных для прогноза особенностей.

Социально-экономические последствия эпидемии ХБП включают:

- неуклонно растущую потребность в высокочувствительных методах ЗПТ;
- необходимость назначения дорогостоящих препаратов для коррекции анемии и нарушений фосфорно-кальциевого обмена;
- многократное повышение риска развития сердечно-сосудистых осложнений, плохо поддающегося коррекции традиционными методами;
- повышение потребности в стационарном лечении;
- уменьшение трудоспособной части населения страны, инвалидизацию, ухудшение качества жизни;
- резкое повышение риска осложнений беременности со стороны матери и плода, высокую материнскую и младенческую смертность, при выраженном снижении функции почек – бесплодие;
- высокую смертность от сердечно-сосудистых, инфекционных и других осложнений.

Ведущими нефрологами Национального почечного фонда США (NKF) была разработана и представлена в 2002 году концепция хронической болезни почек, принятая в настоящее время во всем мире и Украине.

Хроническая болезнь почек - наднормальное понятие, объединяющее всех больных с сохраняющимися в течение 3 и более месяцев любыми патологическими изменениями со стороны почек по данным лабораторных и инструментальных исследований и/или наличием нарушения функции почек в виде снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной с использованием формул Cockcroft-Gault или MDRD.

Распространенность хронической болезни почек в популяции (исследование NHANES и др.) высока - 6-16% (в Японии - до 20%).

В структуре хронической болезни почек первое место по частоте занимают больные диабетической нефропатией и пациенты с поражением почек в рамках сердечно-сосудистых заболеваний - гипертонической болезни и атеросклероза. Среди «нефрологических» причин хронической болезни почек лидирует хронический гломерулонефрит; существенный вклад в ее развитие вносят хронический пиелонефрит и поликистозная болезнь почек.

В Украине распространенность ХБП по итогам 2016 г. составила 979,2 на 100 тыс. населения, т.е. менее 1% населения, впервые выявлено 65,8 случаев на 100 тыс. населения. Однако по данным

исследований в отдельных группах населения с повышенным риском поражения почек распространенность ХБП значительно выше: признаки хронической болезни почек отмечаются более чем у 1/3 больных хронической сердечной недостаточностью; снижение фильтрационной функции почек наблюдается у 36% лиц в возрасте старше 60 лет. Среди лиц ранее не наблюдавшихся нефрологом, и которым ранее не ставился диагноз заболевания почек, выявлено снижение СКФ до уровня менее 60 мл/мин/1,73 м² у каждого шестого больного без заболеваний сердечно-сосудистой системы и у каждого четвертого больного с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Большинство пациентов с ХБП – это больные с вторичными нефропатиями в рамках сахарного диабета, гипертонической болезни, системного атеросклероза. В то же время нарушение фильтрационной функции почек многократно повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений, приводит к выраженной артериальной гипертонии, ремоделированию сердечной мышцы и сосудистой стенки, развитию инсулинорезистентности и гиперлипидемии. Поэтому заболевания сердечно-сосудистой системы, нарушения обмена веществ и ХБП нередко сочетаются у одного и того же пациента.

Сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет и ХБП имеют общие факторы риска и механизмы прогрессирования, что позволяет проводить их комплексную профилактику.

Развитие ХБП у больных артериальной гипертонией и сахарным диабетом, аутоиммунными болезнями (системной красной волчанкой, ревматоидным артритом и др.) существенно ухудшает прогноз и требует пересмотра тактики лечения. С одной стороны, при наличии ХБП требуется более строгий контроль артериального давления, чем у гипертоников со здоровыми почками, с другой стороны, при нарушенной функции почек гипертония носит более резистентный к лечению характер, а возможности применения многих лекарств с почечным путем выведения резко ограничены. У больных с нарушенной функцией почек резко повышается риск нежелательных явлений лечения и непредсказуемых лекарственных взаимодействий.

Выполнение комплексной задачи кардио- и нефропротекции, направленной на улучшение общего прогноза и предотвращение развития терминальной почечной недостаточности, возможно только при совместном ведении пациента с признаками ХБП, активном взаимодействии кардиолога и нефролога, эндокринолога и нефролога или всех трех специалистов.

Хроническая болезнь почек - не узкоспециальная, «нефрологическая», а общемедицинская проблема:

1. Расходы на заместительную почечную терапию составляют значительную часть национальных бюджетов здравоохранения;

2. Основные причины терминальной почечной недостаточности - не первичные заболевания почек (гломерулонефрит, наследственные болезни почек), а вторичные нефропатии (диабетическая, гипертоническая, ишемическая);

3. Основная причина смерти пациентов с хронической болезнью почек - не уремия, а сердечно-сосудистые осложнения, встречающиеся у пациентов с нарушенной функцией почек в десятки раз чаще, чем в общей популяции и имеющие свои особенности;

4. Возможностью диагностики хронической болезни почек на ранней стадии обладают не нефрологи, а представители других специальностей (эндокринологи, кардиологи), терапевты и врачи общей практики, к которым, в первую очередь, обращаются и под наблюдением которых находятся пациенты, входящие в группу риска развития хронической болезни почек;

5. Наличие хронической болезни почек лимитирует многие методы лечения и диагностики, широко применяемые в популяции (некоторые антибиотики и антигипертензивные препараты, нестероидные противовоспалительные препараты и анальгетики, рентгеноконтрастные средства, другие потенциально нефротоксичные лекарства, любые препараты, экскретируемые почками);

6. Задача мониторинга пациентов с хронической болезнью почек, обеспечения эффективной нефропротективной терапии, достижения рекомендованных целевых клинико-лабораторных показателей может быть решена только при совместных усилиях всего медицинского сообщества.

Существуют два подхода к выявлению хронической болезни почек: проведение скрининга (в рамках всеобщей диспансеризации) и профилактических мер во всей популяции, либо прицельная работа с пациентами из группы повышенного риска ее развития.

В Украине, по данным Всемирной организации здравоохранения, лидирующими факторами риска смертности и заболеваемости являются высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, курение и алкоголь. Хорошо известно, что их неблагоприятное влияние отражается не только на состоянии сердечно-сосудистой системы, но и вызывает хроническую болезнь почек.

Для выявления пациентов с хронической болезнью почек используются простые доступные диагностические тесты: общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением уровня креатинина, на основании которого по формулам рассчитывают скорость клубочковой фильтрации, ультразвуковое исследование почек. Для ранней диагностики хронической болезни почек у больных, входящих в группу риска ее развития, у которых отсутствует белок в общем анализе мочи, проводят тест на микроальбуминурию.

Для диагностики нарушения функции почек может быть использовано определение уровня креатинина крови, однако этот метод не учитывает антропометрические, половые, возрастные особенности больных, что может приводить к серьезным ошибкам. При выраженном нарушении функции почек уровень креатинина крови дает завышенное представление о скорости клубочковой фильтрации. Поэтому необходим дополнительный расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по одной из следующих формул: Кокрофта Голта и MDRD. Существуют компьютерные программы, номограммы, позволяющие в практической работе легко рассчитывать скорость клубочковой фильтрации, зная уровень креатинина крови пациента.

Определение микроальбуминурии имеет особое значение для ранней диагностики ХБП у больных сахарным диабетом и гипертонической болезнью, при которых поражение почек длительное время не сопровождается значительной потерей белка, выявляемой в общем анализе мочи или при помощи теста на протеинурию. Микроальбуминурия на сегодняшний день является доказанным чувствительным фактором сердечно-сосудистого риска. Наличие микроальбуминурии у лиц со СКФ более 60 мл/мин/1,73 м² связано не только с более высокой сердечно-сосудистой смертностью, но и более быстрыми темпами падения фильтрационной функции по сравнению с лицами с тем же уровнем СКФ, но отсутствием микроальбуминурии.

Развитие ЗПТ – открытие новых диализных мест и увеличение числа трансплантаций почки – имеет для нашей области огромное значение, однако решает данную проблему лишь отчасти, поскольку не обеспечивает восстановления трудоспособности и высокого качества жизни больных, не предотвращает их высокую смертность от сердечно-сосудистых и других осложнений, в десятки раз превышающую общепопуляционные показатели.

Поэтому сегодня как никогда актуальна задача создания системы нефрологической помощи населению путем разработки эффективных механизмов их взаимодействия с первичным звеном здравоохранения, центрами здоровья и профилактики, структурами и службами, занимающимися лечением и профилактикой других социально значимых заболеваний.

Хроническая болезнь почек – не узкая нефрологическая, а общемедицинская проблема с серьезными социальными и экономическими последствиями для всей страны. Ее решение возможно только совместными усилиями всего медицинского сообщества при поддержке органов власти и общественности, информированности и активном участии населения.

РОЛЬ НИРКОВОГО КОНТИНУУМА В ПРОГРЕСУВАННІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМА У ПАЦІЄНТІВ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДІАЛІЗІ

Лісовий В. М., Андон'єва Н. М., Дубовик М. Я., Гуц О. А., Грушка М. А.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Вступ. В даний час, як мінімум, у кожного десятого жителя Землі є ознаки пошкодження нирок. При цьому ці цифри були отримані як в індустріальних країнах з високим рівнем життя, так і в країнах, що розвиваються із середнім і низьким доходом населення [2,8,9]. Близько 500 000 000 людей на планеті мають в тій чи іншій мірі порушену функцію нирок, і життя більше 1 750 000 з них триває лише завдяки замісній ниркової терапії (це гемодіаліз (ГД), трансплантація нирки (ТН) і перитонеальний діаліз (ПД) [3,6]. ХХН приймає епідемічний характер. Причини цьому, як вважають, - артеріальна гіпертонія, все більша зустрічальність діабету 2 типу, ожиріння, порушення обміну ліпідів – головні компоненти метаболічного синдрому та збільшення тривалості життя і т.д. [1,4]. Поширеність ХХН в Україні, за офіційними даними, склала приблизно 900 випадків на 100 тис. населення, захворюваність - близько 80 випадків на 100 тис. населення. З урахуванням даних міжнародних епідеміологічних досліджень, згідно з якими поширеність ХХН у світі становить 7-10%, статистичні дані по Україні занижені як мінімум на порядок. Інформація про те, що в нашій країні щорічно з'являється всього лише 20 нових випадків ХХН V стадії на 1 млн. населення також не відображає реальну ситуацію. Згідно середньоєвропейським даним по щорічній кількості пацієнтів, яким починають проводити замісну ниркову терапію (ЗНТ), цей показник становить як мінімум 650

осіб на 1 млн. населення[5,4]. Не менш важливою є також проблема метаболічного синдрому, що обумовлено і його великою поширеністю (24% у жінок та 23% у чоловіків за результатами крупного проспективного дослідження ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities Study)) і негативним впливом на серцево-судинні ризики. Сплеск інтересу до проблеми ХХН виник на початку ХХІ століття, коли з'явилися дані великих епідеміологічних досліджень (NHANES та ін.), що показали високу частоту порушень функції нирок в популяції, а також коли стало очевидно, що діалізні служби в усьому світі, незважаючи на відкриття нових центрів діалізу, не справляються з припливом пацієнтів із термінальною нирковою недостатністю. У країнах ЄС на забезпечення лише діалізу щорічно витрачається 2% бюджету охорони здоров'я [7,9]. Проте хворі, які отримують ЗНТ, характеризуються в кілька разів вищою смертністю порівняно із загальною популяцією. Основні причини госпіталізацій і смерті діалітичних хворих - серцево-судинні. Крім того, доказано, що метаболічний синдром негативно впливає не тільки на глобальний серцево-судинний ризик, але і саме на функцію нирок. Так, зустрічаємість хронічної хвороби нирок у пацієнтів з метаболічним синдромом в 1,64 рази вище, чим у пацієнтів без МС, що обумовлено коморбідними ланками їх патогенезу.

У хворих з патологією нирок метаболізм ліпопротеїнів порушений. Більшою мірою це відноситься до профілю аполіпопротеїнів, ніж до профілю ліпідів. Хронічна ниркова недостатність (ХНН) зазвичай пов'язана з підвищеною поширеністю гіпертригліцеридемії та порушенням обміну ліпопротеїнів, включаючи підвищення ліпопротеїнів низької та дуже низької щільності (ЛПНЩ і ЛПДНЩ) і зниження ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ). Порушення в концентраціях ліпопротеїнів є наслідком дисбалансу між синтезом і деградацією ліпопротеїнів. При патології нирок активність ліполітичних ензимів зменшується, зокрема ліпази ЛПНЩ [1,4,8]. Механізм, що лежить в основі зниження активності ліпази ЛПНЩ не ясний, але може включати функціональний дефіцит або резистентність до інсуліну (що, можливо, побічно опосередковано дефіцитом вітаміну Д і гіперпаратиреозом) і присутністю недіалізуемого інгібітора ЛПНЩ у плазмі хворих уремією. Кінцевий результат - зниження рівня неатерогенних, що містять АроА, ліпопротеїнів і підвищення рівня атерогенних, що містять АроВ, ліпопротеїнів з низькою і дуже низькою щільністю [5,9]. Діаліз не коригує уремічну дисліпопротеїнемію, але може поміняти її модель. При постійному амбулаторному перитонеальному діалізі (ПАПД) у хворих встановлюється більш атерогенний профіль ліпопротеїнів, ніж при гемодіалізі (ГД): більш високі рівні ЛПНЩ при однакових або більш низьких рівнях ЛПВЩ; більше збільшення рівня тригліцеридів і більше насичення тригліцеридами ЛПНЩ і ЛПДНЩ. Але в дослідженні Avram гіперліпідемія була пов'язана з кращим статусом вісцеральних білків. У діалітичних хворих з гіполіпідемією серцево-судинна смертність вища, що вказує на те, що білково-енергетична недостатність (БЕН) має більшу прогностичну значимість, ніж уремічна дисліпідемія [2,6]. Фактори, що сприяють розбіжностям в профілі ліпопротеїнів у хворих на ПД - це, перш за все, абсорбція глюкози з черевної порожнини, яка варіює від 100 до 200 грам на день, що призводить до підвищеного рівня інсуліну, який вважається стимулом до посилення синтезу тригліцеридів в печінці. Крім того, серед втрат білків у діалізат в кількості 5-15 грам в день є всі типи ліпопротеїнів. Коефіцієнт просіювання для них неоднаковий, що призводить до переважних втрат малих молекул, таких як ЛПВЩ, які губляться зі швидкістю еквівалентної 34% їх добового синтезу [1,7]. Рівень ліпопротеїнів а в 2-3 рази вище при ПД. Більше того, виявлено зв'язок між рівнями ліпопротеїнів та проявами ішемічної хвороби серця (ІХС) в анамнезі. Механізм, що призводить до підвищення концентрації ліпопротеїнів при ПД, не ясний. Одне з пояснень - стимуляція синтезу ліпопротеїнів у печінці в результаті збільшення втрати ліпопротеїнів та інших білків плазми в діалізат.

Порушення фосфорно-кальцієвого обміну у пацієнтів із хронічною хворобою нирок (ХХН) відіграє важливу роль у процесах кальцифікації, в тому числі, коронарних судин, аорти; в звапнінні атеросклеротичних бляшок, розвитку ІХС та виникненні коронарних ризиків [2,4]. Численними дослідженнями в даний час показано, що гіперфосфатемія і підвищений здобуток фосфорно-кальцієвий (РхСа) пов'язані з серцево-судинною летальністю та судинною кальцифікацією. Використання фосфатзв'язуючих препаратів, які не містять кальцій, для лікування вторинного гіперпаратиреозу пов'язано з меншою летальністю, принаймні, у вперше прийнятих на діаліз пацієнтів і меншою прогресією судинної кальцифікації (або її відсутністю) навіть при однаковому контролі фосфатів у порівнянні з застосуванням препаратів, що містять кальцій. Низький рівень кальцитріолу в популяції пацієнтів із ХХН пов'язаний з підвищеним ризиком судинної кальцифікації. А активатори вітаміну Д, в протективних дозах знижували експресію остеобласних факторів в аорті і одного з їх цільових протеїнів - остеокальцину. Встановлено також, що стимуляція активаторами

вітаміну Д синтезу фактора росту фібробластів здатна збільшити ниркову екскрецію фосфатів. Таким чином, кальцифікація судин, відхилення в концентраціях Са, фосфатів, паратіреоїдного гормону (ПТГ) є характеристиками мінеральних кісткових порушень при ХХН та ідентифіковані як сильні, незалежні предиктори прогресування серцево-судинної складової МС [6].

Численні дослідження останніх десятиліть були спрямовані на вивчення різних патогенетичних ланок і чинників прогресування ІХС при МС та ХХН, які виявили багато спільних точок дотику, таких як порушення ліпідного та фосфорно-кальцієвого обміну, прогресування атеросклеротичного процесу, загальне системне запалення. Але незважаючи на придбання величезного багажу знань з даного питання, залишаються важливими для подальшого дослідження «ниркові» предиктори прогресування МС у пацієнтів на ПД.

Матеріали та методи дослідження. Нами були досліджені 114 пацієнтів у віці від 19 до 76 років, які отримували замісну ниркову терапію методом перитонеального діалізу на базі відділення нефрології та перитонеального діалізу ОКЦУН ім. В.І.Шаповала. Максимальний вік хворих склав 76 років, але переважали особи 46-55 років, середній вік склав 47,9 років. Розподіл пацієнтів за нозологією первинного ураження нирок, що призвів до термінальної стадії ниркової недостатності, в нашому дослідженні відповідав такому у всеукраїнському реєстрі нефрологічних хворих, які отримують замісну ниркову терапію методом перитонеального діалізу. Найчастіше, в 57% випадків, хронічний гломерулонефрит призвів до розвитку ХНН. Наступними за частотою слідували полікістоз нирок (15%), діабетичний гломерулосклероз (13%), хронічний пієлонефрит (8%) і гіпертонічний нефроангіосклероз (7%). Тривалість ЗНТ методом ПД у обстежених пацієнтів знаходилася в межах від 12 до 106 місяців, медіана тривалості склала 53 місяці. У переважної кількості хворих, які отримували терапію ПД, термінальна ХНН супроводжувалася артеріальною гіпертонією (91%), анемією - (у 37%), порушенням фосфорно-кальцієвого обміну - (у 79%), порушенням ліпідного обміну - (у 72%) , БЕН - (у 16%). Всім пацієнтам були проведені загальноклінічні, лабораторні та інструментальні методи дослідження. За допомогою комп'ютерної програми «PD Adequest» розраховували показники адекватності ПД: тижневий кліренс сечовини (Kt/V), кліренс креатиніну (Cl_{Cr}); визначали площу поверхні тіла (ППТ) та індекс маси тіла, транспортні властивості очередини пацієнтів, а також нормалізовану швидкість катаболізму білка (nPCR), як один із маркерів білково-енергетичної недостатності (БЕН). Отримані дані обробляли за допомогою пакету статистичних програм SPSS 19.0 for Windows.

МС та ІХС були діагностовані у 77,8% із загального числа обстежених хворих. У 6,5% - у формі стабільної стенокардії (1 клінічна група); 4,6% пацієнтів перенесли гострий інфаркт міокарда протягом дослідження, як гостру коронарну подію, що виникла раптово (2 клінічна група); у 49% як безбольова ішемія міокарда (3 клінічна група); у 22,2% - ознак ІХС виявлено не було (4 клінічна група); у 17,6% - у вигляді ішемічної дилатаційної кардіоміопатії (ІДКМП) з серцевою недостатністю (5 клінічна група).

Результати та обговорення. Підсумовувавши, можемо сказати, що у групі 1 - пацієнтів, котрі страждають стабільною стенокардією, в динаміці прогресували порушення фосфорно-кальцієвого обміну; підвищилась гіпертригліцеридемія. Серед показників ефективності ПД відзначалося зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ). У групі 2 - пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда, також прогресували порушення фосфорно-кальцієвого обміну, зберігалася дисліпідемія: на тлі зниження ЛПНЩ знизилась також і ЛПВЩ, декілька знизився ІМТ. У групі 3 - хворих із безбольовою ішемією міокарда, - відзначалася позитивна динаміка показників ефективності ПД, а саме декілька підвищилась ШКФ, але виявились ознаки наростаючої БЕН - знизився nPCR. Виявлена також деяка позитивна динаміка в дисліпідемічних порушеннях: знизилась ЛПНЩ, підвищилися ЛПВЩ. У групі 4 (група порівняння) в динаміці підвищилась ШКФ, знизився артеріальний тиск (АТ), але підвищилися ЛПДНЩ. У групі 5 - пацієнтів з ІДКМП, прогресували порушення фосфорно-кальцієвого обміну. Дисліпідемія також видозмінилася: на тлі підвищення ЛПВЩ і зниження ЛПНЩ підвищилися ЛПДНЩ. Кілька покращилися показники ефективності ПД: підвищився Kt/V , але нарости явища БЕН (знизився nPCR).

Розглядаючи традиційні фактори прогресування МС та ІХС: масу тіла, артеріальну гіпертонію, дисліпідемію в динаміці найвищий ІМТ виявлено в групі пацієнтів, які страждають на ІДКМП (позитивні ранги 47%); найнижчий - у групі хворих, що перенесли інфаркт міокарда (негативні ранги 60%) (рис.1).

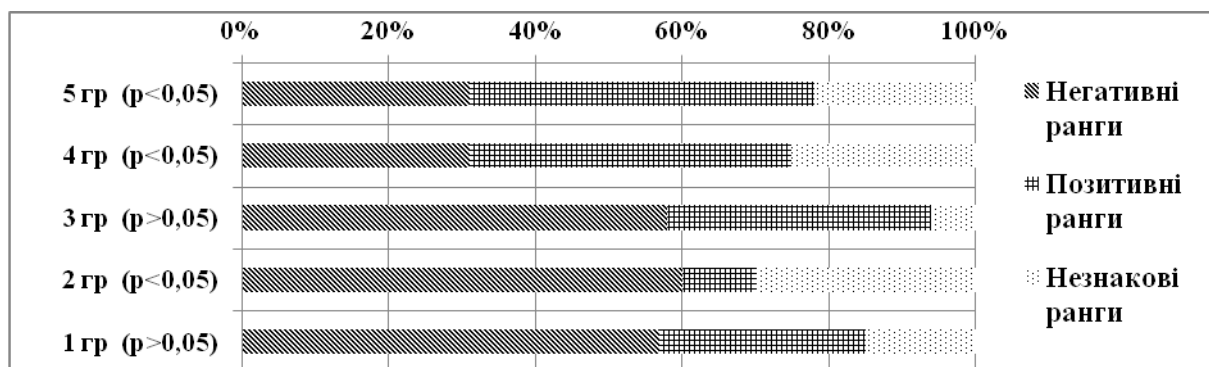


Рис.1 Динаміка ІМТ в різних клінічних групах.

ЛПВЩ найвищими також опинилися в групі пацієнтів з ІДКМП (позитивні ранги 79%), а найнижчим у групі пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда (негативні ранги 80%) (рис.2).

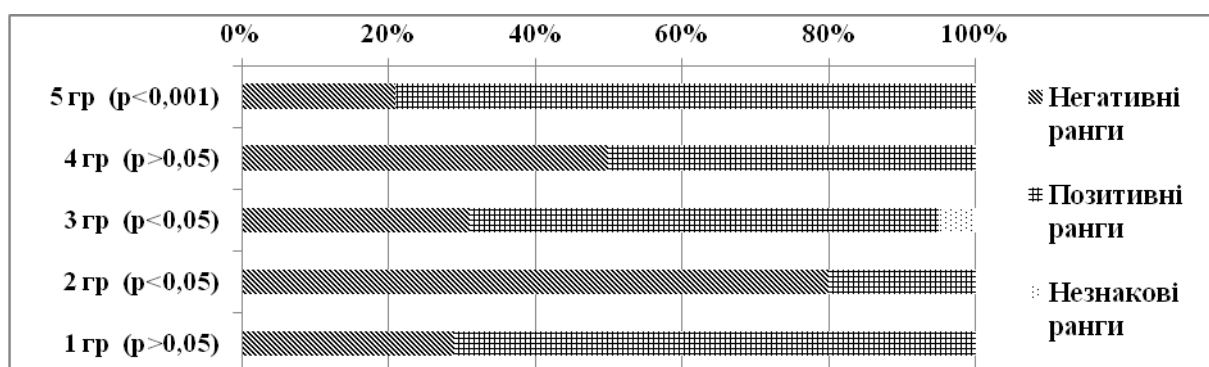


Рис.2 Динаміка ЛПВЩ в різних клінічних групах.

Гіпертригліцеридемія найбільш вираженою опинилася в групі пацієнтів з безболівою ішемією міокарда (позитивні ранги 89%), а найменш вираженою в групі порівняння (негативні ранги 57%) (рис.3).

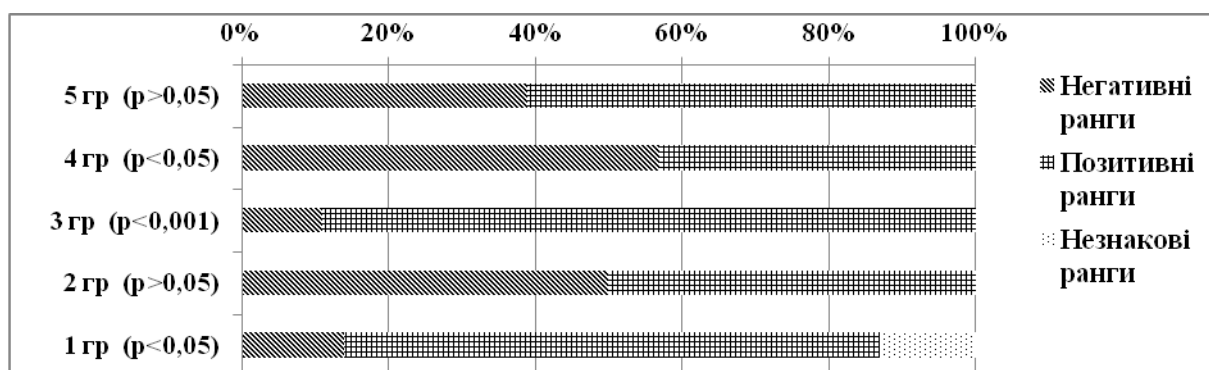


Рис.3 Динаміка тригліцеридів в різних клінічних групах.

Примітки:

- 1 гр. - стабільна стенокардія
- 2 гр. - інфаркт міокарда
- 3 гр. - безболіова ішемія міокарда
- 4 гр. - немає ІХС (група порівняння)
- 5 гр. - ішемічна дилатаційна кардіоміопатія

ЛПДНЩ найбільш високими виявилися в групі пацієнтів, які страждають стенокардією напруги (позитивні ранги 43%, $p < 0,05$); найбільш низькими в групі пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда (негативні ранги 90%) і в групі пацієнтів з безболівою ішемією міокарда (негативні ранги 89%). Тоді як ЛПДНЩ виявилися найвищими в групі пацієнтів із безболівою ішемією міокарда

(позитивні ранги 95%), а найнижчі в групі хворих, які перенесли інфаркт міокарда (негативні ранги 70%).

Середній артеріальний тиск найбільш високим виявився в групі пацієнтів, що страждають стенокардією напруги (позитивні ранги 29%) і в групі хворих з безболівою ішемією міокарда (позитивні ранги 28%), а найбільш низьким в групі пацієнтів з ІДКМП (негативні ранги 90%).

Висновки. В даний час не викликає сумніву не тільки існування ниркового континуума, але і його одночасове та однонаправлене прогресування з серцево-судинним континуумом. При цьому більшість факторів, асоційованих з дисфункцією нирок, одночасно є і «традиційними» серцево-судинними факторами ризику, серед них – артеріальна гіпертонія, цукровий діабет, дисліпідемія, ожиріння, котрі являються основними компонентами МС.

Література.

1. Лесовой В.Н. Основные синдромы болезней почек/ В.Н. Лесовой Н.М. Андоньева – 2016.
2. Абасова Л. И. Артериальная гипертензия и метаболический синдром. Особенности антигипертензивной терапии / Л. Абасова, Р. Дашдамиров, А. Бахшалиев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – Т. 10, № 4. – С. 107–109.
3. Амбросова Т. М. Адипокіни, інсулін та маса міокарда у хворих на артеріальну гіпертензію / Т. М. Амбросова, О. М. Ковальова, Т. В. Ащеулова // Галицький лікарський вісник. – 2011. – № 1. – С. 5–8.
4. Амбросова Т. М. Профіль вуглеводів, ліпідів, адипокінів та ехокардіографічні параметри у хворих на артеріальну гіпертензію залежно від індексу маси тіла / Т. М. Амбросова // Проблеми безперервної мед. освіти та науки. – 2011. – № 2. – С. 27–32.
5. Базилевич А. Я. Огляд новин Конгресу Європейського товариства кардіологів / А. Я. Базилевич // Ліки України. – 2014. – № 7-8 (183-184). – С. 34–41.
6. Перцева Т. О. Вплив інсулінорезистентності на ренальну функцію в осіб з абдомінальним ожирінням / Т. О. Перцева, М. К. Рокутова // Медичні перспективи. – 2015. – № 2. – С. 30–36. (Здобувачеві належить ідея статті, проведено відбір хворих, здійснені статистична обробка та аналіз отриманих даних, написання та оформлення статті).
7. Rokutova M. K. Clinical efficiency of diet and physical exercises in patients with abdominal obesity and renal dysfunction / M. K. Rokutova // The Pharma innovation. – 2015. – № 4 (4). – P. 73–76.
8. Перцева Т. А. Ожирение и метаболический синдром: связь с ренальной дисфункцией : обзор лит. / Т. А. Перцева, М. К. Рокутова // Урология. – 2010. – Т. 14. – № 1 (52). – С. 52–58. (Здобувачеві належить ідея статті, написання та оформлення статті).
9. Francis J., Zhang Z.-H., Weiss R.M. et al. // AJP-Heart Circ Physiol. — 2004. — Vol. 287. —P. H791—H797.

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Лесовой В. Н., Андоньева Н. М., Дубовик М. Я., Гуц Е. А., Олянич С. А.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Ожирение стало всемирной эпидемией. Более чем у 600 миллионов взрослых (старше 18 лет) во всем мире констатировано наличие ожирения, и, по прогнозам, его распространенность в ближайшем десятилетии увеличится на 40%. В последние годы частота развития гломерулопатии, ассоциированной с ожирением, выросла в 10 раз. Кроме того, показано, что ожирение является фактором риска нефролитиаза и ряда злокачественных новообразований, в том числе рака почки.

Ожирение стало всемирной эпидемией, и, по прогнозам, его распространенность в ближайшем десятилетии увеличится на 40%. Растущая распространенность ожирения оказывает влияние на риск развития сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, а также хронической болезни почек (ХБП). Высокий индекс массы тела – один из наиболее значимых факторов риска ХБП. У лиц с ожирением в ответ на увеличение метаболических потребностей избыточной массы тела развивается компенсаторная гиперфльтрация. Увеличение внутривенного давления может привести к повреждению почек и повышению риска развития ХБП в отдаленном периоде.

В последние годы частота развития гломерулопатии, ассоциированной с ожирением, выросла в 10 раз. Кроме того, показано, что ожирение является фактором риска нефролитиаза и ряда злокачественных новообразований, в том числе рака почки.

Прирост распространенности ожирения является глобальной проблемой, прогнозируют, что в следующем десятилетии он достигнет 40% по всему миру. В странах с низким и средним уровнем дохода в настоящее время наблюдается переход от нормальной массы тела к избыточной и ожирению. Это та же тенденция, которая наблюдалась несколько десятилетий назад в части Европейских стран и в США. Такое увеличение распространенности ожирения вносит вклад в развитие сердечно-сосудистых заболеваний и ХБП.

В 2014 г. более чем у 600 миллионов взрослых (от 18 лет и старше) во всем мире было констатировано наличие ожирения. Ожирение – значимый фактор риска поражения почек. Оно увеличивает вероятность развития основных факторов риска хронической болезни почек (ХБП), таких как сахарный диабет и артериальная гипертензия (АГ), и оказывает непосредственное влияние на развитие ХБП и терминальной почечной недостаточности (тХПН). У лиц, страдающих ожирением, формируется гиперфльтрация, по-видимому, как компенсаторная реакция, позволяющая обеспечить возросшие метаболические потребности организма при увеличении

массы тела. Повышение внутриклубочкового давления может привести к повреждению почечных структур и увеличению риска развития ХБП в отдаленном периоде.

В многочисленных популяционных исследованиях обнаружена ассоциация между показателями ожирения и развитием и прогрессированием ХБП. У лиц без заболеваний почек повышение ИМТ ассоциировано с наличием и появлением протеинурии. Более того, по данным многочисленных крупных популяционных исследований, более высокие значения ИМТ оказались связаны с наличием или возникновением снижения расчетной СКФ а также с более быстрыми темпами дальнейшего падения рСКФ и развитием тХПН. У пациентов с предрасполагающей ХБП повышение ИМТ, ожирение II степени и выше было ассоциировано с более быстрым прогрессированием ХБП. В нескольких исследованиях, оценивавших взаимосвязь между ХБП и абдоминальным ожирением (диагностированным по величине ОТ и соотношению ОТ/ОБ), описана ассоциация между более высокими значениями охвата талии и бедер и альбуминурией, снижением СКФ и развитием тХПН независимо от уровня ИМТ.

Определения ожирения чаще всего основаны на величине ИМТ (т.е. массы тела [в кг], разделенной на квадрат роста [в м]). Значение ИМТ в интервале от 18,5 до 25 кг/м², согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения, считается нормальным весом, ИМТ в пределах от 25 до 30 кг/м² рассматривают как избыточный вес, а ИМТ > 30 кг/м² – как ожирение.

Ожирение вызывает прямое повреждение почек, вследствие нарушенного синтеза жировой тканию различных веществ с токсическим для почек действием, а также опосредованное за счет риска развития сахарного диабета и гипертензии, являющихся наиболее значимыми факторами риска хронической болезни почек. В целом взаимосвязь между ожирением и неблагоприятными почечными исходами сохраняется даже после поправки на возможные факторы, опосредующие сердечно-сосудистые и метаболические эффекты ожирения - такие как высокое АД и сахарный диабет, что свидетельствует о том, что ожирение может влиять на функцию почек посредством механизмов, частично не связанных с этими осложнениями.

Увеличение количества висцеральной жировой ткани, измеренной при компьютерной томографии, ассоциировано с большей распространенностью альбуминурии у мужчин. Наличие независимой от величины ИМТ ассоциации между абдоминальным ожирением и худшими почечными исходами также описано при изучении смертности у пациентов с тХПН и у реципиентов почечного трансплантата. Эти данные свидетельствуют о непосредственном влиянии висцеральной жировой ткани на почки. В целом взаимосвязь между ожирением и неблагоприятными почечными исходами сохраняется даже после поправки на возможные факторы, опосредующие сердечно-сосудистые и метаболические эффекты ожирения - такие как высокое АД и сахарный диабет, что свидетельствует о том, что ожирение может влиять на функцию почек посредством механизмов, частично не связанных с этими осложнениями.

Ожирение приводит к целому комплексу метаболических нарушений, которые оказывают различное повреждающее действие на почки. Точные механизмы, посредством которых ожирение может ухудшить течение или привести к развитию ХБП, по-прежнему не установлены. Сам факт, что у большинства лиц с ожирением не развивается ХБП и что до 25% лиц с ожирением считаются «метаболически здоровыми», свидетельствует о том, что самого по себе увеличения массы тела недостаточно для индукции повреждения почек. Некоторые из неблагоприятных последствий воздействия ожирения на почки могут быть результатом развивающихся в дальнейшем коморбидных состояний, таких как сахарный диабет или АГ, но выделяют также непосредственное влияние жировой ткани на почки, связанное с эндокринной активностью продуцируемых адипоцитами веществ, среди которых важная роль принадлежит адипонектину, лептину и резистину. В результате запускается целый ряд процессов, в том числе воспаление, оксидативный стресс, нарушение метаболизма липидов, активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, увеличение продукции инсулина и формирование инсулинорезистентности.

Ожирение ассоциировано с рядом факторов риска, вносящих вклад в более высокую заболеваемость и распространенность нефропатии. Более высокая масса тела ассоциирована с более низким значением рН мочи и повышенной экскрецией с мочой оксалатов, мочевой кислоты, натрия и фосфатов. Диета, богатая белком и натрием, может способствовать закислению мочи и снижению в ней концентрации цитрата, что также повышает риск камнеобразования. Инсулинорезистентность, характерная для ожирения, также может предрасполагать к нефропатии, влияя на Na/H-транспортёр в канальцах и аммониягенез, и способствуя поддержанию кислой реакции мочи. Усложняет картину тот факт, что некоторые методы снижения веса способствуют

скорее увеличению, чем снижению риска камнеобразования, например, операции на желудке могут привести к значительному возрастанию всасывания оксалатов в кишечнике и повышению риска нефролитиаза.

Механизмы, лежащие в основе увеличения риска рака почки, наблюдаемого у лиц с ожирением, изучены недостаточно. Стимулирующее влияние на рост разных типов опухолевых клеток могут оказывать инсулинорезистентность с последующей хронической гиперинсулинемией, увеличение продукции инсулиноподобного фактора роста 1, а также комплекс многочисленных вторичных гуморальных эффектов. И уже в самое последнее время в качестве дополнительных эндокринных воздействий жировой ткани стали рассматривать ее влияние на иммунитет и формирование воспалительного окружения, оказывающие комплексное воздействие на механизмы канцерогенеза.

Ожирение вызывает прямое повреждение почек вследствие нарушенного синтеза жировой тканью различных цитокинов с нефротоксическим действием, а также опосредованное - за счет индукции развития сахарного диабета и АГ, являющихся наиболее значимыми факторами риска ХБП. Возможно, благодаря преимуществам ожирения в отношении выживаемости при ХБП, распространенность тХПН достигла пикового значения как в США, так и в Европе. Разработка стратегии по контролю на популяционном уровне эпидемии ХБП, связанной с ожирением, и по предупреждению у пациентов с ожирением прогрессирования ХБП до стадии почечной недостаточности является мучительно сложной задачей, с которой в настоящее время сталкиваются организаторы здравоохранения, руководители медицинских учреждений и нефрологическое сообщество.

Крупные нефрологические ассоциации, в том числе Международное Общество Нефрологов (International Society of Nephrology, ISN), Международная федерация Почечных фондов (International Federation of the Kidney Foundation, IFKF), Европейская нефрологическая ассоциация (European renal association, ERA-EDTA) и различные национальные сообщества, призывают к проведению на популяционном уровне мероприятий по профилактике и лечению ХБП на ранней стадии. В США 10-летняя целевая программа в сфере здравоохранения «Здоровые люди 2020» (Healthy People 2020), пропагандирующая здоровый образ жизни и профилактику, направлена как на ХБП, так и на ожирение. Первым шагом к разработке мероприятий по охране здоровья служат опросы для выявления больных ожирением, в частности, лиц с высоким риском ХБП (например, пациентов с ожирением и АГ и/или сахарным диабетом) и лиц, не получающих лечение в полном объеме. Целью проведения таких опросов является информирование таких пациентов о том, что у них существует потенциальный риск развития ХБП. Приоритетным для определения целей и средств модификации риска является накопление доказательств того, что современные вмешательства по снижению риска ХБП при ожирении эффективны и доступны. Необходимо адекватно документировать уже накопленные знания о риске ХБП и о пользе мероприятий по первичной и вторичной профилактике ХБП у лиц с ожирением, а также проводить новые исследования в этой популяции для восполнения имеющихся пробелов в знаниях (см. ниже). Наконец, наблюдательные программы для мониторинга прогрессирования ХБП у лиц с выявленным повышенным риском и оценка эффективности уже действующих профилактических программ являются третьим основным элементом стратегии эффективной профилактики ХБП в популяции.

Успешно действующие системы наблюдения за больными с ХБП уже внедрены в некоторых странах, например, в Великобритании. Там была развернута кампания по распространению и применению рекомендаций K-DOQI по ХБП на уровне первичного звена оказания медицинской помощи в рамках Национальной Службы Здравоохранения Великобритании (UK National Health Service). Это постепенно повысило степень внедрения рекомендаций K-DOQI а также, благодаря системе поощрения врачей общей практики в Великобритании к выявлению ХБП, привело к впечатляющему улучшению диагностики и лечения ХБП, т.е. лучшему контролю АГ и более частому применению ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина II. Эта система может служить платформой для улучшения профилактики ХБП, ассоциированной с ожирением. Кампании, направленные на снижение бремени ожирения, сейчас в центре внимания во всем мире и настоятельно рекомендуются ВОЗ. Ожидается, что они позволят снизить частоту возникновения связанных с ожирением осложнений, в том числе ХБП. Тем не менее, цели, непосредственно связанные с ожирением у пациентов с ХБП и ожирением по-прежнему нечетко сформулированы, во многом из-за недостаточного числа

высококачественных доказательств, полученных в интервенционных исследованиях по модификации ожирения у пациентов с ХБП.

Общепланетарная эпидемия ожирения многообразно воздействует на население Земного шара. Заболевания почек, включая ХБП, нефролитиаз и рак почки, входят в число наиболее пагубных последствий ожирения, но помимо этого имеется широкий диапазон других неблагоприятных последствий, приводящих в конечном итоге к значительному повышению заболеваемости и смертности и увеличению личных и общественных затрат на лечение. Проводимые на популяционном уровне мероприятия по контролю ожирения могут оказывать положительное влияние на профилактику развития или замедление прогрессирования ХБП.

Литература:

1. Дудченко Ирина Александровна, Приступа Людмила Никодимовна, Атаман Александр Васильевич, Гарбузова Виктория Юрьевна Генетическая детерминированность артериального давления и частоты сердечных сокращений у больных артериальной гипертензией в зависимости от индекса массы тела // Вестник РАМН. 2014. №5-6. С.40-46
2. Фильченков А. А., Залесский В. Н. Лептин, адипоциты и ожирение организма // Российский биотерапевтический журнал. 2007. №3. С.30-37
3. Марковский В. Д., Сорокина И. В., Мирошниченко М. С. Патология органов мочевыделительной системы как важный индикатор состояния здоровья детского населения // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2012. №2. С.694-695
4. Chang A, Van HL, Jacobs DR, Jr., Liu K, Muntner P, Newsome B, Shoham DA, Durazo-Arvizu R, Bibbins-Domingo K, Reis J, Kramer H: Lifestyle-related factors, obesity, and incident microalbuminuria: the CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults) study. Am J Kidney Dis 62:267-275, 2013
5. Ejerblad E, Forel CM, Lindblad P, Fryzek J, McLaughlin JK, Nyren O: Obesity and risk for chronic renal failure. J Am Soc Nephrol 17:1695-1702, 2006
6. Lu JL, Molnar MZ, Naseer A, Mikkelsen MK, Kalantar-Zadeh K, Kovesdy CP: Association of age and BMI with kidney function and mortality: a cohort study. Lancet Diabetes Endocrinol 3:704-714, 2015
7. Vivante A, Golan E, Tzur D, Leiba A, Tirosh A, Skorecki K, Calderon-Margalit R: Body mass index in 1.2 million adolescents and risk for end-stage renal disease. Arch Intern Med 172:1644-1650, 2012 18. Hsu C, McCulloch C, Iribarre

НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ДОНОРОВ ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Лесовой В. Н., Андоньева Н. М., Поляков Н. Н., Олянич С. А., Железникова М. А.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Трансплантация почки является альтернативой при выборе заместительной почечной терапии для большинства пациентов, страдающих терминальной стадией хронической почечной недостаточности. Использование почек от родственных доноров в ряде случаев позволяет полностью избежать терапии гемодиализом. Преддиализная трансплантация существенно улучшает результаты, что выражается в показателях выживаемости как трансплантатов, так и реципиентов. Выполнение родственной пересадки почки сопряжено со значительным снижением периода холодовой ишемии трансплантата, имеющего и без того более высокое качество по сравнению с трупным органом.

Одной из главных проблем трансплантологии в наше время встает катастрофическая нехватка донорских органов. Во всем мире широко используют доноров с расширенными критериями, трансплантация от которых демонстрирует лучшую выживаемость, чем при лечении диализом.

Для расширения пула доноров на родственную трансплантацию почки в Областном клиническом центре урологии и нефрологии им. В. И. Шاپовала выполняются трансплантации от пограничных доноров.

Обследовано 35 пар донор-реципиент для родственной трансплантации почки, из них у 11 (31,4%) случаях имели место сосудистые аномалии, а именно:

- раннее деление почечных артерий в 2 (5,7%) случаях;

- дополнительные почечные артерии в 6 (17,1%) случаях, при этом у одного из этих пациентов (2,85%) была в наличии аномалия в виде впадения левой почечной вены в нижнюю полую вену в месте бифуркации последней;

- дополнительные почечные вены у 2 (5,7 %);

- циркумаортальная левая почечная вена в 1 (2,85%) случае.

В одном случае (2,85%) у донора почки было выявлено узловое образование в надпочечнике, ему с нефректомией было проведено адреналэктомия.

У одного донора (2,85%) по переднелатеральной поверхности почки обнаружена ангиолипома диаметром до 5 мм, которая была удалена на back table.

Во всех случаях использовалась разная техника анастомозирования. При наличии двух равноценных артерий формировались анастомозы конец в конец одной почечной артерии с внутренней подвздошной артерией и конец в бок второй почечной артерии с наружной подвздошной артерией. При неравнозначности дополнительной почечной артерии, но когда ее диаметр больше 2 мм, второй анастомоз делался также по типу конец в бок с наружной подвздошной артерией. Дополнительные почечные артерии с диаметром меньше 1 мм перевязывались.

При наличии двух равнозначных вен формировалось единое соустье, что анастомозировалось по типу конец в бок с наружной подвздошной веной.

Аномалии почечных сосудов является фактором, что усложняет технику проведения трансплантации, но не ухудшают отдаленные результаты операции и функционирование трансплантата. Поэтому считаем целесообразным выполнение трансплантации почки от доноров, имеющих сосудистые аномалии.

При пересадке родственной почки возможность использования органов для трансплантации с различными сосудистыми аномалиями позволяют увеличить количество трансплантаций от живого родственного донора с последующим улучшением качества жизни реципиента, избавляя их от зависимости участия в диализных процедурах.

ЧАСТОТА РОЗВИТКУ ЛАТЕНТНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У РЕЦИПІЄНТІВ НИРКОВИХ ТРАНСПЛАНТАТІВ

Лісовий В. М., Желєзнікова М. О., Поляков М. М., Андон'єва Н. М., Валковська Т. Л., Олянич С. О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Вступ. Трансплантація нирки з індукційною та наступною базисною імуносупресивною терапією може супроводжуватися реактивацією латентних вірусних інфекцій, таких як цитомегаловірус (ЦМВ), вірус Епштейн-Барра (ВЕБ), поліомавірус(ПВ), вірус герпесу 6 типу. У ранній післяопераційний період це пов'язано з більш інтенсивною імуносупресивною терапією. З ЦМВ-інфекцією пов'язана майже половина випадків лихоманки у хворих впродовж першого року після трансплантації нирки. В залежності від інтенсивності ЦМВ-інфекції вона може протікати безсимптомно або викликати серйозну хворобу. Симптоми ВЕБ-інфекції часто співпадають з симптомами ЦМВ-інфекції. Герпес-вірус- 6 типу уражає В-та Т -лімфоцити, макрофаги, фібробласти та персистує у клітинах нирок, кісткового мозку та слинних залоз. Цей вірус нерідко виявляється у трансплантаті при гострому кризі відторгнення. Поліомавірус є однією з причин розвитку нефропатії трансплантованої нирки з наступною втратою її функції. Частота розвитку поліомавірусної інфекції у таких пацієнтів 5-8%.

Метою роботи було виявлення частоти розвитку латентних вірусних інфекцій у хворих в післятрансплантаційному періоді протягом першого року після операції з урахуванням нозологічних форм захворювань нирок та схеми імуносупресивної терапії.

Матеріали та методи. У дослідження були включені 50 пацієнтів з трансплантованими нирками протягом 1-го року після операції. З них 34 пацієнта з хронічним гломерулонефритом, 4 пацієнти з діабетичною нефропатією, 6 пацієнтів з полікістозом нирок, 4 пацієнта з вадю розвитку СВШ та 2 пацієнти з хронічним пієлонефритом. Усі хворі з трансплантованими нирками отримували індукційну імуносупресію моноклональними антитілами – базиликсимаб, та трьохкомпонентну базисну імуносупресію: інгібітори кальциневрину (циклоспорин А або такролімус), препарати мікофенолової кислоти та кортикостероїди (метилпреднізолон у перерахунку 0,5 мг на кг маси тіла з поступовим зниженням дози до підтримуючих рівнів). При ознаках гострого кризу відторгнення хворі отримували пульс-терапію солумедролом, сеанси плазмаферезу та у деяких випадках конверсію імуносупресії на еверолімус. У якості противірусної профілактики усі хворі отримували ацикловір у стандартних дозах протягом 3 місяців після операції.

Для діагностики ЦМВ, ВЕБ використовували визначення ДНК вірусу у крові та слині методом ПЛР, вірусу герпесу 6 типу визначення ДНК вірусу у крові методом ПЛР та поліомавірусної інфекції визначенням есоу-клітин у сечовому осаді. Використовували наступний аналізатор та тест-систему: ампліфікатор «Герцик», детектор флуоресценції «Джин», ТС-АмпліСенс (Росія).

Результати та їх обговорення. В результаті дослідження у 6 хворих протягом перших 6 місяців була діагностована ЦМВ інфекція, у тому числі 2 випадки первинної ЦМВ інфекції. З них 4 пацієнта приймали такролімус, 2 пацієнта приймали циклоспорин А. У 3 пацієнтів вона протікала на тлі гострого кризу відторгнення, у 1 пацієнта спостерігались гострі виразки шлунково-кишкового тракту,

у 2 пацієнтів дисфункція трансплантату. У 5ти пацієнтів з персистуючою лихоманкою був виявлений ВЕБ, лише в 1 пацієнта спостерігалась порушена функція трансплантату. В 1 пацієнта виявлена мікст-інфекція -ЦМВ+ВЕБ.

Вірус герпесу 6 типу виявлений в 1 хворого з дисфункцією трансплантату, який приймав такролімус. Поліомавірус діагностований у 2 хворих з дисфункцією трансплантату нирки у схему імуносупресивної терапії яких був включений такролімус. Достовірної різниці у залежності від нозологічної форми захворювання нирок та розвитку латентних інфекцій у після трансплантаційний період не виявлено ($p=0,193$).

Висновок. 1. Необхідно змінювати схему профілактики вірусних інфекцій у залежності від серостатусу донора та реципієнта.

2. При серонегативному реципієнті та серопозитивному донорі необхідно проводити санацію донора (при високих титрах Ig G) препаратами валганцикловіру.

РАЗВИТИЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Лесовой В. Н., Поляков Н. Н., Андоньева Н. М., Железникова М. А.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Первая пересадка почки от живого донора в отделении трансплантации Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала была произведена в декабре 2006 года.

В общей сложности за последние четыре года выполнено 169 трансплантаций почки от живого родственного доноров для реципиентов как города Харькова и Харьковской области, так и для жителей других областей Украины.

В качестве донора привлекались мать в 70 случаях, отец в 33, муж в 12, жена в 9, брат в 10, сестра в 2 случаях, по одному случаю донорами были дед, дочь, тетя, дядя и бабушка реципиента.

Длительность проведения заместительной почечной терапии перед трансплантацией составила от 2 месяцев до 8-ми лет. 15-ти пациентам трансплантация была проведена на протяжении первого года диализа.

Донорами в большинстве случаев были женщины - 24 наблюдения (85,7%). Средний возраст доноров составил $54,9 \pm 8,6$ года и колебался в пределах от 41 до 72 лет. 10 доноров (35,7%) были в возрасте старше 60 лет. Модели "родители - ребенок" соответствовали 24 случая, в 3-х случаях донорами были сестры пациентов, в 1-м - муж. Некоторые требования, предъявляемые к потенциальному донору, были снижены в пользу донорства, что позволило увеличить число операций. Прежде всего, это касалось возрастного ценза донора, который возрос до 70 лет. Применялся индивидуальный подход к возможности донорства при повышенном артериальном давлении, требовавшем минимальной медикаментозной коррекции.

Обязательным условием для донорства была оптимальная иммунологическая совместимость донора и реципиента по системе АВО, резус-фактору, по HLA-A и B сублокусам, по HLA-DR-системе, а также в лимфоцитотоксическом тесте.

В протокол обследования донора были включенные такие диагностические методы, как динамическая ангиосцинтиграфия почек, магнитнорезонансная ангиография или спиральная компьютерная томография, которые позволили отказаться от инвазивного ангиографического исследования и определить анатомофункциональное состояние почек. Рядом с рутинным лабораторным обследованием проводилась серологическая диагностика вируса Эпштейна-Барр (EBV), простого герпеса, цитомегаловируса, ВИЧ, а также гепатитов В и С (HBV, HCV).

Сокращение времени консервации почечного трансплантата обеспечивалась одновременным выполнением нефрэктомии и трансплантации. Время холодовой ишемии составляло от 1 до 2 часов. Во всех случаях почка была трансплантирована экстраперитонеально в гетеротопическую позицию на подвздошные сосуды с восстановлением непрерывности мочевых путей с помощью уретероцистоанастомоза. Артерию донорской почки анастомозировали с внутренней подвздошной артерией "конец в конец", а вену - с внешней подвздошной веной "конец в бок".

В Харьковской области все больные с пересаженной почкой находятся на диспансерном учете ОКЦУН им.В.И.Шаповала. С этой целью больным, ежемесячно проводятся общеклинические исследования крови, мочи, оценивается функция трансплантата, подбирается и корректируется

индивидуальная схема иммуносупрессивной терапии. Сегодня у нас на учете состоит 139 реципиентов почки.

Наш опыт показывает, что трансплантация почки от живого родственного донора имеет значительные преимущества, а именно немедленная функция трансплантата, низкая частота криза отторжения, более мягкий режим иммуносупрессии, высокая выживаемость трансплантатов и пациентов.

Лечение больных ХБП во всем мире является не только медицинской, но и актуальной социальной задачей. При этом существенную роль в решении проблемы заместительной почечной терапии в нашей стране должна играть трансплантация почки, которая в настоящее время повсеместно рассматривается как оптимальный метод лечения терминальной ХБП, поскольку позволяет достичь наиболее высоких показателей выживаемости больных и качества их жизни при наиболее низких затратах на лечение.

ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Махновская О.Г., Таратута Ю.А., Бронников И.В., Михайлюк Л.В.

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

Вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ) - частое осложнение хронической почечной недостаточности, которое развивается уже на ранних ее стадиях и характеризуется повышением продукции паратгормона (ПТГ) околотитовидными железами (ОЩЖ), ПТГ-индуцированной костной резорбции и нарушениями обмена кальция и фосфора. Хроническая природа почечной недостаточности способствует развитию и поддержанию ВГПТ у значительного числа пациентов, как до начала заместительной почечной терапии, так и на перитонеальном или гемодиализе.

По данным разных авторов, частота вторичного гиперпаратиреоза (ВГПТ) среди пациентов с ХПН, получающих лечение гемодиализом или перитонеальным диализом, составляет от 45 до 70 %. На фоне улучшения качества лечения продолжительность жизни больных на заместительной почечной терапии постоянно растет, однако, параллельно растет частота ВГПТ и тяжесть его костных проявлений.

В настоящее время ВГПТ является одним из самых тяжелых осложнений, так как существенно снижает качество и продолжительность жизни больных, получающих заместительную почечную терапию.

Когда развивается почечная недостаточность, происходит накопление в костях фосфора, а кальций в то же время депонируется в крови, причем последний остается на стабильно высоком уровне. Накопление фосфатов способствует снижению активности 1-гидроксилазы и стимуляции синтеза ПТГ. Уровень 1-гидроксилазы снижается также и за счет прогрессирующего нефросклероза.

Эти реакции ведут к снижению уровня кальцитриола, что неизменно приводит к гипокальциемии и гиперпродукции паратгормона и развитию вторичного гиперпаратиреоза.

При ХБП также имеет место дефицит витамина D, что приводит к гипокальциемии, которая способствует не только гиперпродукции ПТГ, но и последующей гиперплазии паращитовидных желез и развитию их аденомы. Эта гиперплазированная ткань уже мало чувствительна к регулирующему влиянию Са и витамина D. Считается, что количество кальциевых рецепторов в узлах паращитовидных желез снижается почти на 60%. ВГПТ характеризуется избыточной секрецией ПТГ в ответ на гипокальциемию, гиперфосфатемию и низкий уровень кальцитриола.

При повышении уровня ПТГ происходит нарушение развития скелета, дисфункция иммунитета, образование кальцификатов в сосудах и сердечных клапанах, гипертрофия левого желудочка, анемия. У больных с ХПН могут наблюдаться различные варианты остеопатий. Почечная остеодистрофия является одним из серьезных осложнений, наблюдаемых у больных, находящихся на ЗПТ.

Различают следующие формы почечных остеодистрофий, связанных с развитием ВГПТ:

- Фиброзный остит: протекает длительно бессимптомно, доминируют боли в костях, характерен кожный зуд, миопатия, диффузная кальцификация, анемия, переломы костей, костные деформации; уровень ПТГ > 500 нг/мл; высокая активность ЩФ, гиперфосфатемия.

- Остеомалация: характерна для пациентов, получающих заместительную терапию гемодиализом; проявляется нарушениями минерализации кости, резко замедлено ремоделирование

костной ткани, интенсивные оссалгии, частые патологические переломы, поражение ЦНС (вплоть до диализной деменции и угнетения кроветворения).

Клинико-лабораторная диагностика:

- определение в крови уровня фосфора, ионизированного кальция, ЩФ, ПТГ;
- остеоденситометрия
- рентгенологическое обследование.
- визуализация щитовидной железы (ультразвуковое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, радионуклидные методы).
- костная биопсия с морфометрией, тетрациклиновым тестом и окраской на алюминий.

Основные подходы к лечению гиперпаратиреоза включают: ограничение приема фосфатов с пищей, применение фосфатсвязывающих препаратов, коррекцию гипокальциемии и применение стероидов витамина D. Хотя в большинстве случаев такой подход позволяет адекватно контролировать гиперпаратиреоз, тем не менее, медикаментозная терапия не всегда оказывается эффективной. Основным фактором, определявшим необходимости хирургического лечения пациентов вторичным гиперпаратиреозом, является профилактика биомеханических проблем (множественных переломов костей) и трансформации ВГПТ в третичный. Хирургическое лечение является эффективным и безопасным методом лечения, который нормализует самочувствие больных, показатели минерального обмена и плотности костей.

В отделении гемодиализа № 11 за время работы с 2008 года наблюдалось немалое количество пациентов с вторичным гиперпаратиреозом. Хотелось бы представить несколько интересных клинических наблюдений.

Пациентка К., находится на лечении в ОГД № 11 с диагнозом: Хроническая болезнь почек V ст., пролонгированная заместительной терапией гемодиализом, хронический гломерулонефрит, симптоматическая артериальная гипертензия, уремическая кардиомиопатия, СН IIА ст., вторичная гипохромная анемия. Гиперпаратиреотидная остеодистрофия. С 23.12.2014 года получает заместительную терапию гемодиализом 3 раза в неделю по 4 часа. За время наблюдения отмечались стремительные, выраженные нарушения кальциево-фосфорного обмена, нарастание показателей паратиреотидного гормона. Лабораторные показатели: кальций общий 2.25 ммоль/л, кальций ионизированный- 1.23 ммоль/л, фосфор 2.35 ммоль/л, паратгормон 2450 нг/мл. Рекомендации по дообследованию и лечению пациентка выполняла недобросовестно, от хирургического лечения категорически отказалась. За столь непродолжительный период наблюдения, отсутствие должного контроля паратгормона, привело к деформации грудной клетки, переломам костей таза, бедренных костей, пациентки не может самостоятельно передвигаться.

Пациент В., находится на лечении в ОГД № 11 с 14.03.10. года получает заместительную терапию гемодиализом 3 раза в неделю по 4 часа с диагнозом: Хроническая болезнь почек Vd.ст., заместительная терапия гемодиализом. Кистозная болезнь почек, хронический пиелонефрит единственной почки. симптоматическая артериальная гипертония, уремическая кардиомиопатия, СН IIА ст., вторичная анемия. Вторичный гиперпаратиреоз, множественные аденомы паращитовидных желез (2015 г.). Регулярно обследовался, контролировал показатели фосфорно-кальциевого обмена, принимал поддерживающую терапию препаратов кальция, витамина D. Несмотря на своевременное проведение лечебно-диагностических мероприятий, в октябре 2015 года, отметилась тенденция к нарастанию ПТГ до 1770 нг/мл, на компьютерной томографии выявлены множественные аденомы паращитовидных желез. Больному предложено оперативное лечение, которое было успешно проведено. В послеоперационном периоде состояние больного удовлетворительное, клинико-лабораторно компенсирован. ПТГ в пределах 256-325 нг/мл. Продолжает заместительную терапию, выполняет рекомендации лечащего врача по диагностике и лечению.

Выводы: проблема вторичного гиперпаратиреоза и нарушения кальциево-фосфорного обмена у пациентов, находящихся на заместительной терапии гемодиализом занимает ведущие позиции среди осложнений терминальной почечной недостаточности. Коррекция данной патологии требует дальнейшего детального изучения. Однако, при своевременном использовании имеющихся современных методов диагностики и лечения возможно достижение компенсированного состояния пациента и высокого качества жизни с данной патологией.

РОЛЬ ГИПЕРКАЛИЙЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Махновская О.Г., Таратута Ю.А., Бронников И.В., Михайлюк Л.В.

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

Изучение электролитного обмена в клинике представляет не только теоретический интерес, но имеет и существенное практическое значение. Многочисленные исследования при заболеваниях почек с терминальной почечной недостаточностью указывают, что характер клинического течения и даже исход заболевания в значительной степени зависят от нарушений водно-электролитного баланса.

Калий преобладает среди катионов внутриклеточной жидкости, содержание его достигает 80% положительно заряженных частиц. Количество калия в организме приближается к содержанию натрия, почти 90% калия содержится во внутриклеточном пространстве и только 1,8% располагается во внеклеточной жидкости. Калий полностью всасывается в желудочно-кишечном тракте и очень быстро проникает внутрь. Клеток организма. 80% калия выводится с мочой, 20%—через кишечник. В отличие от натрия, после полного прекращения приема калия, его выделение с мочой снижается постепенно.

Калий участвует в создании и поддержании электрического мембранного потенциала клеток. Регулирует внутриклеточное осмотическое давление, стимулирует активность ферментов гликолиза, участвует в метаболизме белков и гликогена, играет важную роль в формировании потенциала действия в нервных и мышечных клетках и проведении нервных импульсов, обладает иммуномодулирующей активностью.

Концентрация калия в плазме (сыворотке) зависит от равновесия следующих процессов: поступления калия извне, распределения в организме и выведения (почками, потовыми железами, через кишечник). Депо калия в организме не существует, поэтому, даже при небольших изменениях концентрации калия внутри клеток, значительно изменяется его концентрация в плазме. Захват калия клетками стимулируется инсулином, также усиливается под действием катехоламинов, альдостерона. Изменения pH крови приводят к изменению содержания K^+ в клетках - при ацидозе он выходит из клеток в плазму, при алкалозе поступает внутрь клеток. Повышение уровня калия (гиперкалиемия – свыше 5.5 ммоль/л) может быть обусловлена:

- инфузией растворов калия;
- выходом K^+ из клеток во внеклеточную жидкость при массивном гемолизе, рабдомиолизе, распадае опухолей, тяжелых повреждениях тканей, глубоких ожогах, ацидозе;
- снижением выделения K^+ почками при острой почечной недостаточности с олиго- и анурией, ацидозом, терминальной стадии хронической почечной недостаточности с олигурией, болезнью Аддисона, гипопункция ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, шоковые состояния, ишемия тканей;
- уменьшение объема внеклеточной жидкости - дегидратация;
- прием таких лекарственных средств, как амилорид, спиронолактон, триамтерен, аминокaproновая кислота, противоопухолевые средства, дигоксин, нестероидные противовоспалительные препараты.

В случае хронической почечной недостаточности повышение уровня калия никогда не бывает изолированным проявлением почечной недостаточности, он сочетается с уменьшением кальция, повышением магния, фосфора, нарушением кислотно-щелочного равновесия. У здорового человека при поступлении в организм калий попадает внутрь клеток, а избыток выводится почками. Однако в случае почечной недостаточности, количество мочи снижается или отсутствует вообще, соответственно уровень калия стремительно нарастает.

Наиболее типичными признаками такого состояния являются: нарастающая слабость в конечностях; ощущение онемения кожи, (распространяющееся от периферии к центру, то есть от пальцев к туловищу); покалывание, бегающие мурашки в области пальцев и рук; снижение давления; замедление пульса, вплоть до полной остановки сердца и потери сознания; возможна желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков, асистолия.

Субъективные ощущения пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе. «У меня на фоне постоянной тахикардии повышенный калий проявлялся нормальным сердцебиением, только вот ноги не слушались.» «У меня сначала перестали слушаться руки, потом ноги стали ватные (идешь на прямых, только колено согнул – сразу подкашиваются) и еще язык тоже не слушается. При этом всё тело как ватное. Это со мной ближе к вечеру случилось, поймала машину, сразу на

диализ поехала. Выйти из машины смогла, а дальше - ни шагу не могу сделать, ох ранник помог. Калий был 8,6 Ммол/л» Для предотвращения гиперкалиемии у пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью, находящегося на гемодиализе, необходима строгая диета для ограничения поступления калия с пищей. Как известно, суточное поступление калия в организм не должно превышать более 2 граммов. По мне нию большинства специалистов это значит, что за один прием пищи не обходимо избегать употребления более чем одного продукта, богатого калием. Особо «опасные» в этом отношении продукты лучше совсем исключить, другие же готовить таким образом, чтобы содержание калия в них значительно уменьшилось. Продукты, богатые калием: сгущенное молоко и прочие молочные продукты; овощи: бобовые, шпинат, блюда из картофеля (жареный, в мундире, чипсы), свекла, томатное пюре, овощные супы, ревень, грибы; фрукты: сухофрукты, бананы, абрикосы; орехи; зерновые: овсяные хлопья, хлебцы из цельной пшеницы, отруби; какао, кофе, шоколад, ирис, шоколадное масло, фруктовая жевательная резинка; вино, пиво; продукты, содержащие заменители соли.

Для уменьшения содержания калия овощи и фрукты необходимо обязательно очистить от кожуры и вымачивать в течение 6-10 часов. В процессе приготовления лучше избегать таких видов кулинарных обработок, как приготовление в микроволновой печи, запекание, жарение. Оптимальный способ для уменьшения количества калия – это отваривание овощей в большом количестве воды, причем получившийся отвар обязательно выливают. Картофель богат калием, особенно его наружная часть, потому этот овощ вымачивают в нескольких водах или совершенно убирают из рациона, заменяя белым рисом или макаронами.

Диагностика заключается в определении уровня калия в плазме крови, проведение ЭКГ исследования.



В домашних условиях пациент должен выпить очень сладкий крепкий чай, а пациент с сахарным диабетом вместе с инсулином. Введение препаратов кальция внутрь, если доступно - внутримышечно, внутривенно. Возможен прием препаратов Резониум, Кеоксалат, однако действие их кратковременно. Первая помощь при гиперкалиемии – незамедлительно начать процедуру гемодиализа, что является единственно эффективным методом воздействия на гиперкалиемическое состояние.

Выводы: гиперкалиемическое состояние у пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью имеет немаловажное значение в прогнозах на исход заболевания. Нередко может привести

к фатальным последствиям, однако, при правильных подходах пациента к диетическим рекомендациям, добросовестном выполнении назначений лечащего врача возможно достижение длительного, компенсированного состояния пациента на заместительной почечной терапии. Долгосрочной целью каждого пациента с терминальной хронической почечной недостаточностью является качество и продолжительность жизни на гемодиализе, а также возможность пересадки донорского органа и перехода от заместительной почечной терапии к жизни после трансплантации почки.

ИНТРАДИАЛИЗНЫЙ МОНИТОРИГ И БЕЗОПАСНОСТЬ ГЕМОДИАЛИЗА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Хрипаченко И.А.¹, Птица А.Г.², Гейко А.В.², Драгомерецкий М.Н.²,
Земляной И.В.², Белозёрцева О.В.¹

¹Донецкий национальный медицинский университет

²КЛПУ «Городской онкологический диспансер г. Краматорска»

Введение. Благодаря прогрессу технологий заместительной почечной терапии, количество больных с сахарным диабетом (СД), получающих гемодиализ, непрерывно растет. [7] Вместе с тем, СД остается тяжелой мультифакторной патологией, поражающей, наряду с другими системами и сердечно-сосудистую, вызывающей диастолическую дисфункцию миокарда и эндотелиальную дисфункцию. [1] Актуальные показатели смертности у больных с СД выше чем в общей популяции

больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (ХПН). [1,7] При этом само существование артериовенозной фистулы (АВФ) создает для макрогемодинамики дополнительную нагрузку, сопоставимую с искусственным пороком сердца с лево-правым шунтом. [1] Все указанные факторы делают проблему мониторинга безопасности гемодиализа у больных с СД традиционно актуальной. [1,7]

Цель исследования: Формирование оптимальной стратегии мониторинга и обеспечения безопасности гемодиализа (ГД) у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы: Исследование проводилось на кафедральных базах Кафедры анестезиологии и интенсивной терапии ДонНМУ, отделении гемодиализа Городской больницы №1 г. Краматорска и Донецком областном отделении гемодиализа (КЛПУ «Городской онкологический диспансер г. Краматорска»). Проанализировано течение 1682 сеансов хронического гемодиализа у 68 пациентов с сахарным диабетом в возрасте от 34-72 лет (мужчины 37 чел., женщины 31 чел.). Причиной формирования терминальной ХПН у всех больных являлась диабетическая нефропатия с исходом в нефросклероз. У 42,64 % (29 чел.) больных в качестве сопутствующей нефро- и урологической патологии наблюдался хронический пиелонефрит, у 7,35 % (5 чел.) – мочекаменная болезнь с наличием коралловидных и/или вклиненных конкрементов.

ГД у всех больных проводили 3 раза в неделю по 4 часа с «целевыми» значениями $URR \geq 65\%$ (что соответствует расчетному $K^*t/V \geq 1,3$) с бикарбонатным буфером, у 42 больных со стандартным профилем натрия и ультрафильтрации (УФ), у 26 больных применено, так называемое, зеркальное профилирование натрия и УФ.

У всех больных интрадиализный мониторинг включал в себя – мониторинг системной гемодинамики (АД и ЧСС), пульсоксиметрию, плетизмографию с помощью мониторов Онух и Cardiolane, а также мониторинг гликемического профиля. Основную (О) группу составило 42 пациента, контрольную (К) – 26 пациентов. Распределение больных по полу и возрасту между О и К группами достоверно не различалось. В основной группе, кроме того, в стандартный мониторинг был включен ЭКГ - мониторинг в 2 отведениях (II и V5). Безопасность ГД оценивалась по следующим «конечным точкам»: отсутствие артериальной гипертензии и эпизодов интрадиализной (ИД) гипотензии с АД < 90/60 мм рт.ст. и /или на 30% меньше привычных цифр, отсутствие ИД гипогликемии (гипогликемией считалось снижение уровня сахара < 2,2 ммоль/л или любое снижение уровня сахара крови, сопровождающееся нейрогликопенической симптоматикой), отсутствие ИД гипоксемии со снижением $Sp O_2 \leq 95\%$. В О группе, также, эпизодом ишемии миокарда считалась остро возникающая депрессия ST более 2 мм или элевация ST более 1,5 мм. [4]

Математическая обработка результатов проводилась в пакете программ Statistica 8.0 [8]

Результаты исследования: Осложнения наблюдались при проведении 62,78% (1056 р.) сеансов ГД (контрольная группа – 401 случай, основная группа – 655 случаев). Частота осложнений в О и К группах достоверно не различалась и составила $60,7 \pm 5,6\%$ и $63,2 \pm 8,4\%$ соответственно. Лидировали кардиоваскулярные инциденты в виде интрадиализной гипотензии и ишемии миокарда – они были зарегистрированы при 49,9% сеансов ГД. В основной группе выявлено 37 эпизодов ишемии миокарда, что составило 38,5 % (247,5 сеанса) всех сеансов гемодиализа, проведенных пациентам О группы. Обращает на себя внимание, что в 70,6 % случаях ишемия не являлась следствием гемодинамических нарушений, а предшествовала им. На наш взгляд, это свидетельствует о том, что ведущую роль в патогенезе ИД гемодинамических нарушений больных СД играет диастолическая дисфункция миокарда и «синдром гибернирующего миокарда», что характерно для диабетической миокардиодистрофии [1]. Установлено, что хотя общая частота кардиоваскулярных инцидентов в О и К группах достоверно не различались ($50,7 \pm 6,54\%$ и $48,9 \pm 7,25\%$ соответственно), частота ИД гипотензии была достоверно меньше, чем в контрольной ($35,6 \pm 4,73\%$ и $48,9 \pm 7,25\%$ соответственно, $p > 0,05$), что мы объясняем более ранним выявлением и коррекцией кардиоваскулярных проблем. Для медикаментозной коррекции ИД ишемии миокарда «классические» бета-адреноблокаторы и нитраты оказались малоэффективны и опасны за счет риска углубления ИД гипотензии. Предпочтение отдавали препаратам метаболического действия, в частности, препаратам левокарнитина («Карнивит» ТОВ Юрия-Фарм) и антиоксидантам (тиотриазолин, мексидол и др.). Нивелирование ЭКГ - симптоматики, как правило, наблюдалось в течение 2-5 минут от в/в введения метаболических кардиопротекторов. ИД гипотензию купировали изменением профилей натрия и УФ, снижением скорости УФ, введением препаратов кальция, кофеина, и, в исключительных случаях, «микродозами» мезатона. Практику систематического использования адреномиметиков (мезатона и др.) для купирования ИД гипотензии считаем нерациональной.

Частота эпизодов гипогликемии в группах достоверно не различалась ($p > 0,1$) и составляла 6,7 % (70,75 случаев) в О группе и 7,06 % (74,55 случаев) в К группе. Гипогликемию купировали введением 40% раствора глюкозы по общим правилам. Может представлять интерес тот факт, что более чем в половине случаев в О группе (56,1%) гипогликемия сопровождалась появлением косонисходящей «корытообразной» депрессии ST в II отведении, что считается признаком субэндокардиальной ишемии.

ИД гипоксемия выявлена при 5,04 % (53,22 случая) сеансах ГД в О группе и 4,91 % (51,85 случая) в К группе. Максимальная глубина ИД гипоксемии наблюдалась на 50-75 минуте сеанса ГД. Купирования данные явления не требовали, необходимости в респираторной поддержке не возникало ни разу.

Выводы:

1. Поиск оптимальной стратегии обеспечения интрадиализной безопасности больных с сахарным диабетом остается по-прежнему актуальной проблемой.
2. Одним из ведущих факторов риска интрадиализных гемодинамических и ишемических нарушений у больных с сахарным диабетом является «немая» ишемия миокарда, что позволяет рекомендовать включение ЭКГ - мониторинга в стандарт ИД мониторинга у больных с сахарным диабетом.
3. В комплекс коррекции эпизодов интрадиализной ишемии миокарда у больных с сахарным диабетом, целесообразно включать метаболические кардиопротекторы, в частности «Карнитит».

Литература:

1. Беляев А.Ю. Формирование артериовенозных фистул для гемодиализа у пациентов с сахарным диабетом. Нефрология и диализ. 2009
2. Драпкина О.М., Гегенава Б.Б. Фиброз миокарда у больных сахарным диабетом. РФК 2013;9(1): 62-64
3. Диниколантонио Дж.Дж., Лави К.Дж., Фарес Х., Менезес А.Р., Окиф Дж.Х. L-карнитин для вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний: систематический обзор литературы и метаанализ // РМЖ. 2013. №12. С. 651
4. Клинические рекомендации по лечению пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии (ХБП 5) методами гемодиализа и гемодиализации. Нефрология и диализ. 2017 в печати./ENG: Klinicheskie rekomendacii po lecheniyu pacientov s khronicheskoy boleznью почек 5 stadii (KhBP 5) metodami gemodializa i gemodiafiltracii. Nefrologiya i dializ. 2017. v pechati.
5. Ялымов А.А., Шехян Г.Г., Щикота А.М., Задионченко В.С., Шерстянникова О.М., Тугеева Э.Ф., Асымбекова Э.У. Причины и клиническое значение ЭКГ-феномена депрессии сегмента ST. Consilium Medicum. 2013; 5: 108-118
6. Chan John S.D. Diabetic Nephropathy InTech, 2012. — 175
7. Daugirdas J., Blake P., Ing T. Handbook of Dialysis 5th edition. — Wolters Kluwer Health, 2015. — 844
8. Doris T. Chan; Gerald F. Watts; Ashley B. Irish; Gursharan K. Dogra «Insulin resistance and vascular dysfunction in chronic kidney disease: mechanisms and therapeutic interventions» Nephrology Dialysis Transplantation, Volume 32, Issue 8, 1 August 2017, Pages 1274–1281
9. <http://statsoft.ru/#tab-STATISTICA-link>
10. Lerma E.V., Batuman V. (Eds.) Diabetes and Kidney Disease Springer, 2014. — 258
11. Ricci Z, Ronco C. Year in review 2009: Critical Care – nephrology // Critical Care. 2010. Vol. 14. P. 241–247.

ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СЕЧОВИХ ТА СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Антонян І.М., Мегера В.В., Геглюк О.М., Шусь А.В., Мошель Ф.Г., Серняк П.Ю.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Вступ. Інфекції сечовивідних шляхів (ІСВШ) – група найбільш розповсюджених бактеріальних інфекцій. Щорічно у світі реєструється біля 150 мільйонів випадків ІСВШ [1]. В США ІСВШ являються причиною ≤ 7 млн. візитів до лікарів за рік, при цьому біля 2 млн. з них пов'язані з циститом [1,2]. Приблизно 15% всіх антибактеріальних препаратів, що виписуються в США, призначаються з приводу ІСВШ, та їх щорічна вартість складає більше 1 млрд. доларів [3].

Кожного року більше 100 тис. людей госпіталізують у зв'язку з ІСВШ, частіше за все з приводу пієлонефриту [1,2]. Крім цього, не менше 40% внутрішньолікарняних інфекцій також перебігають у формі ІСВШ, при цьому більшість подібних випадків обумовлена наявністю катетера [4–6]. Бактеріурія в умовах стаціонару виникає у 25% пацієнтів, у яких уретральний катетер залишається ≥ 7 днів та щоденний ризик складає 5% [4]. Крім цього, збудники піддаються дії антибактеріальних препаратів, у зв'язку з чим має місце розвиток резистентних форм [6].

В доповіді Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я 2014р., «Стійкість до протимікробних препаратів», визначена основна загроза ефективного проведення профілактики і лікування бактеріальних захворювань, а саме, резистентність до антибактеріальної терапії (АБТ). Після збору та аналізу даних по 114 країнах стало очевидним, що на їх території поширені стійкі до препаратів «останньої лінії» – карбопенемам – штами *K. pneumoniae* і резистентні штами *E. coli* до фторхінолонів. Залучення до рішення даної проблеми державних секторів і суспільства в цілому, повинно бути вирішальною подією, щодо захисту здоров'я населення всього світу [8,9]. Ключовими напрямками боротьби з антибіотикорезистентністю (АБР) є: моніторинг АБР та суворий контроль застосування АБТ, проведення досліджень по АБТ, регулярне забезпечення та обмін інформацією про виникнення резистентності, раціональне застосування антибіотиків.

У вересні 2016 року, світові лідери на зустрічі в Організації Об'єднаних Націй (ООН) заявили про необхідність об'єднання зусиль у боротьбі зі стійкістю мікроорганізмів до протимікробних препаратів. Вперше очільники держав – членів ООН взяли зобов'язання вжити масштабних і скоординованих заходів для боротьби з першочерговими причинами розвитку стійкості до протимікробних препаратів відразу в декількох напрямках, зокрема у сферах охорони здоров'я, охорони здоров'я тварин та в сільському господарстві [7].

АБР – феномен стійкості штамму збудника інфекції до дії одного чи декількох антибактеріальних препаратів. Стійкі мікроорганізми (включаючи бактерії, гриби, віруси і паразити) здатні витримувати атаки антибактеріальних, протигрибкових, противірусних препаратів, так що стандартні методи лікування стають неефективними і збільшується ризик розповсюдження інфекцій.

По характеру перебігу ІСВШ поділяються на неускладнені та ускладнені. Неускладнені ІСВШ діагностують при відсутності обструктивних уropатій і структурних змін нирок і сечовивідних шляхів, а також у пацієнтів без серйозних супутніх захворювань. Ускладнені інфекції сечовивідних шляхів (УІСВШ) виникають внаслідок структурних і функціональних уражень СВШ або на фоні супутніх захворювань, що впливають на захисні механізми макроорганізму та підвищують ризик розвитку інфекції чи неефективності лікування. Серед сприяючих факторів виникнення УІСВШ розрізняють: наявність постійного катетера або стента чи періодична катетеризація сечового міхура, об'єм залишкової сечі > 100 мл, обструктивна уropатія, міхурово – сечовідний рефлюкс або інші функціональні порушення, реконструктивні операції на СВШ з використанням сегмента клубової кишки або формування кондуїта, хімічні або променеві ураження уроепітелію, пери- та післяопераційні ІСВШ, ниркова недостатність і трансплантація нирок, цукровий діабет та імунодефіцити [10]. УІСВШ являються однією із найбільш актуальних проблем сучасної урології. Ці інфекції мають тенденцію до розвитку важких гнійно-септичних ускладнень, бактеріємії та сепсису.

До уropатогенних мікроорганізмів відносять: бактерії сімейства *Enterobacteriaceae* (серед яких перше місце займає *E. coli*), а також *P. aeruginosa*, *E. faecalis*, *S. saprophyticus*, що викликають більше 90 % інфекцій сечовивідних шляхів. В той же час такі мікроорганізми, як *S. aureus*, *S. epidermidis*, *G. vaginalis*, *Streptococcus* spp., дифтеріоди, лактобацили, анаероби, хоча й колонізують пряму кишку, піхву та шкіру, проте практично не викликають ІСВШ. [11].

Лікування повинно бути направлене на відновлення уродинаміки та АБТ, однак представляє значні труднощі, так як ІСВШ характеризуються тривалим перебігом, схильністю до переходу в хронічну форму з частими рецидивами. Важливим фактором в лікуванні УІСВШ є відновлення

пасажу сечі з подальшою ціленаправленою протимікробною терапією. Рекомендована тривалість лікування від 7 – 14 днів, проте залежить від лікування супутніх захворювань, іноді в залежності від клінічної ситуації, терапія може бути продовжена до 21 дня [10]. При виборі лікування необхідно враховувати особливості хворого, такі як: важкість інфекції, стан імунітету, вік, функцію нирок і печінки, а також властивості препарату (токсикологічні, фармакологічні, фармакокінетичні).

Мета дослідження. Оцінка ефективності АБТ у пацієнтів з УІСВШ і аналіз розвитку стійкості мікроорганізмів до АБТ в залежності від тривалості лікування.

Матеріали і методи. Представлені результати лікування 68 пацієнтів з УІСВШ. Пацієнти були розподілені на дві групи: 1-а – 34 пацієнти отримували АБТ протягом 5 – 7 днів, 2-а група – 34 пацієнти отримували АБТ тривалістю від 14 – 21 дня. Всім пацієнтам проводилось мікробіологічне дослідження сечі і крові з визначенням чутливості до антибактеріальних препаратів. Факторами, що обумовлюють ІСВШ були ДГПЗ, стриктури уретри, камені сечового міхура, контрактура шийки сечового міхура, наявність залишкової сечі, уретральний катетер, нейрогенний сечовий міхур у пацієнтів обох груп. Пацієнти обох груп неодноразово знаходилися на стаціонарному лікуванні у зв'язку з УІСВШ резистентною до антибіотиків першої лінії терапії. В анамнезі в I - й групі у 23 хворих (67,6%) та в II - й – 32 (96,4%), застосовувалася комбінована АБТ короткими курсами, що призвело до формування резистентності мікроорганізмів, щодо вживаних препаратів в подальшому, а саме у 14 (60,9%) в першій групі та у 17 (53,1%) другої. Вибір АБТ проводився з врахуванням чутливості мікроорганізму до препарату, доза якого визначалася в залежності від кліренса креатиніна (КК). Показник (КК) розраховувався по формулі Кокрофта – Голта. Корекція дози на основі КК, проводилася лише у пацієнтів з $\text{КК} \leq 50 \text{ мл/хв}$. Безпека і ефективність терапії оцінювалася в динаміці (клінічний і біохімічний аналізи крові, коагулограма, загальний аналіз сечі).

Для лікування використовувалась ціленаправлена монотерапія (цефалоспорины IV покоління, карбопеніми, препарати фосфонові кислоти). Застосовувалася двохетапна АБТ із переходом з парентерального на непарентеральний (як правило, пероральний) шлях введення з урахуванням клінічного стану пацієнтів обох груп. Контрольне бактеріологічне дослідження сечі проводилось на 5, 7, 19, 26 добу.

Результати та їх обговорення. Найбільш розповсюдженою інфекцією у пацієнтів обох груп була *E.coli* – 46 (67,6%), *K. Pneumonia* – 12 (17,7%), *P.aeruginosae* – 6 (8,8%), *P. mirabilis* – 3 (4,4%), *E. Faecalis* 1 (1,5%). Клінічне виліковування на 3 – добу спостерігалось у 61 хворого (89,7%), мікробіологічна ерадикація збудника на 5,7 добу спостерігалась у 66 хворих (95,6%) в обох групах. При оцінці ефективності лікування на 19 добу: в I – групі відновлення симптомів ІСВШ і ріст в бактеріологічному посіві сечі виник у 9 пацієнтів (26,5%), в II групі у 2 (5,9%). На 26 добу при оцінці клінічної і мікробіологічної ефективності лікування, рецидив інфекції спостерігався в I групі – 16 хворих (44,1%), суперінфекція у 3 – х (8,8%), в другій групі 4 (11,8%), суперінфекція не спостерігалась. Провідним збудником у виникненні суперінфекції була *Candida albicans* – 2 пацієнти (66,7%) та *E. Faecalis* у 1-го (33,3%). Найбільш схильною до рецидивування виявилася *E.coli* (у 9-ти пацієнтів I – і групи (56,2%) та у 3-х II – і групи (75%)).

Висновки. Таким чином, лікування УІСВШ складний і тривалий процес. При виборі терапії необхідно підходити з особливою раціональністю враховуючи ефективність препарату та всі можливі ризики від його застосування. Провідним збудником у виникненні даної патології являється *E. coli* – 67,6%. Вибір АБТ повинен здійснюватися з урахуванням чутливості мікроорганізму до препарату і максимальною безпекою для макроорганізму. Клінічна ефективність антимікробного препарату напряму пов'язана з правильним дозуванням і тривалістю його застосування. Неодноразове застосування комбінованих АБТ короткими курсами в анамнезі, призводить до формування резистентності мікроорганізмів щодо вживаних препаратів в подальшому. Короткі курси (7 – 10 діб) ціленаправленої АБТ призводять до рецидивів на 19 добу у 26,5%, а на 26 – у 44,1%, при цьому суперінфекція була відмічена у 8,8%. Пролонгована АБТ (14 – 21 доба) знижує ризик розвитку рецидиву на 19 добу до 5,9%, а на 26 – 11,8%. Провокующим збудником виникнення рецидивів була *E.coli* (9 - пацієнтів I – і групи (56,2%) та у 3-х II – і групи (75%)). З метою досягнення клінічного і мікробіологічного виліковування УІСВШ АБТ повинна бути не менше 14 – 21 дня, що дозволяє проводити ефективну терапію та попереджує розвиток рецидивів.

Література:

1. Walter E. Stamm and S. Ragnar Norrby, 2001. Urinary Tract Infections: Disease Panorama and Challenges.
2. Warren JW, Abrutyn E, Hebel JR, Johnson JR, Schaeffer AJ, Stamm WE. Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. Infectious Diseases Society of America (IDSA). Clin Infect Dis 1999;29(4):745–58.
3. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. Am J Med 2002; 113(Suppl. 1A):5S–13S.
4. Mazzulli T. Resistance trends in urinary tract pathogens and impact on management. J Urol 2002;168(4 Pt 2):1720–2.

5. Gales AC, Jones RN, Gordon KA, et al. Activity and spectrum of 22 antimicrobial agents tested against urinary tract infection pathogens in hospitalized patients in Latin America: report from the second year of the SENTRY antimicrobial surveillance program (1998). *J Antimicrob Chemother* 2000;45(3):295–303.
6. Ruden H, Gastmeier P, Daschner FD, Schumacher M. Nosocomial and community-acquired infections in Germany. Summary of the results of the First National Prevalence Study (NIDEP). *Infection* 1997;25(4):199–202.
7. Антибіотикорезистентність та інфекційний контроль. Інформаційне управління Апарату Верховної ради України. <http://www.rada.gov.ua>
8. Maki DG, Tambyah PA. Engineering out the risk for infection with urinary catheters. *Emerg Infect Dis* 2001; 7(2):342–7.
9. WHO's first global report on antibiotic resistance reveals serious, worldwide threat to public health. URL: <http://www.who.int/media/centre/news/releases/2014/amr-report/en>.
10. Guideline European Association of Urology, 2014
11. Ramakrishnan K., Scheid D.C. Diagnosis and management of acute pyelonephritis in adults // *Am. J. Fam. Phys.* 2005; 71(5): 933-941.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ І ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ЖІНОК

Баранник С.І., Агафонов М.В., Сірюгін В.П.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

КЗ «Дніпропетровський обласний клінічний центр кардіології і кардіохірургії», м. Дніпро

Висхідне інфікування набуває важливого значення у розвитку запальних хвороб не тільки статевих, але й сечовивідних шляхів у жінок. У фізіологічному аспекті нижні і верхні відділи статевої системи, а також нижні сечові шляхи – достатньо складна, багатогранна, взаємопов'язана система, яка поєднує у собі загальність анатомічних структур, кровопостачання, іннервації та особливостей топографії. В комплексі ці органи одночасно виконують опірну, екскреторну та бар'єрну функції. Зовнішні статеві органи діють за потужний біологічний фактор захисту від інвазивних інфекційних процесів[1].

Анатомічні особливості органів сечових шляхів у жінок полягає в іншій побудові навколонишкової жирової клітковини, що полегшує розвиток нефроптозу, а також у більш низькому і майже горизонтальному розташуванні сечового міхура, у великій його фізіологічній ємності та в особливостях побудови сечівника. Тканини жіночого сечівника мають змогу значно розтягуватися. Через це, з одного боку, у жінок значно легко проходить акт сечопуску і рідко виникає затримка сечопуску та пов'язані із цим захворювання. З іншого боку, короткий та прямий жіночий сечівник, відкривається у пристінок піхви, може діяти фактором, який сприяє висхідному інфікуванню сечових шляхів, чим і пояснюють достатньо часті (у порівнянні із чоловіками) запальні захворювання сечового міхура та верхніх сечових шляхів.

Сечовий міхур у жінок має овальну форму. Тиск шийки матки часто змінює форму сечового міхура, створює заглиблення у його верхньому контурі і надає міхуру сідлоподібної форми. Крім того, на конфігурацію сечового міхура впливають захворювання навколوماتкової клітковини та яєчників. З віком, починаючи із постменопаузального періоду, еластичність тканин сечового міхура у жінок знижується, у зв'язку із чим сечопуск може почастишати. В інших випадках, навпаки, зниження тону сечового міхура призводить до більш рідкого сечопуску і порушує його випорожнення [2].

Слід особливо відзначити важливість впливу балансу статевих гормонів на стан сечових органів жінки. Ембріогенетичне походження статевої і сечової систем обумовлює вплив жіночих статевих гормонів на різні відділи сечової системи жінки, підтримуючи їх тонус, динаміку випорожнення. Порушення у гормональному балансі призводять до функціональних порушень у органах сечовивідної системи. За умов патологічних процесів у жіночих статевих органах або гінекологічних операціях щільна анатомо-фізіологічна наближеність, генетичний зв'язок, загальна іннервація, крово- та лімфотоку між статевими органами і органами сечовивідної систем можуть призвести до порушень у тій чи іншій частині останніх [3, 5].

Вади розвитку жіночої статевої сфери часто комбінуються з аномаліями розвитку органів сечовивідної системи, що пояснюється зв'язком, який є між парамезонефральними і мезонефральними протоками у ембріональному періоді.

Таким чином, ряд факторів анатомо-фізіологічних взаємин статевих органів і сечових шляхів у жінок сприяє контамінації останніх мікроорганізмами із аногенітальної зони і розвитку висхідного запального процесу нижніх і верхніх сечових шляхів.

Останніми роками концепція інфікування сечового міхура у жінок через сечівник внаслідок його анатомічних особливостей набула багатьох прихильників. Слід визначити, що бактеріурія (або інфекція сечових шляхів), яка є передвісником, начальною ознакою і етіологічним фактором гострих і хронічних захворювань органів сечової системи (пієліт, цистит, пієлонефрит), присутня у 10% «здорових» чоловіків і жінок. Під час профілактичного обстеження суб'єктивно-асимптомна бактеріурія визначається у 3-7% молодих практично здорових жінок.

Існує кореляція між інфекцією сечових шляхів, яка обумовлена *E. coli* та іншими бактеріями кишкової групи, а також колонізацією цими бактеріями аногенітальної зони та навколо зовнішнього отвору уретри.

Порушення бар'єрних властивостей слизових оболонок сечостатевих органів, які обумовлені будь-якими причинами, призводить до бактеріальної колонізації цих зон і створенню умов для формування резервуару інфекції не тільки у зовнішнього отвору уретри, а часто і у дистальному її відділі. Проте, інвазія бактерій до сечового міхура не є основною умовою до розвитку запального процесу. Сечовий міхур у жінок має значну резистентність до бактеріальної інвазії, яка обумовлена низкою антибактеріальних механізмів, які постійно та ефективно діють у здорових жінок. Епітелій сечового міхура (уротелій) виробляє та виділяє на поверхню мукополісахаридну субстанцію, яка вкриває поверхню клітини і створює захисний шар, що є антиадгезивним фактором. Утворення цього мукополісахаридного шару вважається гормонально залежним процесом: естрогени впливають на його синтез, а прогестерон на його виділення епітеліальними клітинами. Дисфункція яєчників має місце майже у 7% жінок із хронічним циститом. До 15% жінок мають дизурію під час менструації. В анамнезі майже в три рази частіше виникають викидні після гормональних стресів.

У генезі запалення стінки сечового міхура у жінок важливого значення набуває сексуальна активність. Так, у більшості жінок із інфекцією сечових органів початок захворювання припадає на період статевої зрілості та найбільшої сексуальної активності. Варіанти топографо-анатомічних взаємовідносин зовнішнього отвору уретри, інтроїтуса та передньої стінки піхви створюють умови для ретроградного транспорту мікроорганізмів до сечового міхура у жінок під час *coitus*. Цьому також сприяє кількість статевих партнерів.

Ретроградному інфікуванню сечового міхура активно сприяють різноманітні інструментальні втручання, під час яких також може бути пошкоджений захисний мукополісахаридний шар на слизовій оболонці сечового міхура. Важливим для висхідного шляху розповсюдження інфекції стала визначена останніми роками спроможність бактерій до адгезії не тільки до живої клітини, але й до поверхні інструментів (катетерів, бужів, ендоскопів тощо), які використовують для трансуретральних діагностичних і лікувальних втручань. Ця властивість сприяє висхідному впровадженню інфекції під час цих маніпуляцій.

Останніми роками відзначено зростання ролі генітальних мікоплазм, у тому числі *Ureaplasma urealyticum*, в розвитку запальних захворювань сечостатевої системи. До того ж слід відзначити розповсюдженість генітальних мікоплазм у людини. За даними дослідників у жінок, які складала 2/3 від кількості пацієнтів із дизурією та виділеннями із уретри, *U. urealyticum* складала 45%.

Визначення адекватної тактики терапії жінок із запальними урогенітальними захворюваннями завжди є складною проблемою. Вибір антибактеріального препарату повинен базуватися на результатах комплексного клініко-мікробіологічного обстеження і результатах вивчення антибіотикочутливості до умовно-патогенних мікроорганізмів та *U. urealyticum*. За умов клініко-мікробіологічних ознак супутнього урогенітального трихомоніазу, кандидозу або іншої інфекції слід призначати лікування відповідно методичним рекомендаціям і стандартам лікування. Пацієнткам із циститом слід призначати також патогенетичну і симптоматичну терапію, а також антибактеріальні препарати відповідно до чутливості до них виділених умовно-патогенних мікроорганізмів [4].

Профілактика запальних урогенітальних захворювань полягає у проведенні необхідних заходів гігієни статевих органів і гігієни статевого життя, які випливають із визначених факторів ризику висхідної інфекції сечових шляхів. Їх треба усувати протягом всього життя (частина з них – з раннього дитинства проводить мати дитини, потім – у перехідному віці – під наглядом матері, дорослою дівчиною та жінкою – самостійно).

Заходи гігієнічної профілактики спрямовані на усунення гігієнічними засобами інфекційних агентів аногенітальної зони, в той час як метою клінічної профілактики є лікувально-профілактичні заходи з ліквідації запальних захворювань, які передують інфекції сечових шляхів.

Медична профілактика на клінічному етапі, тобто на етапі уже розвинутих виражених запальних захворювань сечостатевих органів, обумовлює необхідність своєчасного звернення до лікаря і раннього розпочатку лікування з приводу гострого циститу.

Жінки, які перенесли гострий цистит, у зв'язку із високим наступним ризиком гострого пієлонефриту повинні перебувати під диспансерним наглядом уролога, їм слід проводити регулярне контрольне обстеження, а саме з метою визначення резидуальної бактеріурії.

Проблема активного визначення безсимптомної бактеріурії у жінок достатньо актуальна, у тому числі для профілактики гострого пієлонефриту, особливо у групах підвищеного ризику: дівчатка

дошкільного і шкільного віку, вагітні, гінекологічні хворі. Важливого значення набуває профілактика рецидиву гострого пієлонефриту. Особи, які мають в анамнезі свідчення про гострий пієлонефрит, потребують диспансерного нагляду і наступного призначення антимікробної і патогенетичної терапії до виникнення тривалої ремісії.

До важливих заходів профілактики інфекції сечових шляхів та гострого уриногенного пієлонефриту у жінок, в першу чергу, належать рання діагностика і адекватна терапія запальних захворювань органів статевих системи, у тому числі пов'язаних із бактеріальними інфекційними агентами, що передаються статевим шляхом.

Література:

1. Возіанов О.Ф. Гострий пієлонефрит у жінок репродуктивного віку. Чинники запального процесу нирок й фактори, що сприяють його розвитку / [О.Ф. Возіанов, С.П. Пасечніков, А.В. Руденко та ін.] // Матеріали з'їзду Асоціації урологів України, м. Одеса, 16-18 вересня 2010 р.: Урологія. - 2010. - Т. 14, Додаток. - С. 97-102.
2. Кисина В.И. Урогенитальные инфекции у женщин: Клиника, диагностика, лечение / Под. ред. В.И. Ксиной, К.И. Забирова. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. - 280 с.
3. Пасечніков С.П. Влияние менструального цикла и инфекционно-воспалительных процессов гениталий на частоту возникновения острого неосложненного пиелонефрита у женщин репродуктивного возраста / [С.П. Пасечніков, Н.В. Митченко, П.А. Самчук] // Урологія. - 2015. - Т. 19. - № 2. - С. 108.
4. Пасечніков С.П. Фактори ризику розвитку несприятливого перебігу гострого необструктивного пієлонефриту у жінок репродуктивного віку / [С.П. Пасечніков, Н.О. Сайдакова, В.І. Гродзінський, П.О. Самчук] // Урологія. - 2016. - Т. 20, №1. - С. 17-22.
5. Пасечніков С.П. Менструальний цикл, як фактор оцінки важкості перебігу гострого необструктивного пієлонефриту у жінок репродуктивного віку / [С.П. Пасечніков, Н.О. Сайдакова, В.І. Гродзінський, П.О. Самчук] // Урологія. - 2016. - Т. 20, №2(77). - С. 94-95.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННО - ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ДИЗУРИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Бачурин В.И., Бачурин Г.В., Коломоец Ю.С.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Проведено открытое исследование по оценке эффективности ректальных суппозиторий «Дистрептаза» в дополнении к стандартной терапии в послеоперационном периоде после оперативных вмешательств на предстательной железе.

С марта 2013 по сентябрь 2017 гг. в ГБЭиСМП г. Запорожье были прооперированы 453 больных аденомой предстательной железы. В контрольную группу вошли 264 пациента, в основную группу - 189 больных с аденомой предстательной железы. В контрольной группе, в послеоперационном периоде, получали антибактериальную терапию (зацеф – антибиотик цефалоспоринового ряда второго поколения, действующее вещество – цефуроксим, назначенный по 1 г 2 раза в день и метрогил – действующее вещество – метронидазол – группа производных нитроимидазола, по 100,0 мл 3 раза в день. В основной группе к дополнению к антибактериальной терапии применялись свечи «Дистрептаза» *per rectum* по 1 свече 2 раза в день, начиная с первого дня после оперативного лечения. Продолжительность антибактериальной терапии в обеих группах составила 10 дней.

При анализе в контрольной группе больных, из 264 человек, в раннем послеоперационном периоде инфекционно – воспалительные процессы и дизурия выявлены у 95 пациентов (что составило - 36%). В основной группе больных, из 189 пациентов, в раннем послеоперационном периоде инфекционно – воспалительные процессы и дизурия наблюдались у 12 пациентов (что составило 6,35%). Характерной особенностью анализируемых больных в основной клинической группе явилось изменение лечебной тактики в виде применения свечей «Дистрептаза» в первые сутки послеоперационного периода. Применение указанной тактики позволило снизить количество возникающих инфекционно – воспалительных и дизурических осложнений в раннем послеоперационном периоде более чем в 5 раз.

Введение. Аденома предстательной железы весьма распространенное заболевание у мужчин пожилого возраста. На данное время удачно используется большое количество разных видов оперативных вмешательств при лечении заболеваний предстательной железы. В среднем, количество осложнений после оперативного лечения при заболеваниях предстательной железы составляет около 10-20%. После проведенной трансуретральной резекции простаты рецидивная задержка мочи наблюдается у 3-9%, инфекционно – воспалительные осложнения - 5-20%, недержание мочи – 30%. После проведенного оперативного вмешательства в объеме одномоментная чрезузырная аденомэктомия, частота осложнений составляет: недержание мочи наблюдается у 1-3%, обструктивные нарушения 1,7 – 20,0%, инфекционно – воспалительные осложнения – до 30%. Применение препарата «Дистрептаза» в терапии для улучшения проникновения к очагу воспаления

антибактериальных средств и профилактики возникновения спаек в послеоперационном периоде послужило предпосылкой для проведения собственного исследования, направленного на сравнение эффективности со стандартной антибактериальной профилактики инфекционно – воспалительных и дизурических осложнений после оперативного вмешательства на предстательной железе.

Материалы и методы. С марта 2013 по сентябрь 2017 год в ГБЭиСМП г. Запорожье были прооперированы 453 больных аденомой предстательной железы. В контрольную группу вошли 264 пациента, в основную группу - 189 больных с аденомой предстательной железы, которые имели показания к оперативному лечению. Частота одномоментной чрезпузырной аденомэктомии составила 42%, частота ТУРП – 58%. Основаниями для проведения оперативного вмешательства являлись нарушенное мочеиспускание, присутствие хронической и/или острой задержки мочи. Пациенты, в контрольной группе, в послеоперационном периоде получали антибактериальную терапию (зацеф – антибиотик цефалоспоринового ряда второго поколения, действующее вещество – цефуроксим, назначенный по 1 г 2 раза в день и метрогил – действующее вещество – метронидазол – группа производных нитроимидазола, по 100,0 мл 3 раза в день). В основной группе к дополнению к антибактериальной терапии применялись свечи «Дистрептаза» per rectum по 1 свече 2 раза в день, начиная с первого дня после оперативного лечения. Продолжительность антибактериальной терапии в обеих группах составила 10 дней.

В соответствии с протоколом исследования, перед операцией все пациенты проходили стандартное обследование, которое включало оценку симптомов заболевания (по шкале IPSS), физикальное обследование (пальцевое ректальное исследование), клинико – лабораторные исследования (УЗИ, ТРУЗИ, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, ПСА общий + свободный).

Полученные результаты заносились в базу данных Microsoft Excel и с помощью встроенных статистических формул производился расчет среднего значения, стандартного отклонения. Достоверность отличий оценивались с помощью критерия Стьюдента, порогом значимости различий считали 0,05.

Результаты. При анализе в контрольной группе больных, из 264 человек, в раннем послеоперационном периоде инфекционно – воспалительные процессы и дизурия выявлены у 95 пациентов (что составило - 36%). В основной группе больных, из 189 пациентов, в раннем послеоперационном периоде инфекционно – воспалительные процессы и дизурия наблюдались у 12 пациентов (что составило 6,35%). Характерной особенностью анализируемых больных в основной клинической группе явилось изменение лечебной тактики в виде применения свечей «Дистрептаза» в первые сутки послеоперационного периода. Применение указанной тактики позволило снизить количество возникающих инфекционно – воспалительных и дизурических осложнений в раннем послеоперационном периоде более чем в 5 раз.

Заключение. Инфекционно – воспалительные и дизурические расстройства являются наиболее частыми осложнениями в раннем послеоперационном периоде при оперативных вмешательствах на предстательной железе. Применение свечей «Дистрептаза» в дополнении к традиционной терапии в раннем послеоперационном периоде снижает риск развития инфекционно-воспалительных и дизурических осложнений более чем в 5 раз, что обусловлено действием препарата в облегчении доступа антибактериальных средств к очагу воспаления.

Литература:

1. Аденома предстательной железы и инфекция мочевых путей /Ярославский В. Л., Россихин В. В., С. Я. Мысько и др.// Материалы трудов XII научно-практической конференции урологов и сексопатологов с международным и межрегиональным участием.- «Здоровье мужчины», Харьков.-2004.- С. 104 – 107.
2. Братчиков О. И., Шумакова Е. А., Тисцов Д. А. Механизмы развития гнойно-воспалительных осложнений простатэктомии у больных гиперплазией предстательной железы// Материалы трудов XII научно-практической конференции урологов и сексопатологов с международным и межрегиональным участием.- «Здоровье мужчины», Харьков.-2004.- С. 159 – 161.
3. Коган М. И., Белоусов И. И. Клиническое значение функции уретрального сфинктера при лечении доброкачественной гиперплазии простаты // Материалы трудов XII научно-практической конференции урологов и сексопатологов с международным и межрегиональным участием.- «Здоровье мужчины», Харьков.-2004.- С. 68 – 69.
4. Кудрявцев Ю. М., Лях С. Б. Післяопераційні ускладнення простої простатектомії з приводу доброякісної гіперплазії простати // Материалы трудов XII научно-практической конференции урологов и сексопатологов с международным и межрегиональным участием.- «Здоровье мужчины», Харьков. - 2004.- С. 162 – 165.
5. Оперативные вмешательства при ДГПЖ /Мягкий В. М., Вовк В. М., Червоний Ю.А. и др. // Материалы трудов XII научно-практической конференции урологов и сексопатологов с международным и межрегиональным участием.- «Здоровье мужчины», Харьков.-2004.- С. 125 – 127.
6. Сергиенко Н. Ф., Белясова Т. М., Бегаев А. И. Отдаленные осложнения трансуретральной резекции гиперплазии предстательной железы // Материалы трудов XII научно-практической конференции урологов и сексопатологов с международным и межрегиональным участием.- «Здоровье мужчины», Харьков.-2004.- С. 186 – 187.

**ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ СОДЕРЖАНИЯ МЕТИЛГЛИОКСАЛЯ В КРОВИ И
ТКАНЯХ ПОЧЕК В УСЛОВИЯХ МОДЕЛИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА
И СОПУТСТВУЮЩЕГО САХАРНОГО ДИАБЕТА**

Борисов С.А. Костев Ф.И. Борисов А.В.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса

В настоящее время, несмотря на внимание исследователей по проблеме персистенции инфекции верхних мочевых путей (ИВСШ) при сахарном диабете остаются малоизученными этиопатогенетические аспекты, относящиеся к особенностям развития инфекционно-воспалительного процесса, характера реализации патохимических механизмов глюкозотоксичности и липотоксичности, ведущих к дегенерации белковых ультраструктур почки и образованию "поврежденных липидов", которые обуславливают неуклонное прогрессирование необратимых морфофункциональных изменений в мочевыделительной системе.

Целью работы было определение характера изменений уровней метилглиоксалия в крови и тканях почек крыс в условиях моделирования острого пиелонефрита у животных со стрептозотоциновым сахарным диабетом.

Материал и методы. Экспериментальные исследования проводились на крысах линии Вистар весом 200-300 г в возрасте 8-9 мес. Эксперимент был осуществлен в соответствии с требованиями "Общих этических принципов экспериментов на животных", которые одобрены 3-м Национальным конгрессом (Киев, 2007) и в соответствии с положениями "Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других целей" (Страсбург, 1986).

Животные были разделены на четыре группы: первая группа - здоровые животные (30 крыс), вторая - животные с пиелонефритом (35 крыс), третья - животные с диабетом I типа и пиелонефритом (50 крыс), четвертая - животные с диабетом II типа и пиелонефритом (50 крыс). Диабет вызвали путем интраперитонеальной инъекции стрептозотоцином в 10 мМ цитратном буфере (pH 4,5) - диабет I типа в однократной дозе 55 мг на 1 кг веса и диабет II типа двукратно в дозе 35 мг на 1 кг. (Байрашева В.К., 2015). При моделировании стрептозотоцинового диабета II типа животные получали высококалорийную жиросодержащую пищу. Инсулин вводился диабетическим животным с целью предотвращения смертности и снижения веса лабораторных животных в условиях поддержки гипергликемии. У животных с подтвержденным сахарным диабетом моделировали острый пиелонефрит (Аверьянова Н.К., 2008). Крысам однократно ректально вводили изолят *Escherichia coli* (степень бактериурии в 1 мл 10⁷ КОЕ), полученный из мочи пациента с подтвержденным диагнозом острого пиелонефрита. На вторые сутки животные подвергались холодовому стрессу при температуре 0 + 2° С в течение 2:00. Способ обеспечивает получение модели, которая максимально приближена к течению острого пиелонефрита в клинических условиях. Через 14 суток после моделирования крыс выводили из эксперимента с предыдущей анестезией тиопентал натрия (50 мг в кг веса). В плазме крови и ткани почек спектрофотометрически определяли содержание метилглиоксалия. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Statistica 5.5.

Результаты и их обсуждение. При исследовании содержания метилглиоксалия в плазме крови и тканях почек животных с пиелонефритом установлено его существенное увеличение на 27,8% и 21,7% соответственно относительно нормы (табл. 1). Необходимо отметить, при моделировании у животных острого пиелонефрита на фоне сахарного диабета I типа наблюдали значительное увеличение уровня метилглиоксалия как в ткани почек на 67,4%, так и в плазме крови на 86,1% по отношению к норме. В случае моделирования острого пиелонефрита на фоне сахарного диабета II типа уровень метилглиоксалия был несколько ниже, но превышал показатели нормы в плазме крови на 58,3% и в ткани почек на 46,7% (табл. 2). Следует отметить, что в группе животных с сахарным диабетом I и II типа и пиелонефритом уровень метилглиоксалия в исследованных тканях был значимо повышен по отношению к группе животных с острым пиелонефритом не осложненной сахарным диабетом: в плазме крови и ткани почек на 45,7% и на 37,5% при диабете I типа и пиелонефрите, на 23,9% и 20,5% при диабете II типа и пиелонефрите соответственно.

Выводы. Таким образом, повышение уровня метилглиоксалия в плазме крови и тканях почек животных как при моделировании острого пиелонефрита, так и в условиях моделирования пиелонефрита на фоне сахарного диабета свидетельствует о развитии в организме экспериментальных животных карбонильного стресса.

Таблица 1

Содержание метилглиоксала в плазме крови и тканях почек крыс с экспериментальным острым пиелонефритом (ОП) в условиях сопутствующего сахарного диабета I типа

Исследуемые животные	Статистические показатели	Условия эксперимента		
		Норма	Экспериментальный острый пиелонефрит	Диабет I типа, экспериментальный ОП
Плазма крови (нмоль/мл)	n	30	35	37
	M	0,072	0,092	0,134
	m	0,005	0,007	0,010
	p	-	<0,05	<0,001
	%	100,0	127,8	186,1
	p ₁	-	-	<0,01
	% ₁	-	100,0	145,7
Почки (нмоль/г)	n	30	35	37
	M	0,092	0,112	0,154
	m	0,006	0,007	0,012
	p	-	<0,05	<0,001
	%	-	121,7	167,4
	p ₁	-	-	<0,01
	% ₁	-	100,0	137,5

Примечания: p - уровень достоверности различий данных по отношению к норме; p₁ - уровень достоверности различий данных по отношению к группе «ОП».

Таблица 2

Содержание метилглиоксала в плазме крови и тканях почек крыс с экспериментальным острым пиелонефритом (ОП) в условиях сопутствующего сахарного диабета II типа

Исследуемые животные	Статистические показатели	Условия эксперимента		
		Норма	Экспериментальный острый пиелонефрит	Диабет II типа, экспериментальный ОП
Плазма крови (нмоль/мл)	n	30	35	44
	M	0,072	0,092	0,114
	m	0,005	0,007	0,008
	p	-	<0,05	<0,001
	%	100,0	127,8	158,3
	p ₁	-	-	<0,05
	% ₁	-	100,0	123,9
Почки (нмоль/г)	n	30	35	44
	M	0,092	0,112	0,135
	m	0,006	0,007	0,009
	p	-	<0,05	<0,001
	%	-	121,7	146,7
	p ₁	-	-	<0,05
	% ₁	-	100,0	120,5

Примечания: p - уровень достоверности различий данных по отношению к норме; p₁ - уровень достоверности различий данных по отношению к группе «ГП»

Стрептозотоциновый сахарный диабет II типа и, в большей степени I типа, у животных с экспериментальным острым пиелонефритом приводит к выразительному повышенному уровню содержания токсичного оксальдегида - метилглиоксала в плазме крови и тканях почек.

Обнаруженные патохимические изменения при моделировании инфекции верхних мочевых путей в условиях сопутствующего сахарного диабета способны обуславливать повреждение белковых ультраструктур тканей почек и способствовать прогрессированию необратимых морфофункциональных изменений мочевыделительной системы у экспериментальных животных.

Литература:

- 1.Способ моделирования острого пиелонефрита на фоне холодового стресса / Н.И. Аверьянова, Н.А. Зимушкина, П.В. Косарева и др. // Патент РФ на изобретение № 2 368 016 С1 - 2008100590/14; Заявлено 09.01.2008; Опубл. 20.09.2009. Бюлл. № 26.
- 2.Байрашева В.К. Моделирование сахарного диабета и диабетической нефропатии в эксперименте// Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. - 11 с.
- 3.Практична цінність визначення показників оксидативного стресу у хворих на пієлонефрит / Л.Король, Н. Степанова, Л. Мігаль// Український журнал нефрології та діалізу 2016 -№4(52)-с.71-76.
4. Предиктори прогресування хронічного пієлонефриту у дітей /

О.В. Лавренчук, І.В. Багдасарова, В.Е. Дріанська, Л.В. Король, Г.Д. Суслора // Український журнал нефрології та діалізу 2016 -№4(52)-с.59-64.

5. Хопельман, А. Инфекции мочевыводящих путей при сахарном диабете [Текст] / А. Хопельман, С. Гирлинкс // Клинич. микробиол. и антимикроб. химиотерапия. — 2000. — №2. — С. 40–46.

6. Animal models to test drugs with potential antidiabetic activity T.S. Frode ~ Y.S. Medeiros // Journal of Ethnopharmacology 115 (2008) 173–183

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ФЕРМЕНТАТИВНЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ЦЕЛЛЮЛИТОВ

Дубинин Н.С.

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

Введение. Псевдокисты, являясь осложнением деструктивного панкреатита, весьма проблематичны с позиции эффективности лечения. Протеолитические процессы и пептические изъязвления в стенке кисты приводят к её перфорации и излиянию содержимого в забрюшинное пространство слева.

Материалы и методы. В течение последних 25-ти лет в ХОКЦУН пребывало на лечении 9 больных (8 мужчин и одна женщина) в возрасте 42 – 51 лет (Me=46,5) у которых был диагностирован левосторонний ферментативный паранефрит. Первоосновой постановки диагноза и синтопии кист явились данные ультразвукового сканирования а так же аспирационной пункции забрюшинного пространства под контролем ультразвукового наведения с биохимическим анализом экссудата.

Результаты и обсуждение. При УЗИ псевдокиста лоцировалась, как анэхогенное овальное или округлое образование в левом забрюшинном пространстве с ровными четкими контурами, достаточно очерченной капсулой, без внутренних включений. Размеры кист составляли от 8,0 до 22,0 см диаметре. Иногда дополнительно определялся парапанкреатический инфильтрат в виде неоднородного образования повышенной эхогенности без четких контуров и границ. Биохимические исследования экссудатов, выявило высокое содержание амилазы.

В качестве лечебного метода во всех случаях оказано хирургическое пособие: наружное дренирование забрюшинной клетчатки в пределах её поражения. При этом центральные концы двух трубчатых дренажей устанавливали в перфоративное отверстие псевдокисты. В результате тщательного ухода и длительного послеоперационного комплексного лечения, включавшего инфузионную детоксикационную терапию с внутривенным введением антибиотиков, антиферментных препаратов и блокаторов панкреатической секреции, раны зажили у 7 больных. У двух больных образовались незаживающие панкреатические свищи, что потребовало повторных хирургических вмешательств.

Выводы: В протокол обследования пациентов с воспалительными поражениями паранефрия слева необходимо включить сочетание аспирационной пункции забрюшинного пространства под контролем ультразвукового наведения с биохимическим анализом экссудата, так как лишь при условии этиопатогенической верификации может быть предпринято рациональное лечение.

РЕДКИЕ ФОРМЫ ПАРАНЕФРИТОВ

Лесовой В.Н., Дубинин Н.С.

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

Введение. Острые воспалительные заболевания клетчатки забрюшинного пространства (анатомически это тесно связанные между собой параклон, паранефрит и ретроперитонеум) составляют 1,0-1,5% от всех хирургических заболеваний [2; 4; 6].

Особый клинический интерес представляют трудные, с точки зрения диагностики и эффективного хирургического лечения, так называемые вторичные натечниковые или ферментативные (по механизму возникновения) диффузные (по распространенности) левосторонние (по топической локализации) острые паранефриты вследствие перфорации псевдокисты дистального отдела поджелудочной железы в забрюшинное пространство.

Псевдокиста как правило возникает после перенесенного острого панкреатита и/или панкреонекроза. Её стенками являются утолщенные париетальные поверхности соседних органов и образований, а содержимое иногда достигает 1-2 литров. Протеолитические процессы и пептические изъязвления в стенке кисты приводят к её перфорации и излиянию содержимого в окружающие ткани. На воспалительный процесс, развивающийся при опорожнении псевдокисты поджелудочной железы в забрюшинное пространство оказывают влияние два фактора: инфекция и ферменты, которые приводят

к вялому течению процесса и связано с тем, что действие инфекции в присутствии ферментов ослабевает. Это затрудняет диагностику в начале заболевания, когда общие симптомы преобладают над местными. При этом пораженная брюшинная клетчатка секвестрирует существенную часть жидкости и электролитов, а из ее пространств резорбируются в системный кровоток токсины, усугубляя системную воспалительную реакцию и увеличивая риск септических осложнений [1 - 7].

В последнее время отмечается рост числа больных с псевдокистами, что с одной стороны связано с общим увеличением количества больных с деструктивным панкреатитом, с другой – успехами консервативного и малоинвазивных методов лечения, благодаря чему удаётся достигнуть отграничения и купирования воспалительного процесса в асептических условиях, что способствует последующему кистообразованию [3].

Псевдокисты поджелудочной железы, являясь осложнением деструктивного панкреатита, нередко сами способны вызывать тяжёлые осложнения (такие как кровотечение, нагноение, перфорация), которые, встречаясь у 20% больных, сопровождаются летальностью в 30 – 50% случаев [4 - 6], что привносит дополнительную актуальность в исследуемую проблему.

Материалы и методы. В течение последних 25-ти лет в КУОЗ «ОКЦУН им.В.И.Шаповала» пребывало на лечении 9 больных (8 мужчин и одна женщина) в возрасте 42 – 51 лет (Me=46,5) у которых был диагностирован левосторонний ферментативный паранефрит. Основными жалобами при поступлении явились: различной интенсивности боль в левой поясничной области, повышение температуры, слабость, недомогание. В анамнезе у каждого пациента присутствовали указания на клинические проявления, соответствующие симптоматике острого панкреатита, по поводу которого системного обследования и лечения не проводилось. Всем больным выполнено общеклиническое обследование, соответствующее утверждённым стандартам, результаты которого были неспецифичными и малоинформативными. Первоосновой постановки диагноза и оценки анатомического расположения и синтопии кист явились данные современных методов визуализации, в первую очередь, ультразвукового сканирования (в отдельных случаях – компьютерной томографии), а так же аспирационной пункции брюшинного пространства под контролем ультразвукового наведения с биохимическим анализом экссудата.

Результаты и обсуждение. При УЗИ псевдокиста лоцировалась, как анэхогенное овальное или округлое образование в левом брюшинном пространстве с ровными четкими контурами, достаточно очерченной капсулой, без внутренних включений. Размеры кист составляли от 8,0 до 22,0 см диаметре. У трёх пациентов в проекции поджелудочной железы дополнительно определялся парапанкреатический инфильтрат в виде неоднородного образования повышенной эхогенности без четких контуров и границ.

Диагностические критерии КТ в основе своей соответствовали таковым ультразвуковым. Биохимические исследования экссудатов, полученных посредством аспирационной пункции псевдокист под контролем УЗИ, выявило высокое содержание амилазы у всех пациентов, что позволило окончательно верифицировать диагноз.

В качестве лечебного метода во всех случаях оказано хирургическое пособие: наружное дренирование брюшинной клетчатки в пределах её поражения. При этом центральные концы двух трубчатых дренажей устанавливали в перфоративное отверстие псевдокисты. В результате тщательного ухода и длительного послеоперационного комплексного лечения, включавшего инфузионную детоксикационную терапию с внутривенным введением антибиотиков, антиферментных препаратов и блокаторов панкреатической секреции, раны зажили у 7 больных. У двух больных образовались незаживающие панкреатические свищи, что потребовало повторных хирургических вмешательств.

Выводы: Таким образом, в протокол обследования пациентов с воспалительными поражениями паранефрии (особенно левосторонним) не обходимо включить сочетание аспирационной пункции брюшинного пространства под контролем ультразвукового наведения с биохимическим анализом экссудата, так как лишь при условии этиопатогенической верификации может быть предпринято рациональное лечение.

Литература:

1. Благовестнов Д.А., Новосёлов С.Н., Зергетаев С.Б. Оптимизация лечения острого панкреатита // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2004. – Т.3 – С.97-99.
2. Васильев В.В., Семёнов Д.Ю., Ребров А.А., Емельянова Н.П. Пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем в лечении ложных кист поджелудочной железы // Анналы хирургии. – 2005. - №6.-С.59-63.
3. Гостищев В.К., Глушко В.А. Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургического лечения // Хирургия. -2003. -№3. С. 50-54.
4. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Будурова М.Д. Оценка объёма органических и внеорганических поражений при остром деструктивном панкреатите и её влияние на летальность // Анналы хир.-2002. - №1. – С.35-42.
5. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. Комплексное лечение панкреонекроза (дискуссия) // Анналы хир. Гепатол. -2000.-№5.-С.61-66.

6. Сергиенко В.И., Петросян Э.А., Оноприев В.И. и др. Лечение гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшинного пространства и таза // Вестн. Интенсив. Тер.-1999.-№5.-С. 109-112.
7. Neoptolemos J.P., Kemppainen E.A., Mayer J.M. et al. Early prediction of severity in acute pancreatitis by urinary trypsinogen peptide: a multicentre study // Lancet. – 2000. – Vol. 355, N 9219/P. 1955-1960.

МЕТОД ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВНОГО ПЕРЕБІГУ ГІДРОНЕФРОЗУ

Лісовий В.М., Савенков В.І., Сорокіна І.В., Мирошниченко М.С.

Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська клініка»

Харківського національного медичного університету, м.Харків

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

Незалежно від хірургічної тактики лікування хворих на гідронефроз, що зумовлений стриктурою мисково-сечовідного сегменту (МСС), відсоток рецидивів становить від 18 % до 25 % і кожна наступна операція проводиться у більш складних умовах та не гарантує його відсутності. Це обумовлює актуальність розробки методу прогнозування рецидивного перебігу гідронефрозу.

Мета роботи – підвищення ефективності діагностики гідронефрозу шляхом розробки методу прогнозування перебігу захворювання на підставі застосування морфологічних маркерів ризику розвитку рецидивів з урахуванням етіопатогенетичного механізму обструкції.

Матеріали і методи дослідження. Досліджувалося:

I група (n = 10) – група порівняння (секційний матеріал, що був одержаний через 5-6 годин після смерті пацієнтів без ниркової патології);

II група (n = 20) – матеріал від хворих на гідронефроз на фоні аномалій розвитку сечовидільної системи (СВС), у яких після оперативного втручання не було рецидиву стриктури МСС протягом 4,5 років (первинний перебіг);

III група (n = 21) – матеріал від хворих з гідронефрозом на фоні вроджених вад СВС і рецидивним перебігом;

IV група (n = 20) – матеріал від хворих на гідронефроз, що був обумовлений набутими обструкціями МСС та мав первинний перебіг;

V група (n = 19) – матеріал від хворих на гідронефроз, що був обумовлений набутими обструкціями МСС та мав рецидивний перебіг.

Колагени типували моноклональними антитілами до колагенів I, III і IV типів (Novocastra Laboratories Ltd.). Визначали оптичну щільність імуофлуоресценції колагенів. Статистичні дослідження були виконані за допомогою пакету „Statistica 6.0”.

Результати та їх обговорення. На підставі аналізу морфологічних показників досліджуваних груп для діагностики генезу розвитку гідронефрозу та прогнозування рецидиву стриктури МСС був розрахований паренхіматозно-стромальний коефіцієнт (ПСК) у нирках, як відношення суми питомих об'ємів клубочків і каналців до суми питомих об'ємів сполучної тканини і судин. При значенні ПСК до 0,7 (включно) передбачають високу імовірність вродженої аномалії СВС та рецидив стриктури; від 0,7 до 0,9 (включно) – високу імовірність вроджених аномалій СВС, але низьку імовірність рецидиву стриктури; від 0,9 до 1,3 (включно) – набутий характер обструкції та високу імовірність рецидиву стриктури; від 1,3 до 1,9 передбачають набутий характер обструкції, але низьку імовірність рецидиву стриктури. При визначенні ПСК у МСС досліджується відношення питомого об'єму м'язової тканини до суми питомих об'ємів сполучної тканини і судин. При значенні ПСК до 0,6 (включно) можна передбачити високу імовірність вродженої аномалії СВС та рецидив стриктури; від 0,6 до 0,8 (включно) – високу імовірність вроджених аномалій СВС, але низьку імовірність рецидиву стриктури; від 0,8 до 1,0 (включно) – набутий характер обструкції та високу імовірність рецидиву стриктури; від 1,0 до 1,6 – набутий характер обструкції, але низьку імовірність рецидиву стриктури.

Аналіз кривих розподілення показника співвідношення оптичної густини імуофлуоресценції колагену I типу до III типу показав, що він в якості коефіцієнта дисбалансу (Кд) може використовуватися як діагностичний. При значенні цього коефіцієнту в нирках та МСС, нижчому за 1,0, можна припустити генетично зумовлені порушення, що призвели до розвитку стриктури МСС, при вищому за 2,0 та 1,4 відповідно – набуті обструкції. Статистично підтверджено, що генетично зумовлені порушення, що характеризуються вадами СВС, передбачають більш тяжкий перебіг гідронефрозу.

Висновки. Використання розробленого методу із застосуванням морфологічних маркерів та їх шкал дозволяє після проведеної операції прогнозувати тяжкість перебігу гідронефрозу та імовірність рецидиву стриктури МСС.

**ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ФІТОПРЕПАРАТУ НА КОРЕКЦІЮ ПОРУШЕНЬ
СИСТЕМ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО
ЗАХИСТУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ПІЄЛОНЕФРИТОМ ВАГІТНИХ**

Литвинець В.Є.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", м. Івано-Франківськ

Пієлонефрит вагітних або гестаційний пієлонефрит - гострий інфекційно-запальний процес з переважаючим ураженням інтерстиціальної тканини, каналцевого апарату і стінок чашково-мискової системи нирки (частіше правої), який вперше розвинувся підчас теперішньої вагітності. Частота даного захворювання в акушерській практиці складає, за даними різних авторів, 6-10% і, як правило, виникає у вагітних молодого віку в II-III триместрах вагітності (частіше в терміни 20-28 тижнів). У патогенезі гестаційного пієлонефриту важливе місце належить мембранопатологічним процесам, зумовленим активацією перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та порушенням стану антиоксидантної системи захисту (АОСЗ). Тому взаєморівновага в оксидантно-антиоксидантній системі є важливою ланкою в підтриманні гомеостазу взагалі та при патології нирок зокрема і обумовлює включення в комплексне лікування середників антиоксидантної дії. Перспективним можна вважати застосування фітопрепаратів з високим вмістом біофлавоноїдів та антиоксидантних вітамінів. Високоєфективним представником біофлавоноїдів може бути препарат Канефрон Н компанії "BIONORICA", Німеччина.

Метою нашого дослідження було вивчення антиоксидантної активності препарату Канефрон Н компанії "BIONORICA", Німеччина, при лікуванні хворих із пієлонефритом вагітних.

Матеріал і методи. Нами проведено обстеження та лікування 58 вагітних із гестаційним пієлонефритом. В залежності від обраної схеми лікування хворі були поділені на дві групи. До складу першої групи (28 осіб) увійшли пацієнтки, які отримували традиційне лікування (відновлення порушеного пасажу сечі, антибіотик з групи цефалоспоринів II або III покоління, та спазмолітик в середньотерапевтичних дозах). Основну групу склали хворі (30 осіб), яким у комплексне лікування був включений препарат Канефрон Н.

Результати. До початку лікування у хворих на гестаційний пієлонефрит виявлено достовірне посилення процесів ПОЛ (підвищення вмісту МДА на 47,9%) і зниження функціональної здатності АОСЗ: дезадаптація системи церулоплазмін-трансферин (підвищення активності церулоплазміну на 45,4%, зниження насиченості трансферину залізом на 21,3%), зменшення сульфгідрильних груп білків та небілкових компонентів плазми крові: загальних - на 32,1%, залишкових - на 47,2% та білкових - на 29,5% ($p < 0,05$). Після проведеного лікування позитивна динаміка клініко-лабораторних проявів захворювання у пацієнтів основної групи, які отримували препарат Канефрон Н супроводжувалась суттєвим зменшенням активності процесів ліпопероксидації (зниження вмісту МДА на 33,5% у порівнянні з початковим рівнем) і покращенням функціональної здатності АОСЗ (відновлення майже повної взаєморівноваги у системі церулоплазмін-трансферин, а також підвищення загальних СГ - на 23,2%, залишкових - на 17,9% та білкових - на 23,7% ($p < 0,05$)). В той же час у хворих групи порівняння нормалізації показників вільнорадикального окислення ліпідів не відмічено. Виявлені при дослідженні зміни у хворих на гестаційний пієлонефрит показників вільнорадикального окислення ліпідів: активація процесів ПОЛ і пригнічення АОСЗ - співпадають з даними літератури.

Застосування традиційної терапії сприяло зниженню клініко-лабораторних проявів захворювання. Однак залишається високий рівень продуктів пероксидації ліпідів при зниженні антиоксидантного захисту, тобто є умови для подальшого прогресування та хронізації патологічного процесу після припинення лікування.

Застосування у хворих основної групи препарату Канефрон Н сприяло як нормалізації клініко-лабораторних показників, так і зниженню процесів ПОЛ та відновленню активності АОСЗ.

Висновки. Активація ПОЛ на фоні зниженої активності АОСЗ відіграє важливу роль у процесі хронізації та прогресуванні пієлонефриту вагітних. Застосування препарату Канефрон Н у комплексному лікуванні хворих на гестаційний пієлонефрит сприяє скороченню термінів нормалізації клініко-лабораторних показників завдяки відновленню взаєморівноваги між ПОЛ та АОСЗ.

ПРОЯВИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇЇ КОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ЕПІДИДИМООРХІТ

Литвинець Є.А., Балабаник В.Р.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м.Івано-Франківськ

Вступ. Важкий перебіг епідидиміту (епідидимоорхіту) може призводити до ішемії тканини яєчка як за рахунок залучення в запальний процес самої тканини органу, так і за рахунок здавлення кровоносних судин яєчка набряклою тканиною придатка [1]. Судинний фактор відіграє значну роль як у розвитку так і розрішенню запального процесу придатка яєчка. Функції ендотелію судин: - бар'єрна, приймає участь в регуляції вазоконстрикції та вазодилатації, синтезу та активності факторів проліферації судин, синтезу та активності факторів фібринолізу і агрегації тромбоцитів, а також запальних реакцій. Ендотеліальна дисфункція (ЕД) може бути самостійною причиною порушення кровообігу в органі, оскільки часто провокує ангіоспазм або тромбоз судин.

На початку 80-х виділено пептид ендотелін-1 (Ет-1), що синтезується ендотелієм у відповідь на прозапальні фактори (цитокіни) чи фізичні фактори (гіпоксія, холодний фактор) [2,4]. Ет-1 - найпотужніший вазоконстриктор кров'яного русла, діє як локальний медіатор ендотеліального походження, концентрація в плазмі незначна (0,26-0,5 пг/мл). Разом з тим доведена роль Ет як циркулюючого гормону, що впливає на показники системної гемодинаміки. Ет-1 зв'язується з рецепторами, розташованими в м'язовій оболонці кровоносних судин і сприяє збільшенню вмісту внутрішньоклітинного кальцію. Після пошкодження тканини ендотелінова система реагує першою, різке підвищення рівня Ет-1 в плазмі є маркером активності процесу деструкції. Динаміка зміни концентрації Ет-1 в плазмі крові вказує на зворотність метаболічних порушень, а також про діагностичну і прогностичну значимість визначення цього фактора відносно ризику розвитку ускладнень.

Мета дослідження: вивчити діагностичну і прогностичну значимість рівня ендотеліну-1 в плазмі хворих відносно ризику розвитку ускладнень в ході лікування гострого епідидиміту.

Матеріали і методи. Проведено обстеження та комплексне лікування 35 хворих з гострим епідидимоорхітом. Контрольну групу склали 15 практично здорових чоловіків. При дослідженні визначали ультразвукові ознаки та основні доплерівські показники (індекс резистентності (ІР)).

Ендотелін-1 у плазмі крові визначали за допомогою набору фірми «Biomedica» для кількісного визначення ендотеліну-1 шляхом імуноферментного аналізу. Нормальні значення ендотеліну-1 у плазмі крові людини з антикоагулянтот ЕДТА становлять 0–10 нг/мл.

Пацієнти були поділені на 2 групи. Перша група – 20 хворих із гострим епідидимоорхітом, в комплекс лікування яких було включено антибіотик офлоксацин, аргінін та свічки дістрептаза, 2 група – 15 хворих із гострим ускладненим епідидимітом (епідидимоорхітом), яким виконувалось оперативне лікування. Контрольна група – практично здорові чоловіки (15 чоловіків).

Для покращення ефективності лікування та тривалого терапевтичного ефекту пацієнтам 1 групи в комплексну терапію включено L-аргінін, який є субстратом для NO-синтази – ферменту, що каталізує синтез оксиду азоту в ендотеліоцитах. Препарат активує гуанілатциклазу і підвищує рівень циклічного гуанідинмонофосфату (цГМФ) в ендотелію судин, , пригнічує синтез ендотеліну-1, який є потужним вазоконстриктором. А також застосовували у першій групі в комплексному лікуванні препарат Дістрептаза. Механізм дії препарату полягає в здатності до лізису некротичних мас, гною та відкладень фібрину, що призводить до розсмоктування сполучної тканини. Також препарат полегшує доступ антибактеріальних препаратів в зону запалення за рахунок покращення мікроциркуляції в органах малого тазу.

Критеріями, що дозволяли брати участь в дослідженні були вік від 26 до 72 років; маса тіла в середньому $78,3 \pm 5,2$ кг; індекс маси тіла – $25,6 \pm 2,3$ кг/м², які отримували базисну терапію. Не включали у дослідження пацієнтів з перекрутом яєчка та явними ознаками гнійного епідидиміту (епідидимоорхіту).

Ефективність проведеної терапії аналізували через 5-7 і 14 днів після отриманої терапії та оцінювали безпечність застосування препаратів.

Отримані результати аналізували за допомогою комп'ютерних пакетів ліцензійної програми «STATISTICA» StatSoft Inc. та Excel XP для Windows з використанням параметричних та непараметричних методів обчислення.

Результати дослідження. Результати вивчення динаміки рівня Ет-1 в плазмі крові пацієнтів в різні періоди обстеження відображені на рисунку 1. У пацієнтів кожної із груп розвивались протягом

лікування ускладнення або лікування було неефективним, що зумовлювало необхідність виконання оперативного лікування: епідидимотомію, епідидимектомію, резекцію придатка, орхектомію. Оперативне лікування проводилось як правило на 5-7 добу госпіталізації.

У доопераційний період у пацієнтів з гострим ускладненим епідидимоорхітом концентрація Ет-1 перевищувала контрольну (медіану фізіологічних значень концентрації Ет-1 в плазмі крові) в середньому в 2,5 рази ($p < 0,05$), що, можливо, зумовлено деструктивним процесом.

В доопераційний період спостерігались статистично достовірні відмінності у концентрації цього маркера в досліджуваних групах, що характеризувалось різним перебігом захворювання (рис. 1). У 1-й групі хворих на 5-7 добу госпіталізації вміст Ет-1 дещо знизився до $11,4 \pm 2,1$ нг/мл, а на 14 добу склав $5,8 \pm 0,6$ нг/мл ($p < 0,05$), що вкладалося в діапазон норми (0-10 нг/мл). У 2-й групі хворих з несприятливим доопераційним перебігом в ранній період лікування на 5-7 добу відзначали подальше підвищення концентрації Ет-1 (до $25,8 \pm 3,2$ нг/мл), яка після оперативного лікування мала тенденцію до зниження і на 14 добу склала $19,9 \pm 2,2$ нг/мл ($p < 0,05$), в порівнянні з 1-ю групою в обидва періоди визначення Ет-1.



Рис. 1. Показники вмісту ЕТ-1 в плазмі пацієнтів з гострим епідидимоорхітом

Таким чином, дані статистичного аналізу свідчать, що є істотно достовірні відмінності як абсолютних показників, так і динаміки зміни концентрації Ет-1 в плазмі крові пацієнтів різних груп протягом лікування.

Відомо, що головним стимулом утворення та секреції Ет є ішемія або гострий стрес [2]. Ет, будучи потужним констриктором кров'яного русла і запальним пептидом, викликає збільшення кількості Т-лімфоцитів в тканинах і органах, що в свою чергу приваблює інші імункомпетентні клітини, зокрема макрофаги, які продукують фактори, що стимулюють запалення і деструкцію вогнища, що призводить до несприятливого прогнозу для нормальної репарації [1,3]. Останні активно продукують різні біологічно активні речовини, в тому числі NO. Його надмірна кількість в поєднанні з супероксидами призводить до утворення пероксинітрида, які порушують функцію гемоглобіну і викликають гіпоксію, що погіршує процеси регенерації тканини [5].

Висновки. Оскільки Ет діє переважно місцево, можна припустити, що підвищення утворення і надходження його в кров може бути причиною виникнення та поглиблення важкості перебігу захворювання. Тому можна припустити, що критична ішемія тканини яєчка пов'язана з вазоконстрикцією, яка виникає при підвищенні концентрації Ет-1, є такою, що порушує процеси, які забезпечують репаративну регенерацію. Виявлене нами підвищення концентрації Ет-1 (до $25,8 \pm 3,2$ нг/мл) у 2,5 рази в ранній терапевтичний період у пацієнтів з гострим гнійним епідидимоорхітом, що свідчить про незворотність порушень мікроциркуляції в органі і вимагало оперативного лікування. Також підвищення рівня Ет-1 може мати прогностичне та діагностичне значення для визначення тактики в процесі лікування.

У 57,0% хворих, пролікованих консервативно, не відзначено розвитку ускладнень, при цьому концентрація Ет-1 до 14-ї доби склала $5,8 \pm 0,6$ нг/мл, повернувшись в межі фізіологічної норми. Динаміка зміни концентрації Ет-1 в плазмі крові хворих цієї групи свідчить про зворотність метаболічних порушень, пов'язаних з ішемією тканин яєчка.

Вивчення біохімічних маркерів гострого епідидимоорхіту має великий теоретичний та практичний інтерес в плані динамічного спостереження за лікуванням і одужанням хворих. Одним із можливих маркерів може виступати ендотелін-1, який є фактором ендотеліальної дисфункції.

Література:

1. Luzzi G.A. Acute epididymitis / G.A. Luzzi, T.S. O'Brien. // BJU Int. - 2001. - Vol. 87, N 8. - P. 747-755.
2. Ватутин Н.Т. Ендотеліни і результати многоцентрового КОРСАР-СН // Укр. кардіол. журн. - 2006. - № 1. - С. 101-105.
3. Draun M. Erectile dysfunction. Are interdisciplinary diagnosis and therapy necessary? / Draun M., Sommer F. et al. // Dtsch.Med.Wochenschr. - 2004. - Vol. 38, № 3. - P. 227-231.
4. Климова Е.М. Динаміка рівня ендотеліну-1 і розвиток післяопераційних ускладнень у хворих, що прооперовані з приводу колоректального раку / Климова Е.М., Кордон Т.И., Грома В.Г. // Онкологія. - 2011. - Т13. - №1. - С. 247-250.
5. Eltze E. Expression of the endothelin axis in noninvasive and superficially invasive bladder cancer: relation to clinicopathologic and molecular prognostic parameters. / Eltze E., Wild P.J. // Eur Urol. - 2009. - 56 (5). - P. 837-45.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ: НОВІ МОЖЛИВОСТІ

Литвинець Є.А., Кабіру А.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ

Хронічний простатит одне з найбільш поширених захворювань сечостатевої сфери у чоловіків. Згідно даних більшості урологів, на хронічний простатит страждає 9-45% чоловіків [1, 3, 4, 5, 6, 9]. Незважаючи на більш ніж вікову історію вивчення різних сторін простатиту, удосконалення методів його діагностики і лікування, це захворювання залишається центральною медико-соціальною проблемою. Простатит стоїть на 2-му місці в структурі урологічної захворюваності та уражає до 40% чоловіків сексуального віку, призводячи до функціональних розладів і структурних змін у репродуктивній системі, негативно впливаючи на психо-емоційний стан чоловіків, значно знижуючи якість життя. 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].

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 фітопрепарату Ротапрост при лікуванні хворих на хронічний абактеріальний простатит.

Матеріали та методи дослідження. У нас на лікуванні та під спостереженням знаходилося 60 хворих на хронічний абактеріальний простатит. Середній вік пацієнтів склав $30,4 \pm 2,8$ років (від 19 до 46 років), тривалість захворювання від 8 місяців до 5 років (в середньому $3,1 \pm 1,2$ 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 (30 пацієнтів) - + фітопрепарат Ротапрост фірми "Ротафарм лімітед" по 1 капсулі 2 рази на добу впродовж 1 місяця.

1 капсула Ротапросту містить: активні інгредієнти: сухий екстракт насіння гарбуза – 200 мг (жирні кислоти $\geq 30\%$); сухий екстракт кореня кропиви дводомної (*Urtica dioica*) – 150 мг; сухий екстракт плодів пальми повзучої (*Serenoa repens*) – 80 мг; цинк (у формі цинку піколінату) – 0,105 мг; селен (у формі натрію селеніту) – 22,5 мкг.

Екстракт насіння гарбуза – має високий вміст токоферолів (α -, β -, γ - і δ -) і каротиноїдів, жирних кислот та їх похідних, які проявляють виражені антиоксидантні властивості, пригнічують процеси перекисного окиснення ліпідів у біологічних мембранах. Екстракт кореня кропиви дводомної містить флавоноїди, хлорофіл, каротиноїди, танін. Екстракт плодів пальми повзучої (*Serenoa repens*) містить фітостероли, каротин, жирні кислоти, танін. Екстракти кореня кропиви дводомної та плодів пальми повзучої (*Serenoa repens*) діють на ферменти, які відіграють важливу роль у метаболізмі андрогенів у передміхуровій залозі. Екстракт плодів пальми повзучої пригнічує ферменти 5α -редуктазу та

ароматазу, екстракт кропиви – тільки ароматазу. 5 α -редуктаза каталізує перетворення тестостерону у дигідротестостерон, ароматаза каталізує метаболізацію тестостерону у 17 β -естрадіол. Екстракти пальми повзучої і кропиви також мають протизапальні та протинабрякові властивості. Протягом перших тижнів споживання зменшується проникність капілярів і судинний стаз, набряк і запальні процеси в простаті, усувається компресія шийки сечового міхура і сечовивідного каналу, в результаті чого покращуються показники уродинаміки – збільшується струмінь сечі та зникають симптоми, пов'язані з порушенням сечовипускання. Цинк забезпечує стабілізацію клітинних мембран, впливає на процеси регенерації, має імуномодуючі властивості на Т-клітинну ланку імунітету, підвищує фактори неспецифічного імунного захисту. Він пригнічує активність ферменту, який контролює відновлення тестостерону до дигідротестостерону й підтримує достатній рівень статевих гормонів. Селен має антиоксидантні властивості, знижує вплив на організм зовнішніх негативних факторів, здатних посилювати утворення вільних радикалів.

Тому, Ротапрост рекомендований з метою покращення сечовидільної функції у чоловіків, у тому числі при доброякісній гіперплазії передміхурової залози, та сприяє поліпшенню функції простати і сечовиділення у чоловіків, зменшенню розладів сечовиділення, об'єму передміхурової залози та залишкової сечі при простатиті та доброякісній гіперплазії передміхурової залози, зменшенню проявів набряку та спазму в органах малого тазу, покращенню якості життя та репродуктивної функції у чоловіків.

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. Так кількість лейкоцитів в секреті передміхурової залози в пацієнтів I-шої групи знизилась з 75,4 до 16,8, а у пацієнтів II-ої групи, які приймали Ротапрост з 76,2 зменшилась до 6,2; 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 $30,1 \pm 1,28$; індекс оцінки якості життя $L = 4,5 \pm 0,05$; оцінка загального стану по сумі балів $(S+L) = 34,6 \pm 1,26$. Після 15 днів лікування: IPSS = $20,6 \pm 0,48$; $L = 4,0 \pm 0,05$ і $(S+L) = 24,6 \pm 0,64$. Через 30 днів після лікування: IPSS = $10,2 \pm 0,05$; $L = 3,1 \pm 0,005$ і $(S+L) = 13,3 \pm 0,28$.

У пацієнтів II-ої групи, які разом з комплексною терапією одержували фітопрепарат Ротапрост, сумарний бал по IPSS до лікування = $29,8 \pm 1,24$; індекс оцінки якості життя $L = 4,4 \pm 0,05$ і оцінка загального стану по сумі балів $(S+L) = 33,2 \pm 0,26$. Після 15 днів лікування: IPSS = $11,8 \pm 0,1$; $L = 3,0 \pm 0,05$ і $(S+L) = 15,2 \pm 0,24$. Через 30 днів лікування: IPSS = $2,5 \pm 0,05$; $L = 1,4 \pm 0,05$ і $(S+L) = 3,9 \pm 0,05$.

Побічної дії при застосуванні Ротапросту нами не виявлено.

Висновки. Таким чином, як показали результати лікування, призначення Ротапросту по 1 капсулі два рази на добу впродовж 1 місяця патогенетично обґрунтовано при хронічному абактеріальному простатиті, що дозволяє добитися позитивних результатів терапії і досягти стійкого клінічного ефекту. Отже, одержані дані свідчать про доцільність включення фітопрепарату Ротапрост 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. Литвинець // 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. Литвинець Є.А. Хронічний абактеріальний простатит: застосування тамсулозину та фітотерапії у лікуванні / Є.А. Литвинець // Здоровье мужчины. - 2006. - №2. - С.18-19.
5. Арнольди Э. К. Хронический простатит / Э.К. Арнольди - Ростов-на -Дону: Феникс, 1999. - 320с.
6. Литвинець Є.А. Можливості фітотерапії в лікуванні хворих на хронічний простатит / Є.А. Литвинець // 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. Литвинець Є.А., Зеляк М.В., Томусяк Т.Л. Хронічний простатит: фітотерапія у комплексному лікуванні / Є.А. Литвинець, 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.

**ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УРАЖЕНЬ ПЛОДУ
У ВАГІТНИХ З СЕЧОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ**

Пасієшвілі Н.М., Карпенко В.Г.

Харківська медична академія післядипломної освіти

ІЗУП є одним з частих ускладнень вагітності у жінок з гестаційним пієлонефритом, частота якого сягає 15-25%. В останнє десятиріччя частота сечових інфекцій у вагітних підвищилась в 5,6 рази, у кожній 3-й вагітній в Україні виявляють безсимптомну бактеріурію [1]. Сечові інфекції у вагітних (СІВ) — найбільш розповсюджена інфекційна патологія в сучасній акушерській практиці, її частота в структурі госпітальних інфекцій сягає 45-50%, носить рецидивуючий характер і не має тенденції до зниження [2]. За даними В.І.Медвідя (2014) кількість вагітних із захворюваннями нирок за останні 20 років збільшилось майже в 4 рази, а патологія сечової системи виявляється у кожній п'ятій вагітній. Збудники СІВ різноманітні, в більшості випадків стійкі до антибактеріальної терапії, їх не завжди легко ідентифікувати. Згідно сучасним Наказам МОЗ України та Клінічним протоколам всіх вагітних обстежують на наявність бактеріурії, тому що у 30-40% вагітних з бессимптомною бактеріурією (ББ) і не отримавших відповідне лікування в подальшому розвивається пієлонефрит [3]. Загальновідомий взаємозв'язок між СІВ та ускладненнями вагітності і пологів, таких як анемія, прееклампсія, плацентарна дисфункція, інфікування плода та новонародженого, несвоєчасне вилиття навколоплідних вод, хоріоамніоніт, передчасні пологи, затримка розвитку плода та інші акушерські та перинатальні ускладнення [4,5].

Серед існуючих методів лікування гестаційного пієлонефрита провідне місце займає антибактеріальна терапія, яка також може сприяти розвитку ряду ускладнень у вагітній і негативно впливати на плід. В останній час поширюється використання рослинних препаратів для лікування СІВ, але їх ефективність не завжди доведена [3]. Враховуючи вищевикладене пошук нових підходів до лікування СІВ та профілактики акушерських ускладнень є актуальним завданням сучасного акушерства.

Мета роботи — розробити комплексний метод лікування СІВ, який би ефективно впливав на бактеріальну флору сечових шляхів у вагітних та сприяв попередженню розвитку ІЗУП та акушерських ускладнень.

Матеріал і методи. Для досягнення встановленої мети проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 88 вагітних з гестаційним пієлонефритом та ББ, які склали основну групу. 30 вагітних без ознак сечових інфекцій з фізіологічним перебігом вагітності склали контрольну групу. Жінки основної групи після проведеної антибактеріальної терапії в залежності від способу комплексного лікування були розподілені на три клінічні групи. До першої клінічної групи увійшли 28 вагітних жінок, при лікуванні яких використано канефрон (по 2 драже 3 рази за добу на протязі 3 тижнів) — рослинний препарат, який застосовується для лікування і профілактики запальних захворювань сечових шляхів. До другої клінічної групи увійшли 30 вагітних, які отримували 200 мл озонованого фізіологічного розчину внутрішньовенно один раз на день на протязі 10 днів. Озонотерапія була використана тому, що науково доведена її здатність стимулювати імунітет, здійснювати детоксикаційну та антимікробну дію [93,207]. Це дозволило зробити припущення про доцільність використання медичного озону в комплексному лікуванні сечових інфекцій у вагітних. До третьої клінічної групи увійшли 30 вагітних з ГП, яким додатково призначено імуномодулятор трансфер фактор. Трансфер фактор відноситься до групи природних (ендогенних) імуномодуляторів, представляє собою природний пептид, отриманий з молозиву корів. Головна функція цього пептиду — забезпечення імунного захисту від інфекційних агентів та інших антигенних речовин, які можуть призвести до порушень життєво-важливих процесів в організмі вагітної. Трансфер фактор стимулює клітинну ланку імунної системи, зокрема лімфоцити-кілери, активує виробку імуноцитокінів, регулює функції імунітету. Перевагами трансфер фактора є висока активуюча здатність дії на імунну систему, широким спектром дії, нешкідливість, не має протипоказань та не викликає ускладнень.

Вік вагітних коливався від 18 до 37 років, середній вік жінок основної групи склав $29,5 \pm 3,6$ років, контрольної — $26,4 \pm 4,3$ роки. Першородячих було 42 (47,7%), повторнородячих — 46 (52,3%). Всі вагітні основної групи отримували лікування переважно в другому триместрі вагітності (22-28 тижнів).

Результати досліджень. При аналізі клініко-лабораторного матеріалу визначено, що найбільш частими збудниками сечових інфекцій були *Escherichia coli* (71,6%), *Enterococcus faecalis* (14,8%), *Staphylococcus saprophyticus* (13,6%), *Proteus vulgaris* (10,2%), *Klebsiella* spp. (5,1%). Кількість

лейкоцитів в 1мл сечі у жінок основної групи склало 4800 ± 300 ; за даними проби Нечипоренка кількість лейкоцитів — $4,5 \pm 2,3 \times 10^6/\text{л}$, еритроцитів — $1,8 \pm 0,7 \times 10^6/\text{л}$

Після проведеного лікування рецидив захворювання визначалася у 7 (25%) вагітних після традиційного лікування, у 2 (6,7%) жінок, які отримували озонотерапію, і у 1 (3,4%) після використання імуномодулятора. Зниження ББ сприяє зменшенню персистенції збудників інфекції в сечових шляхах, що вказує на ефективність проведеного лікування і запобігає рецидивам захворювання. Після лікування канефроном в пробі Нечипоренка кількість лейкоцитів була нижче 4 тисяч в 1 мл у 40% вагітних, після озонотерапії — у 86,7%, після імунокорекції — у 90%. Ерадикація збудника відбулася в групі з традиційним лікуванням у 57,1%, після озонотерапії — у 73,3% вагітних, після імунолікування — у 80%. Даних за алергічні або інші ознаки непереносимості озонотерапії або імуномодулятору не виявлено.

Імунологічні показники у обстежених вагітних вказували на зміни в клітинному та гуморальному ланках імунітету.

При дослідженні клітинної ланки імунітету визначено підвищення деяких типів лімфоцитів (CD4^+ , CD8^+ , CD21^+ , CD16^+ - клітин, 0-лімфоцитів) без дестабілізуючого впливу. При вивченні активності лімфоцитів за допомогою РБТЛ було виявлено зниження цього показника при СІВ, що пояснює недостатність імунних реакцій підвищенням загальної кількості лімфоцитів (з $16,7 \pm 1,42$ до $33,5 \pm 4,6 \times 10^9/\text{л}$), зниженням їх активності за РБТЛ (з $45,8 \pm 5,7$ до $29,8 \pm 2,3$).

В гуморальній ланці імунітету звертало на себе увагу підвищення рівнів лімфоцитотоксичних антитіл ($26,3 \pm 3,18\%$), в контрольній групі — $13,8 \pm 1,7\%$ та циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), що обумовлює реакції, характерні для рецидивуючого перебігу сечових інфекцій.

Аналізуючи цитокиновий профіль у вагітних з ГП виявлено значне підвищення ІЛ-1 β до $63,3 \pm 4,7$ пг/мл (контроль – $9,9 \pm 1,2$ пг/мл), ІЛ-6 до $79,8 \pm 6,2$ пг/мл (контроль – $15,6 \pm 2,3$ пг/мл), TNF α до $71,7 \pm 7,2$ пг/мл (контроль – $11,8 \pm 1,9$ пг/мл), інтерферону до $2,7 \pm 0,4$ пг/мл (контроль – $0,31 \pm 0,09$ пг/мл) ($p < 0,05$).

При аналізі окислювально-антиоксидантного гомеостазу достовірно продемонстровано активацію перекісного окислення ліпідів (ПОЛ), зниження антиокислювальної активності (АОА) плазми та активацію антиоксидантних систем організму. Так, звертало на себе увагу підвищення первинних продуктів ПОЛ – гідроперекиси ліпідів до $11,5 \pm 1,3$ нмоль/мл (в контрольній групі – $2,7 \pm 0,4$ нмоль/мл), при нормальних показниках кінцевих продуктів – шифових основань ($1232,5 \pm 148,6$ УО/мл) ($p < 0,05$). Також було визначено підвищення активності церулоплазміну ($2,56 \pm 0,159$ нмоль/мл) та глутатіонпероксидазної активності ($159,43 \pm 19,4$ нмоль/мл), що вказує на напруження антиоксидантних систем організму, що підтверджувалося зниженими показниками АОА, зокрема, підвищення майже втричі рівня гідроперекиси ліпідів, зниження загальної антиокислювальної активності плазми (з $54,2 \pm 8,1$ до $19,6 \pm 2,8\%$) ($p < 0,05$).

Після проведеного лікування канефроном було визначено, що показники ІФН зменшилися майже вдвічі, а після озонотерапії – в 7,5 рази майже дорівнюючи контрольним показникам. Рівень ІЛ – 6 знизився в 1,3 рази після використання канефрону та втричі після застосування озону ($p < 0,05$). Також після застосування медичного озону нормалізувалися показники TNF α і ІЛ – 1 ($8,6 \pm 0,9$ пг/мл та $13,9 \pm 1,7$ пг/мл відповідно) ($p < 0,05$). При застосуванні озонотерапії більш повною мірою нормалізується співвідношення про- та протизапальних інтерлейкінів за рахунок ІЛ-10 та ІЛ-6. Як результат, знижувалася кількість циркулюючих лімфоцитів, підвищувався рівень РБТЛ, теж практично до контрольних значень. При вивченні гуморальної ланки імунітету відмічали значне зниження рівнів ЦІК та лімфоцитотоксичних антитіл після застосування медичного озону.

Порівнюючи показники цитокинового статусу після проведеного лікування імунокоректором спостерігалася швидка нормалізація інтерлейкінів (ІЛ-1 β , ІЛ-6, ІЛ-10), TNF α ($8,6 \pm 0,9$ пг/мл), інтерферону на відміну від групи фітотерапії, де вказані показники так і не досягли контрольних показників. Також в цій групі знизилось число лімфоцитів, ЦІК, лімфоцитотоксичних антитіл, підвищився рівень РБТЛ. В результаті комплексного лікування визначено покращення більшості імунологічних показників, зокрема нормалізація Т-лімфоцитів (CD3^+), Т-хелперів (CD4^+), Т-супресорів (CD8^+), імуно-регуляторного індексу ($1,55 \pm 0,12$), ЛТІ, NK-клітин, спостерігалася підвищення відносної кількості фагоцитуючих нейтрофілів, індекса завершеності фагоцитозу.

При порівнянні клінічних груп, в яких було проведено фітолікування або озонотерапія було визначено, що після застосування озону рівень гідроперекису ліпідів зменшився майже в 3,5 рази ($p < 0,05$) і вірогідно не відрізнявся від контрольних показників ($3,12 \pm 0,96$ нмоль/л). Озонотерапія також сприяла підвищенню АОА до $59,3 \pm 6,2\%$ ($p < 0,05$), сягаючи показників контрольної групи —

58,3±3,5%. Аналіз окислювально-антиоксидантного гомеостазу достовірно показав ефективність озонотерапії як природного антиоксиданту та його здатність відновлювати загальні антиокислювальні властивості плазми, а також знижувати рівні первинних продуктів ПОЛ.

Порівнюючи зміни в ПОЛ/АОС було визначено, що у вагітних з використанням імуномодулятора трансфер фактору рівень гідроперекису ліпідів зменшився майже втричі, сягаючи контрольних показників, рівень АOA підвищився до 60,9±7,3% в порівнянні з початковими даними ($p<0,05$), що вказує на нормалізацію окислювально-антиоксидантного гомеостазу.

За результатами проведеного лікування було виявлено, що після проведення традиційної терапії аналізи сечі стали відповідати контрольним параметрам у 40% вагітних, після озонотерапії – у 86,7%, імунокорекції – 90%. При бактеріологічному обстеженні зміст збудників в сечі зменшився при традиційному лікуванні у 53,3%, при озонотерапії – у 75%, імунокорекції – 78,4%. При подальшому спостереженні рецидив ГПН спостерігався у 20% вагітних після традиційної терапії та у 6,7% – після озонолікування, 3,4% – після імунокорекції.

Аналізуючи плин вагітності у жінок з ГП найбільш частими ускладненнями були загроза передчасних пологів (53,4%), плацентарна дис функція (26,7%), СЗРП (20%), анемія (13,3%).

Звертає на себе увагу той факт, що своєчасне лікування безсимптомної бактеріурії у вагітних із застосуванням озонотерапії значно покращує перебіг вагітності порівняно з лікуванням фітопрепаратами (канефрон). Після застосування медичного озону у вагітних достовірно зменшувалася кількість загрози передчасних пологів (до 13,3%), розвитку плацентарної дисфункції (до 10%), що дозволило знизити кількість повторних госпіталізацій та ліжкоднів ($p<0,05$). Аналогічні результати отримані після використання імунокоректору. Після комплексної терапії з трансферфактором визначено зменшення загрози передчасних пологів до 16,7% на відміну від групи порівняння (43,3%), плацентарної дис функції – до 10% (в групі порівняння – 33,4%), СЗРП – до 13,3% (в групі порівняння – 26,7%). Отримані дані вказують на високу ефективність використання імуномодуляторів в лікуванні гестаційного пієлонефриту та профілактиці ускладнень вагітності, що сприяє зниженню кількості повторних госпіталізацій вагітних за акушерськими показаннями.

Підтвердженням покращення стану плода виступають доплерометричні дані та показники біофізичного профілю плода, що було відмчено у 93,3% після озонотерапії, 90% в групі з використанням імуномодулятора та у 53,4% жінок з традиційним лікуванням канефроном ($p<0,05$).

Вагітність закінчилася нормальними пологами у 93,3% жінок з імуномодулюючою терапією, у 86,7% вагітних, отримавших озонотерапію, у 71,4% – після фітотерапії, що вказувало на значне зниження частоти кесарева розтину в групі жінок, до лікувальної тактики яких було включено імунокоректор (6,7%), медичний озон (13,3%) на відміну від групи, де застосовано канефрон (25%) ($p<0,05$). Показаннями до кесарського розтину були дистрес плода (10%), аномалії пологової діяльності (10%), затримка росту плода (6,7%). Тривалість пологового акту коливалася від 8 до 16 годин, в середньому у першородячих 10,8±1,4 год, у повторнородячих – 7,9±1,6 год. Пологовий травматизм відмічався в середньому від 3 до 10% в кожній клінічній групі. Загальна крововтрата вірогідно не відрізнялась по групах і в середньому склала 169,5±55,5мл. Кроотечі в пологах та ранньому післяпологовому періоді не визначено, що може бути обумовлено активним веденням третього періоду. Середня маса новонароджених в групах з озонотерапією та імунокорекцією склала 3250±300г, зріст – 51,3±1,2см. Коливання ваги були в межах від 2800 до 3900г. В групі з фітотерапією середня вага новонароджених складала 3020±150г, зріст – 49,7±1,3см. При оцінці стану новонароджених було встановлено, що в задовільному стані (8-10 балів за шкалою Апгар) народилося 100% в групі з імунокорекцією.

При вивченні стану новонароджених після озонотерапії також було відмічено достовірне збільшення кількості здорових новонароджених (96,7%) порівняно з фітолікуванням (60,7%), зменшення кількості дистресів плода ($p<0,05$). СЗРП спостерігався тільки у новонароджених від вагітних групи з традиційним лікуванням (10%). Ранній неонатальний період ускладнився у них аспіраційним синдромом у 1 (3,3%), кон'югаційною жовтяницею - у 1 (3,3%), синдромом дихальних розладів – у 1 (3,3%). При обстеженні новонароджених на наявність ІЗУП було виявлено найбільша кількість уражень в групі з фітолікуванням (14,3%), в групі з озонотерапією (6,7%), в групі з імунокорекцією (3,4%). Найбільш частими збудниками були *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Enterobacter*, *Proteus vulgaris*, *Klebsiella spp.*. Термін, коли відпадає пуповина, склав 4,5±0,6 днів. Максимальна втрата ваги знаходилась в межах 150±100г. Аналізуючи післяпологовий період було встановлено, що у всіх жінок проходив без ускладнень.

Висновки. Аналізуючи отримані результати, можна дійти до висновку, що СІВ призводять до

дисбалансу системного імунітету, що пояснюється порушеннями клітинного та гуморального імунітету, автономними змінами рівнів цитокінів, відзначається активізація процесів ПОЛ, зниження загальної антиокислювальної активності плазми, спостерігається напруження антиоксидантних систем організму вагітної. Своєчасна комплексна терапія ББ вагітних з застосуванням медичного озону призводить до нормалізації імунного та окислювально-антиоксидантного гомеостазу, що дозволяє рекомендувати використання медичного озону для лікування СІВ в якості антиоксиданта, імуномодулятора та антимікробного чинника. Застосування озону у вагітних вірогідно сприяє зменшенню кількості ускладнень вагітності, поліпшує стан фето-плацентарного комплексу, покращує результат вагітності для матері і новонародженого. Таким чином, використання озонотерапії в лікуванні безсимптомної бактеріурії може бути широко застосовано в акушерській практиці завдяки його ефективності, доступності та відсутності ускладнень як для матері так і для плода.

В результаті обстеження вагітних та породіль, які отримали імунокорекцію, було визначено, що вказана терапія також позитивно впливала на загальний стан вагітної, її клініко-біохімічні та імунологічні показники, покращувала стан внутрішньоутробного плода, сприяла збереженню отриманих результатів на протязі довгого часу. Плин пологів, післяпологового періоду та стан новонародженого майже не мали ускладнень, ефективність комплексного лікування імунокоректором склала 90%.

Використання комплексної патогенетично обґрунтованої терапії, спрямованої на оптимізацію ефективності лікування СІВ, з імунокоректором та озоном, не має побічних ефектів і дозволяє поліпшити результати лікування вагітних з безсимптомною бактеріурією та запобігти рецидивам сечових інфекцій, що сприятиме значному зниженню кількості акушерських ускладнень та покращанню перинатальних показників.

Таким чином, важливе місце в патогенезі ГБ займають порушення імунного статусу, зміни цитокінового профілю, в зв'язку з чим стандартна терапія з фітопрепаратами не завжди ефективна, тому що не має імуномодуючої дії. Використання імунокоректорів в комплексній терапії ГП сприяє підвищенню ефективності лікування за рахунок впливу на клітинну та гуморальну ланки імунітету, цитокіновий статус, систему ПОЛ/АОС. Використання сучасних методів комплексного лікування пієлонефриту у вагітних є ефективною профілактикою акушерських та перинатальних ускладнень, зокрема ІЗУП, попереджує рецидиви захворювання, сприяє зниженню кількості повторних госпіталізацій вагітних за акушерськими показаннями.

Література:

1. Талалаєнко Ю. О. Вплив озонотерапії на активність лужної фосфатази плаценти при пієлонефриті у вагітних / Ю. О. Талалаєнко, Н. В. Князева, Н. В. Гребельна // 36. наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Поліграф плюс, 2013. – С. 361–364.
2. Оганян К. А. Течение и исход беременности при колонизации мочеполового тракта женщин стрептококками группы В и D. Автореф. Дис... канд. мед. наук. СПб. – 2008. – 21 с.
3. Медведь В. И. Опыт применения перорального пробиотика при инфекциях мочевых путей у беременных / В. И. Медведь, И. Н. Грицай // Здоровье женщины. – 2014. – № 10 (96). – С. 105–107.
4. Исходы беременности и частота преждевременных родов у женщин бактериальными инфекциями мочевыводящих путей / Слепичко Ю. Н., Корниец Н. Г., Тертычная-Телюк С. В. [и др.] // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – Київ.: ТОВ „Видавництво „Юстон”. – 2016. – Вип. 2 (38). – С. 352–356.
5. Могілевкіна І. О. Особливості акушерсько-гінекологічного анамнезу та роль уrogenітальної інфекції в невиношуванні вагітності / І. О. Могілевкіна, О. М. Шавульська // 36. наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Інтермед», 2007. – С. 293–295.

ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОМ ГЕПАТИТЕ

*Попов Н.Н., Торяник И.И., Калиниченко С.В., Скляр А.И., Попова Н.Г.,
Брусник С.В., Мелентьева К.В., Попова Л.А.*

ГУ «Институт микробиологии и иммунологии им. И.И. Мечникова НАМНУ», г. Харьков

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Гигантоклеточный гепатит, по праву, считают особым клиническим и морфологическим вариантом хронического гепатита. Его неотъемлимой чертой является появление многоядерных мегалоклеток (в несколько раз морфометрически превышающих размеры собственно гепатоцита) и многочисленных цитоплазматических включений по химической структуре соответствующих гликогену и желчным пигментам. Ранее считалось, что гигантоклеточная реакция гепатоцитов вызвана феноменом нарушенного деления печеночных клеток (в интерфазе) либо их слияния в результате мощного экзогенного/эндогенного стресса, осуществляющегося в зонах тканевого микроокружения. Однако в последнее время специалисты склоняются к мнению о том, что причины последнего кроются в специфике реактивности макроорганизма и признаках выраженных нарушений

иммунной регуляции (детекция орсеиновых включений в биопсиях больных с установленным гигантоклеточным гепатитом). В представленной работе методом клинко - морфологических сопоставлений (параллелей) изучали развитие дистрофических изменений в почках больных с установленным гепатитом вирусной этиологии. Материалом исследования послужили биопсии (в том числе, пунктационные), взятые от больных в возрасте от 27 до 65 лет, находившихся на амбулаторном учете/наблюдении, стационарном лечении в профильных клинических стационарах г. Харькова и области. Микроскопические исследования проводили традиционно. Препараты биологического материала окрашивали орсеином по Шиката, для уточнения состояния микроциркуляторного русла органов гематоксилином- эозином, азур-эозином, лимфатического аппарата- по Браше, фрагменты соединительной ткани - суданом II, III, IV. Микроскопические изменения анализировали, прибегая к помощи резервов световой микроскопии (микроскоп ЛОМО, Санкт-Петербург, РФ). Рабочими увеличениями являлись: x 400; x 600; x 1350. Биохимические параметры исследовали, применяя тетст-системы фирмы «Amersham», UK (Великобритания). Для объективизации предпринятого исследования привлекали группу сравнительного контроля (интактного по параметрам тропности к вирусам гепатитов A,B,C,D; хронической патологии печени, желчного пузыря, почек, мочевыводящих путей в целом). В результате исследования было установлено, что дистрофические изменения в почках потенцированы токсическим действием билирубина, превышавшего нормальные показатели в 1,5-2 раза. Отмеченное наличие иммунных комплексов считали важным фактором влияния на развитие дистрофических изменений коркового/мозгового вещества почек, их капсулы, эпителия. В качестве весомого аргумента в пользу патологических расстройств приводим отмеченное утолщение (n=17) базальных мембран почечных клубочков, пропитывание некротизированного нефротелия желчными пигментами (n=34). Нарушение протромбиновой функции печени вызывало нарушения свертывающей функции крови, что становилось в последствии причиной выраженного геморрагического синдрома (n= 12). Последний факт проявлялся расстройствами локального кровообращения, появлением мелкоочечных кровоизлияний, отека, выраженных воспалительных реакций. Сосуды почек заметно расширены, ряд из них характеризуются наличием дефектов стенок, десквамативной реакцией эндотелиального слоя. Интенсивный диапедез эритроцитов иллюстрировал внутритканевые кровоизлияния, мелкие гематомы. В просветах микрососудов почек насчитывались многочисленные тромбы, что обеспечивало появление стаза и нарушения трофики.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТА КАНЕФРОН Н НА ЕТАПАХ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ОБСТРУКТИВНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Россіхін В.В., Бухмін О.В., Суманов С.В., Кривошеї Г.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м.Харків

Вступ та мета. Одним із завдань при лікуванні дітей із гідронефрозом і обструктивним мегауретером є відновлення уродинаміки верхніх і нижніх сечових шляхів. Використання хірургічних і ендоскопічних методів лікування відновлює пропускну здатність пієлоуретрального сегменту (ПУС) і уретеровезикальне співустя (УВС). Розробка способів відновлення уродинаміки балії і сечоводу є не менш важливою на етапах реабілітації 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 чинить ефективну дію 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 балії і адаптаційну (транзиторну) функцію пієлоуретрального сегменту передбачається обстеження 30 дітей. Групи хворих: 10 дітей з 1-2 ступенями гідронефрозу, друга - 10 пацієнтів з 3 ступенем 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: 1 пігулка 3 рази в день впродовж 30 діб.

Результати та їх обговорення. Нині проведено обстеження 6 дітей з гідронефрозом з 1 групи (8 уродинамических систем), яким оцінений характер уродинамических порушень балії, діаметр ПУС і характер порушень за даними білкового спектру сечі. За даними ультразвукового дослідження нирок діаметр балії не перевищував 20 мм (від 8 до 20 мм). Переважно був дезадапційний варіант порушення уродинаміки (6 уродинамічних систем) і обструктивно-гіпертензійний варіант (2 уродинамічних системи). Допустимий діаметр ПУС від 1,3-4 Шарьєра був у 4 дітей. У інших він був зменшений в незначному ступені. Функціональний стан нирок за даними уропротеїнограм характеризувався мінімально вираженою канальцевою і клубочковою дисфункцією.

Висновки. Попередні результати застосування препарату Канефрон Н показали, що найбільший вплив він робив на адаптаційну (транзиторну) функцію ПУС на етапі динамічного спостереження хворих з початковими формами гідронефротической трансформації. Таким чином, Канефрон Н може застосовуватися у дітей з гідронефрозом 1-2 ступеню, як фітопрепарат, що покращує транзиторну функцію піелоуретрального сегменту (ПУС) і уретерovesикальне співустя (УВС).

ДОПЛЕРОГРАФІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЛОКАЛІЗОВАНИХ ФОРМ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ

Саричев Л.П., Саричев Я.В., Пустовойт Г.Л.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вступ. «Золотим стандартом» у діагностиці локалізованих форм гострого гнійного пієлонефриту вважають комп'ютерну томографію (КТ) з болюсним контрастуванням. Разом з тим, висока вартість дослідження, реакція на введення контрастної речовини в анамнезі, ризик розвитку контраст-індукованої нефропатії у хворих з нирковою недостатністю, цукровим діабетом, низьким артеріальним тиском зумовили пошук альтернативних методів моніторингу патологічного процесу.

Мета дослідження. Оцінити ефективність доплерографічного моніторингу локалізованих форм гострого гнійного пієлонефриту.

Матеріали та методи. Проведений порівняльний аналіз діагностичної ефективності ультразвукового дослідження (УЗД) та КТ при локалізованих формах гострого гнійного пієлонефриту у 198 хворих: карбункул нирки - 86 хворих, абсцес нирки - 112 хворих. Вік хворих 18-79 років ($M \pm m = 49,7 \pm 5,6$ років). Чоловіків було 101 (51,0%), жінок – (49,0%). Ураження правої нирки мало місце у 89 хворих (44,9%), лівої нирки – у 103 хворих (52,0%), двобічний гострий гнійний пієлонефрит - у 6 хворих (3,1%).

УЗД проводилось у режимах «сірої шкали», енергетичної доплерографії (ЕД) та кольорового доплерівського картування (КДК).

КТ виконувалась без контрастування та з болюсним введенням контрастної речовини.

Результати та обговорення. При УЗД у режимі «сірої шкали» карбункул нирки виглядав як гетерогенне об'ємне творення, у 66,3% спостережень без чітких контурів, зниженої (26,7%) чи підвищеної (73,3) ехогенності, що відповідало деструктивній фазі інфекційного запального процесу. У 37,2% спостережень відмічалась деформація зовнішнього контуру нирки. У режимі ЕД та КДК спостерігалось різного ступеню зниження васкуляризації означеної ділянки паренхіми. У 90,7% випадків мало місце збіднення судинного малюнку, у 9,3% - відсутність кровоплину.

У відповідь на антибактеріальну терапію у 94,2% спостережень відмічали зворотній розвиток: вогнище деструкції зменшувалось, відтворювався судинний малюнок. У 5 хворих (5,8%) мало місце гнійне розплавлення запального вогнища.

Абсцес нирки у режимі «сірої шкали» виглядав як вогнище зниженої ехогенності. У режимах ЕД та КДК відмічали відсутність васкуляризації гнійного вогнища (100,0%), яке поступово відокремлювалось піогенною капсулою у вигляді обідка підвищеної ехогенності з перифокальним посиленням кровоплину.

У відповідь на антибактеріальну терапію при абсцесі нирки до 3 см мав місце зворотній розвиток: гнійне вогнище зменшувалось, відтворювався судинний малюнок. При розмірах >3 см проводили пункцію гнійного вогнища під УЗ контролем, евакуацію гною. При розмірах >4 см виконували перкутанне дренирування гнійного вогнища.

За результатами дослідження, інформативність ультразвукової доплерографії при локалізованих формах гострого гнійного пієлонефриту: діагностична чутливість – 94,1%, діагностична специфічність – 98,3%, діагностична ефективність – 98,0%, позитивна прогностична

цінність – 98,0%, негативна прогностична цінність – 97,7%. Означені показники КТ: 94,4%, 97,5%, 98,3%, 97,8%, 96,9% відповідно.

Висновок. При нижчій вартості діагностичної процедури ефективність доплерографічного моніторингу локалізованих форм гострого гнійного пієлонефриту відповідає, а по ряду показників перевищує КТ.

ВПЛИВ ОДНОБІЧНОГО ГОСТРОГО УРАЖЕННЯ НИРОК НА ХАРАКТЕР ПРИСТОСОВНИХ СУДИННИХ РЕАКЦІЙ ЇХ ПАРЕНХІМИ

Стусь В.П., Бараннік К.С.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м.Дніпро

Вступ. Певні патологічні стани (стенозування, гострий тромбоз ниркової артерії та ін.) спричинюють стійке порушення ниркового кровообігу, яке веде не тільки до значного порушення функції нирки і навіть до її загибелі [1, 2]. Обструктивна уропатія будь-якої етіології виникає, як за правило, або у навколomisковому, або у навколomisхуровому відділі сечоводу [3, 4]. Клінічні наслідки її відповідають рівню обструкції. Проте, обструкція на рівні мисково-сечоводного сегменту є найбільш агресивною. Особливо у випадках із внутрішньо нирковим розташуванням миски. Цьому сприяє сумісне розташування ниркових судин і чашково-мискової системи на обмеженому просторі синуса нирки [3]. Існує пряма залежність між строком обструкції та відновленням функції нирок після ліквідації перешкоди [4, 5]. Гостре порушення відтоку сечі спричинює стійке порушення ниркового кровообігу, яке веде не тільки до значного порушення функції нирки і навіть до її загибелі. Зміни стосуються також і функції протилежної нирки [1, 5]. Термін виникнення в ній компенсаторно-приспосовних змін та динаміка їх перебігу під час гострого порушення уродинаміки однієї з нирок на сьогодні недостатньо з'ясовані. Тому, визначення змін кровотоку паренхіми обох нирок в цих випадках є актуальним і має певне практичне значення.

Мета дослідження. Вивчити в експерименті порушення кровотоку в паренхімі нирки в умовах стійкої ішемії або обструктивної уропатії визначити компенсаторні можливості протилежної нирки.

Матеріал і методи дослідження. Експеримент проводили на 80 експериментальних тваринах (половозрілі щури лінії Вістар), які були розподілені на 2 групи по 40 осіб. В першій групі створювали постійну ішемію лівої нирки фіксованим перегинанням її артерії за власно розробленою методикою. В другій групі створювали гостре порушення уродинаміки лівої нирки фіксованим перетинанням її сечоводу на рівні в/з. Стан кровотоку у паренхімі обох нирок визначали за рівнем омичного супротиву методом реографії протягом першої години після гострого порушення уродинаміки через 15, 30, 60 хвилин інтраопераційно, а також перкутанно через 1, 3, 5, 7, 10, 14 діб, і через 1, 2, 4, 6 місяців. Експериментальні дослідження на щурах проводили з дотриманням принципів передбачених Європейською конвенцією з нагляду за проведенням лабораторних та інших дослідів з участю лабораторних тварин різних видів, Конвенцією з біоетики Ради Європи, Гельсінською декларацією Всесвітньої медичної асоціації, Першим українським національним конгресом з біоетики. Всі оперативні втручання, експериментальні дослідження та вихід з експерименту тварин здійснювали за умов адекватного знеболення, не завдаючи страждань останнім.

Результати досліджень. Створення експериментальної перешкоди кровотоку в дослідній нирці призводило до динамічних змін омичного супротиву її паренхіми в бік поступового збільшення. Так через 15 хвилин омичний супротив перебільшував початковий рівень на $63 \pm 8,3\%$, через 30 хвилин – на $33,3 \pm 5,1\%$, через 60 хвилин – на $41,4 \pm 3,8\%$. Таке коливання показника може свідчити про зміни ємності судинного русла дослідної нирки стосовно до зменшеної кількості крові, яка потрапляє до органа. Зміни омичного супротиву паренхіми контралатеральної нирки мають аналогічні коливання. Так, через 15 хвилин показник омичного супротиву збільшувався на $31,3 \pm 2,1\%$, через 30 хвилин – $26,4 \pm 1,3\%$, а через 60 хвилин – $21,3 \pm 2,0\%$. Тобто, через рено-ренальний рефлекс відбуваються порушення кровотоку і у контралатеральній нирці в бік зменшення його інтенсивності, що не може одразу компенсувати порушену функцію дослідної нирки.

Аналогічні зміни відбувалися і при створенні експериментального гострого порушення уродинаміки. Так, в дослідній нирці це призводило до динамічних змін омичного супротиву її паренхіми в бік поступового збільшення. Через 15 хвилин омичний супротив перебільшував початковий рівень на $43 \pm 8,3\%$, через 30 хвилин – на $23,1 \pm 4,1\%$, через 60 хвилин – на $38,4 \pm 3,8\%$. Таке коливання показника може свідчити про зміни ємності судинного русла дослідної нирки стосовно до зменшеної кількості крові, яка потрапляє до органа. Зміни омичного супротиву паренхіми

контралатеральної нирки мають аналогічні коливання. Так, через 15 хвилин показник омичного супротиву збільшувався на $21,3 \pm 2,1\%$, через 30 хвилин – $18,4 \pm 1,4\%$, а через 60 хвилин – $16,3 \pm 2,1\%$. Проте, отримані дані свідчили про більш сприятливий перебіг змін. В умовах гострого порушення уродинаміки зберігається кровоток крові у паренхімі, а зростаючий внутрішньомисковий тиск лише поступово порушує кровообіг у паренхімі, при цьому більше страждає відтік венозної крові.

Дослідження кровотоку в обох нирках після створення моделі постійної ішемії правої нирки протягом наступних 14 діб показало наступні зміни. Так, омичний супротив паренхіми дослідної нирки через 1 добу перебільшував висхідний показник на $48,3 \pm 2,4\%$, через 3 доби – на $42,2 \pm 2,1\%$, через 5 діб – на $40,3 \pm 3,1\%$, через 7 діб – на $39,1 \pm 1,8\%$, через 10 діб – на $28,3 \pm 1,6\%$, через 14 діб – на $27,3 \pm 1,9\%$. Одже, відзначається поступова стабілізація кровообігу в умовах недостатності кровопостачання. Зміни омичного супротиву паренхіми контралатеральної нирки за цей же період були наступні. Так, через 1 добу показник перебільшував висхідний на $28,2 \pm 2,1\%$, через 3 доби – на $22,5 \pm 2,6\%$, через 5 діб – на $12,4 \pm 4,1\%$, через 7 діб – показник дорівнював висхідному, а починаючи з 10 доби навіть був менший за висхідний і складав $21,0 \pm 3,1\%$, а через 14 діб – $34,2 \pm 2,7\%$. Зміни кровотоку у контралатеральній нирці свідчать про компенсаторно-присосовний характер реакцій судинного компоненту, який починає компенсувати порушену функцію починаючи із 7 доби.

Дослідження кровотоку в обох нирках після створення моделі постійного гострого порушення уродинаміки лівої нирки протягом наступних 14 діб показало наступні зміни. Так, омичний супротив паренхіми дослідної нирки через 1 добу перебільшував висхідний показник на $58,3 \pm 2,4\%$, через 3 доби – на $64,2 \pm 2,8\%$, але через 5 діб відбувалося різке його зниження, що свідчило про значні порушення кровообігу (його припинення) – $70,3 \pm 3,1\%$, через 7 діб – на $79,1 \pm 1,8\%$, через 10 діб – на $98,3 \pm 4,6\%$, через 14 діб – на $97,3 \pm 3,9\%$. Одже, відзначається поступове припинення кровообігу. Зміни омичного супротиву паренхіми контралатеральної нирки за цей же період були наступні. Так, через 1 добу показник перебільшував висхідний на $38,2 \pm 2,2\%$, через 3 доби – на $26,5 \pm 1,6\%$, через 5 діб – на $22,4 \pm 4,1\%$, через 7 діб – показник складав – $20,1 \pm 3,4\%$, а починаючи з 10 доби дорівнював висхідному, і через 14 діб складав – $34,2 \pm 2,7\%$. Повне припинення кровотоку в паренхімі дослідної нирки і, через це, припинення її функції надавало більшого впливу на стан кровотоку у протилежній нирці, що збільшувало термін компенсації. На нашу думку, зміни кровотоку у контралатеральній нирці мали компенсаторно-присосовний характер реакцій судинного компоненту, який починав компенсувати порушену функцію починаючи із 10 доби.

Динамічне дослідження рівня кровотоку в обох нирках в умовах стійкої односторонньої ішемії у віддалений період дало такі результати. Омичний супротив паренхіми дослідної нирки через 1 місяць перебільшував висхідний на $12,3 \pm 3,4\%$, через 2 місяці – на $4,1 \pm 2,4\%$, через 4 місяці – на $3,9 \pm 1,4\%$, через 6 місяців – на $3,8 \pm 1,3\%$. Тобто, визначалися ознаки стабілізації процесу із стабільним зниженням рівня кровотоку. Контралатеральна нирка також визначала завершення процесу компенсації із наступними показниками омичного супротиву паренхіми. Проте, незначне збільшення кровотоку у контралатеральній нирці компенсувало недостачу кровопостачання дослідної нирки.

Динамічне дослідження рівня кровотоку в контралатеральній нирці в умовах повного виключення функції дослідної нирки у віддалений період дав такі результати. Через 1 місяць показник складав $(-22,1 \pm 2,1\%)$, через 2 місяці – $(-21,3 \pm 1,1\%)$, через 4 місяці – $(-18,9 \pm 0,8\%)$, через 6 місяців – $(-17,7 \pm 1,1\%)$. Збільшення кровотоку у контралатеральній нирці компенсує втрату кровопостачання і функцію дослідної нирки, але постійне навантаження свідчить про напруження пристосовно-компенсаторних змін кровообігу.

Висновки. Експериментальне одностороннє порушення функції нирок в умовах стійкої ішемії або порушення уродинаміки негативно впливає на кровопостачання паренхіми нирок. У паренхімі дослідної нирки воно призводить до зменшення кровотоку, яке відбувається хвилеподібно із коливаннями в бік збільшення омичного супротиву паренхіми органа. Ці порушення відбуваються найбільш виразно протягом перших 5 діб із наступним припиненням його в умовах гострого порушення уродинаміки починаючи з 7-10 доби. У другій групі тварин визначення омичного супротиву паренхіми дослідної нирки у віддалені строки (до 6 місяців) свідчило про повне виключення кровотоку та функціонування органу. Зміни кровотоку у контралатеральній нирці показали, що протягом першої години і навіть 3-ої доби вони недостатньо забезпечують компенсацію порушеної функції дослідної. Пристосовно-компенсаторні зміни кровотоку дають позитивний ефект починаючи із 7-10 доби із повною компенсацією на 14 добу. Гостре порушення уродинаміки завдає більш агресивного впливу не тільки на уражений орган, але і на компенсаторні можливості протилежної нирки. Починаючи із 1 місяця після створення гострого порушення уродинаміки

дослідної нирки у контралатеральній нирці рівень кровотоку також стабілізується на показниках відносної компенсації втраченої функції дослідної.

Література:

1. Люлько О.В. Патоморфологічні зміни нирок під час ішемії / О.В. Люлько, С.І. Баранник, Я.М. Підгірний // Медичні перспективи. - 2006. - Т. XI. - №3. - С. 16-25.
2. Люлько О.В. Зміни мікроциркуляторного русла та АТФ-азної активності паренхіми нирок при експериментальній ішемії однієї нирки / О.В. Люлько, С.І. Баранник // Урологія. - 2005. - №4. - С. 22-27.
3. Марченко Т.В. Функциональное состояние единственной почки после нефрэктомии у живых доноров родственной почки: так ли все просто? / Т.В. Марченко, Ю.А. Морозов, Л.Г. Долецкая // Почка. - 2014. - №1(7). - С. 14-17.
4. Русін В.І. Порушення функції контралатеральної нирки при обтуравальних пухлинних тромбозах інтрауретерального сегмента нижньої порожнистої вени / В.І. Русін, В.В. Корсак, А.В. Русін, С.О. Бойко // Шпитальна хірургія. - 2013. - №1. - С. 128-131.
5. Стусь В.П. Порушення місцевого ниркового кровотоку при моделюванні односторонніх патологічних процесів у нирках / В.П. Стусь, І.С. Шпонька, К.С. Баранник, А.В. Пославська // Урологія. - 2015. - №3. - С. 29-36.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЭШЕРИХИОЗНЫХ ЦИСТИТОВ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Торяник И.И., Грищенко Н.И., Кривченко В.Н., Грищенко В.Н.

Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины

Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины

ГУ «Институт микробиологии и иммунологии им. И.И. Мечникова НАМН Украины»

Эшерихиозные циститы считались относительно редкой патологией (как у детей, так и у взрослых), однако в последнее время в связи с выраженным снижением общей резистентности организма, вопиющими нарушениями режима, иногда санитарно-гигиенических условий актуальность их изучения определенно возросла. Ряд исследователей указывает на тесную взаимосвязь данной патологии с воспалительными заболеваниями женской половой сферы (восходящая колиинфекция влагалища, матки и придатков. Специалистами в тканях этих органов обнаружены пузыри по типу пневматозных. Как результат,- описаны варианты/случаи «эмфизематозных» вагинитов, уретритов). Абсолютно доказано, что эшерихиозные циститы-патологические процессы, свойственные послеродовому периоду. Это, как правило, катаральные либо катарально- гнойные воспаления с выраженным пневматозом стенок мочевого пузыря генерализованного характера (подслизистый слой, лимфатический аппарат). Структурам слизистой характерны десквамационные изменения, атрофия, локальные некрозы, носящие компенсаторный характер. Микроскопия соскобов, кляч-препаратов, изготовленных традиционно и окрашенных гематоксилин- эозином, азур-эозином подтверждает распространенный характер процесса, вовлеченность в него лимфоидных скоплений (гиперплазия, с последующей убылью лимфоцитов, появлением клеток миелоидного ряда, пролиферацией, диффузными атрофическими изменениями).

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ДЕТЕЙ С КРИПТОСПОРИДИОЗОМ, РАЗВИВШЕМСЯ НА ФОНЕ ВИЧ/СПИД-ИНФЕКЦИИ

Торяник И.И., Похил С.И., Тимченко Е.Н., Чигиринская Н.А.,

Костыря И.А., Круглова И.А., Прохоренко В.Л.

ГУ «Институт микробиологии и иммунологии им. И.И. Мечникова НАМН Украины»

Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины

Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины

Криптоспоридиоз представляет собой малоизученную паразитарную инфекцию, которую ныне ряд исследователей небезосновательно называет эмерджентной. Ее опасность заключается не только в разрозненности клинической информации, но и сложном латентном течении, о котором врач может узнать лишь в период манифестации, развивающейся на фоне более выраженной нозологической первопричины (ВИЧ/СПИД-инфекции, вирусного гепатита С, Эпштейн-Барр-инфекции). Ведущим симптомокомплексом в случае криптоспоридиоза был и остается гастро-энтеральный, однако его наличием не ограничивается структурно-функциональный дизайн заболевания, а временное либо отсроченное отсутствие симптоматики свидетельствует лишь о провоцирующем характере болезни.

Морфологически у пациентов обоего пола в возрасте от 1,5 месяцев до 2-х лет с детектированным криптоспоридиозом, развивавшемся на фоне ВИЧ/СПИД-инфекции изучали структуру слизистой оболочки мочевого пузыря. Выбор целевого объекта объяснялся тропностью

паразитов, главным образом, к эпителиальным структурам и производным мезенхимального происхождения. Методологической базой становились традиционные гистологические ресурсы. Забор материала осуществлялся постмортально за секционным столом. Особое внимание уделялось наличию в эпиданамнезе пациентов сведений о подозрении на ВИЧ-инфицирование, социальный статус семьи больного, род занятия родителей (матери, в частности). Кусочки мочевого пузыря, взятые в различных сегментах органа фиксировали в растворе формалина на фосфатном буфере (pH=7,0-7,2), затем проводили их постфиксацию, обезживали в батарее спиртов от 30° до 96°, заливали в смолы (целлоидин). Из полученных блоков готовили срезы, которые окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону, Браше. Препараты анализировали в световом микроскопе (x 200; x300; x400; x600). Идентичные результаты обобщали. В качестве сравнительного контроля использовали данные по некропиям, взятым от пациентов, умерших в результате развития синдрома внезапной смерти и не имевших патологии, аномалий органов мочеполовой системы.

В результате исследования было установлено, что в препаратах контрольной группы строение слизистой оболочки мочевого пузыря соответствовало вариантам анатомо-физиологической нормы. Эпителий представляет целостную структуру, без зон/очагов дефектов, перфораций, воспалительных процессов, некрозов, новообразований.

В образцах группы клинического наблюдения определялись выраженные изменения клеток слизистой оболочки мочевого пузыря. Эпителиоциты претерпевали набухание, атрофию, в отдельных зонах имела место заметная тенденция к слущиванию. В стенках органа сосредоточивались рыхлые инфильтраты, состоящие из макрофагов нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов. В подслизистом слое осуществлялись интенсивные пролиферативные реакции со смещением границ лимфоидных образований пузыря, сначала активизацией их герминативных центров, затем выраженным запустеванием последних. В ряде случаев тотальное оголение слизистой способствовало присоединению вторичной инфекции и широкой манифестации патологического процесса.

РІВЕНЬ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ В КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АБАКТЕРІАЛЬНИЙ ПРОСТАТИТ

Триш В.І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ

Вступ. За даними різних авторів поширеність хронічного простатиту (ХП) у чоловічій популяції становить від 3 до 35 % [1, 3, 4]. Серед чоловіків працездатного віку (до 50 років) ХП є найбільш поширеним урологічним захворюванням, а притаманні для нього симптоми є частою (до 8% випадків) причиною звернення за урологічною допомогою. 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 [3, 4, 6, 13]. За результатами дослідження останніх років відомо, що розвиток хронічного запального процесу у передміхуровій залозі зумовлений порушенням специфічної та неспецифічної імунної відповіді. Підтвердженням ролі імунної системи в генезі хронічного абактеріального простатиту є визначення в тканинах передміхурової залози IgA та IgM, фібриногену, компонентів комплементу, Т-лімфоцитів (CD₄ та CD₈), В-лімфоцитів та тканинних макрофагів [2]. Також повідомляють про підвищення рівня інтерферону, інтерлейкінів-2, 6, 8 та інших цитокінів в секреті простати [8]. Тому пошук нових методів обстеження та лікування пацієнтів з даною патологією є виправданим.

Мета дослідження: Метою нашого дослідження було вивчення імунного статусу у хворих на хронічний абактеріальний простатит, шляхом визначення концентрації інтерлейкінів -6, -8 (ІЛ-6, 8) та кількісного визначення альфа- фактору некрозу пухлин (α-ФНП) в сироватці крові.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 120 хворих на хронічний абактеріальний простатит, зокрема 60 із синдромом запального хронічного тазового болю (СЗХТБ) (категорія ІІІА) і 60 хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю (СНХТБ) (категорія ІІІВ). Середній вік пацієнтів склав 33,6±3,5 року (від 20 до 50 років), тривалість захворювання від 8 міс до 7 років (в середньому 4,2±1,3 року). Контрольну групу, репрезентативну основній групі, склали 25 практично здорових чоловіків, віком від 20 до 50 років. Діагноз верифікували на основі пальцевого дослідження передміхурової залози (ПЗ), простатиту в анамнезі, лабораторних досліджень: а) аналізу секрету ПЗ; б) дослідження виділень із сечівника на специфічну та неспецифічну флору; в) мікробіологічне дослідження секрету ПЗ та ультрасонографії ПЗ [3, 4].

Також проводили анкетування за модифікованою міжнародною системою оцінювання симптомів при захворюваннях передміхурової залози.

Концентрацію досліджуваних прозапальних цитокінів (ІЛ-6, 8, α -ФНП) в сироватці крові, визначали за допомогою набору фірми «ВЕКТОР- БЕСТ», шляхом імуноферментного аналізу на базі міжкафедральної лабораторії імуноферментного аналізу Івано-Франківського медичного університету.

Результати. Для хворих першої групи із СЗХТБ категорії ІІА були більше характерні частота і вираженість розладів сечовипускання, а для хворих другої групи із СНХТБ категорії ІІВ більше виражений больовий синдром, що вплинуло на більш низьку якість життя даної групи пацієнтів. Так, при анкетуванні у хворих І групи (категорія ІІ А), сумарний бал за IPSS становив $15,78 \pm 0,21$; індекс якості життя L- $3,58 \pm 0,10$; оцінка загального стану за сумою балів (S+L)- $19,36 \pm 0,23$, а при анкетуванні хворих ІІ групи (категорія ІІВ), сумарний бал за IPSS становив $18,82 \pm 0,25$; індекс якості життя L- $4,07 \pm 0,09$; оцінка загального стану за сумою балів (S+L)- $22,89 \pm 0,24$ (табл.1).

Таблиця 1

Результати оцінювання симптомів

Показник	Хворі з СЗХТБ (категорія ІІА) (n=60)	Хворі з СНХТБ (категорія ІІВ) (n=60)	P
IPSS	$15,78 \pm 0,21$	$18,82 \pm 0,25$	$p < 0,01$
L	$3,58 \pm 0,10$	$4,07 \pm 0,09$	$p < 0,05$
S+L	$19,36 \pm 0,23$	$22,89 \pm 0,24$	$p < 0,05$

Примітка: p - вірогідність різниць показників ІІ групи, порівняно з І групою.

Достовірне підвищення концентрації прозапальних цитокінів у хворих з хронічним абактеріальним простатитом відмічено, як і у хворих з СЗХТБ, так і з СНХТБ. Особливо значне підвищення спостерігалось в сироватці крові ІЛ-8. Більш виражене підвищення інтерлейкінів 6, 8 та альфа-ФНП було відмічене у групі хворих з СЗХТБ, що статистично вірогідно вище показника у групі хворих з СНХТБ (табл.2).

Таблиця 2

Результати дослідження концентрації ІЛ-6, 8 та ФНП у хворих з хронічним абактеріальним простатитом (СХТБ)

Показник	Контрольна група (n=25)	Хворі з СЗХТБ (категорія ІІА) (n=60)	Хворі з СНХТБ (категорія ІІВ) (n=60)
Інтерлейкін-6 пг/мл	$6,82 \pm 0,49$	$18,64 \pm 1,65$ $p < 0,01$	$11,88 \pm 1,02$ $p < 0,01$ $p^1 < 0,01$
Інтерлейкін-8 пг/мл	$7,71 \pm 0,55$ пг/мл	$56,19 \pm 2,86$ $p < 0,01$	$26,23 \pm 0,95$ $p < 0,01$ $p^1 < 0,01$
Альфа-ФНП пг/мл	$0,82 \pm 0,07$ пг/мл	$2,77 \pm 0,16$ $p < 0,01$	$1,79 \pm 0,10$ $p < 0,01$ $p^1 < 0,01$

Примітка: p- вірогідність різниць показників І, ІІ груп, порівняно з контрольною групою

p¹- вірогідність різниць показників ІІ групи, порівняно з І групою

Заключення. При хронічному абактеріальному простатиті відмічено підвищення в сироватці крові концентрації прозапальних цитокінів, особливо у хворих з синдромом запального хронічного тазового болю, що вказує на доцільність використання в лікуванні таких хворих, препаратів з імуномодуючим ефектом.

Література:

- Горпинченко І.І. Синдром хронической тазовой боли. Новая проблема- новое решение ?/ І.І. Горпинченко, В.Г. Мигов, В.В. Билоголовская, [и др.] // Здоровье мужчины. -2013.-№4.- С.35-42.
- Горпинченко І.І. Хронічний абактеріальний простатит : імунологічне дослідження еякуляту. / І.І. Горпинченко, Т.В. Порошина, Л.І. Добровольська // Здоровье мужчины. -2009. -№ 2.- С.80-82.
- Литвинець Є.А. Ефективність комбінованої терапії у лікуванні хворих із синдромом запального хронічного тазового болю (категорія ІІ Б) / Є.А.Литвинець, О.П. Сандурський, О.Р. Вінтонів //Здоровье мужчины.-2012.-№2.- С.37-38.
- Литвинець Є.А. Ефективність супозиторіїв Дистрептаза у лікуванні хворих на хронічний абактеріальний простатит (синдром запального хронічного тазового болю,категорія ІІА /Є.А. Литвинець //Здоровье мужчины.- 2011.- №2.- С.86-88.
- Лоран О.Б. Хронический простатит-одна болезнь?/ О.Б. Лоран, Е.И. Валиев, А.В. Живов //Урология.- 2009.- №1.- С.70-75.

7. Пушкарь Д.Ю. Простатит //Д.Ю. Пушкарь, П.И. Раснер //Русский медицинский журнал. - 2013.- №18.- С.14-19.
8. Тюзиков И.А. Взаимосвязь системных факторов в патогенезе синдрома хронической тазовой боли у мужчин / И.А.Тюзиков // Урология. - 2012.- 6.- С.48-51.
9. Цитокиновый статус и система комплемента при хроническом простатите. Фармакологическая коррекция нарушений / М. Н. Шатохин, А. И. Конопля, О.В. Теодорович, А. В. Караулов // Иммунология. -2011. -Т.32, №6.- С.321-324.
10. Ю. Аляев Клинико-морфологические аспекты хронического простатита / А.Пшихачев, В.Вашавский [и др.] //Врач.-2010.-№6.- С.17-19.
11. Kaplan S.L. Prospective, 1-year trial using saw palmetto versus finasteride in the treatment of category III prostatitis / S.L. Kaplan, M. Volpe, A.A. Te // Jörn. Urol. — 2004. — Vol. 171. — P. 284-288.
12. Nickel J.C. Clinical evaluation of the patients pressing with proctitis / J.C. Nickel // Europ. Urol.— 2003. — Vol. 2. — P. 11-14.
13. Nickel J.C. Prostatitis: diagnosis and classification/ J.C. Nickel //Curr Urol Rep. 2003. -№4.-P.259-260.
14. Nickel J.C. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: finding a way forward in the United Kingdom /J.C. Nickel, M. Patel, M. Cameron // Rev. Urol. 2008. - Vol.10, №2. P. 160-163.

ПРОФІЛАКТИКА РЕФЛЮКС-ЗУМОВЛЕНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЧОЛОВІКІВ ПІСЛЯ ДРЕНУВАННЯ НИРОК ВНУТРІШНІМИ СТЕНТАМИ

Ухаль М.І., Ухаль О.М., Пустовойт І.П., Семанів О.М., Гоголенко О.В.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Вступ. Порушення пасажу сечі з нирок є частим ускладненням цілого ряду урологічних захворювань. Застосування внутрішніх сечовідних стентів для відведення сечі вважається одним з найменш травматичних методів деривації в сучасній урології. Разом з тим, не зважаючи на малу інвазивність, розвиток гострого рефлюкс-зумовленого пієлонефриту та простатиту у чоловіків, після дренування нирок внутрішніми стендами, є досить частим ускладненням після проведення цього втручання. Однією з важливих причиною розвитку міхурово-ниркового та уретро-простатичного рефлюксування сечі є підвищення тиску в сечовому міхурі та в уретрі зумовленого іритативно-рефлекторним порушеннями уродинаміки нижніх сечових шляхів після уретроцистоскопії та знаходження в сечовому міхурі проксимального кінця стенту. Профілактика розвитку цих ускладнень є досить актуальною урологічною проблемою. Виходячи з патогенезу міхурово-ниркового та уретро-простатичного рефлюксування сечі, після проведення уретроцистоскопії та знаходження в сечовому міхурі проксимального кінця стенту, доцільним є використання для зняття іритативно-зумовленого порушення уродинаміки α 1-адреноблокаторів.

Мета дослідження. Вивчити ефективність профілактики розвитку рефлюкс-зумовлених гострого пієлонефриту та простатиту шляхом використання після дренування нирок внутрішніми стендами селективного α 1-адреноблокатора Урорек.

Матеріали і методи. За останні 3 роки нами проаналізовано 79 малоінвазивних дренуючих операцій у чоловіків віком від 21 до 65 років. Показаннями для виконання паліативних дренуючих операцій у цих хворих були сечокам'яна хвороба. Досліджуванні хворі розділені на дві групи. В першу групу (41 пацієнт) увійшли хворі, яким проводили стандартну медикаментозну терапію після встановлення стентів (антибактеріальні, анагетичні та нестероїдні протизапальні препарати, а також симптоматичне лікування по потребі). В другу групу (39 пацієнтів) увійшли хворі яким, після встановлення стентів, крім стандартної медикаментозної терапії, в комплексне лікування назначали селективний α 1-адреноблокатор Урорек. Вибір цього препарату медичної компанії Рекордати зумовлений тим, що на сьогоднішній час він має найбільш селективну дію на α 1-адренорецептори, знімає обструктивну та іритативну симптоматику на тлі порушень уродинаміки з боку передміхурової залози та простатичного відділу уретри і практично не знижує артеріальний тиск в різних вікових категоріях хворих. Урорек назначали в дозі 8 мг (одна капсула на добу) на протязі всього періоду знаходження стентів в сечових шляхах.

Результати та їх обговорення: У більшості випадків (у 65% пацієнтів) встановлення внутрішнього стенту проведено під візуальним контролем (ретроградне стентування за допомогою уретероскопії після контактної уретеролітотрипсії). Терміни знаходження стентів в верхніх сечових шляхах від 30 до 60 діб (в середньому 40,8 діб). У пацієнтів з використанням стандартної медикаментозної терапії гострий рефлюкс-зумовлений інфекційно-запальний процес в нирках розвинувся у 19,5% , а в передміхуровій залозі - у 9,8%. Практично у всіх цих пацієнтів гострий інфекційно-запальний процес в нирках і в передміхуровій залозі розвивався на протязі перших 10-12 діб після встановлення внутрішніх стентів. При цьому оклюзія стентів органічно-сольовими субстанціями сечі у цих випадках була відсутня. У пацієнтів з використанням, в комплексі з стандартною медикаментозною терапією, α 1-адреноблокатора Урорека, розвитку гострого рефлюкс-зумовленого пієлонефриту або простатиту на протязі перших 10-12 діб після встановлення внутрішніх стентів не було.

Висновок. Використання у чоловіків після дренування нирок внутрішніми стендами в комплексі зі стандартною медикаментозною терапією α 1-адреноблокатора Урорека є ефективним методом профілактики розвитку рефлюкс-зумовлених гострого пієлонефриту та простатиту.

**РЕНОПРОТЕКТОРНА ДІЯ ПРЕПАРАТУ РОЗТОРОПШІ ПРИ
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ТОКСИЧНОМУ ГЕПАТИТІ**

Федорук О.С.¹, Степан В.Т.¹, Візнюк В.В.¹, Левицький А.П.²

¹ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

²ДУ «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН», м. Одеса

Існують експериментальні і клінічні дані, які свідчать про наявність гепато-ренального синдрому. Останній пов'язують в значній мірі з порушеннями антимікробної функції печінки. Нами була показана ренопротекторна дія за умов гепатиту препаратів кверцетину.

Препарати розторопші, які вже давно використовують в якості гепатопротекторів, містять в якості діючого фактору флаволігнани (силімарин, силібін та інші). Тому ми порахували за можливе застосувати замість дорогих кверцетин-вмісних препаратів більш доступні засоби з вмістом флаволігнанів розторопші. Один з таких препаратів лекасил (ТУ У 10.8-37420386-005:2017) було запропоновано нами. До складу лекасилу входять вичавки з насіння розторопші, лецитин та цитрат кальцію.

В експерименті на щурах, у яких відтворювали токсичний гепатит за допомогою гідразину сульфату, ми показали не тільки гепатопротекторну властивість лекасилу (за біохімічними показниками стану печінки і за рівнем печінкових маркерів в сироватці крові), але і його ренопротекторну активність. Останню оцінювали за рівнем маркерів запалення в нирках. Так, активність еластази, яка суттєво підвищувалась при гепатиті, достовірно знижувалась у щурів, які отримували лекасил (норма – $0,27 \pm 0,01$, гепатит – $0,34 \pm 0,02$ і гепатит+лекасил – $0,28 \pm 0,02$).

Рівень в нирках другого маркера запалення малонового діальдегіду (МДА) майже в 1,5 разів підвищувався у щурів з гепатитом і знижувався навіть нижче норми у щурів, які отримували лекасил (відповідно: $30,1 \pm 1,9$; $43,1 \pm 0,8$ і $28,0 \pm 2,5$).

Застосування лекасилу майже вдвічі знижувало в нирках рівень мікробного обсіменіння, яке ми оцінювали за активністю мікробного фермента уреазі: норма – $0,64 \pm 0,18$, гепатит – $0,70 \pm 0,11$ і гепатит+лекасил – $0,39 \pm 0,11$.

Враховуючи, що вартість препарату лекасил майже втричі дешевше такого кверцетин-вмісного препарату як квертин (виробник Борщагівський ХФЗ), можна вважати за доцільне використання лекасилу в якості ренопротекторного засобу у хворих на гепато-біліарну патологію.

СЕЧОКАМ'ЯНА ХВОРОБА

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕТЕРОЛИТИАЗА: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛИТОКИНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Антонян И.М., Роцин Ю.В., Стецишин Р.В., Торак Т.А.

г. Харьков

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). Считается, что самостоятельным альтернативным методом лечения и профилактики неосложненной МКБ с конкрементами < 10 мм могут быть препараты, изготовленные из растительного сырья. В свою очередь, сочетание высоких технологий в дисинтеграции камней с применением лекарственных препаратов воздействующих на профилактические, терапевтические и метафилактические звенья существенно увеличило эффективность лечения в ее общей стратегической концепции.

С 2014 г. на фармакологическом рынке Украины представлен 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 уретеролитиазом, в частности его литолитических и литокинетических 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 2017 г. и включало 2 группы больных:

- 1 группа - 16 больных с локализацией камня в мочеточнике (9 мужчин и 7 женщин в возрасте от 18 до 69 лет). Размеры конкремента варьировали от 0,6 до 1,1 см. В этой группе камни локализовались в верхней трети мочеточника. Длительность нахождения конкремента до момента включения в исследование колебалась от 4 до 10 суток.

- 2 группа – 13 пациентов (5 мужчин и 8 женщин в возрасте от 22 до 71 года), размеры конкремента от 0,7 до 0,9 см. Локализация в средней трети мочеточника. Длительность нахождения конкремента до момента включения в исследование колебалась от 2 до 16 суток.

Все пациенты были госпитализированы в ургентном порядке. При поступлении в клинику жалобы пациентов были представлены характерной для почечной колики болью в поясничной, брюшной и паховой области, тошнотой, рвотой. Диагноз МКБ устанавливали и подтверждали на основании визуальных и лабораторных данных. Размеры мочевых камней в большинстве случаев были определены с помощью обзорной урографии и УЗ- исследования. Препарат Тутукон назначали в дозе 45 мл 3 раза в день в течение 1 месяца.

Результаты. Изгоняющая лекарственная терапия МКБ предполагает уменьшение размеров конкремента и, как следствие, его миграцию.

Из 16 пациентов первой группы с нахождением конкремента в верхней трети у 4 (25%) зафиксировано перемещение камня до средней, у 9 (56%) – до нижней трети мочеточника. У 3 (19%) пациентов локализация осталась неизменной.

Во второй группе из 13 пациентов у 11 (85%) удалось добиться миграции конкремента из средней в нижнюю треть мочеточника, и лишь у 2 (15%) – прием препарата Тутукон не привел к изменению локализации.

Выводы. О выраженности литокинетического эффекта свидетельствует дистальная миграция 66% камней (в/3 и с/3), что существенно облегчает выполнение последующей контактной уретеролитотрипсии и уменьшает время ее выполнения.

ПРИЧИНИ НЕЗАДОВІЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ КОНКРЕМЕНТАМИ СЕЧОВОДІВ МЕТОДОМ ДИСТАНЦІЙНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬНОЇ ЛІТОТРИПСІЇ (ДУХЛ)

Возіанов С.О., Возіанов О.С., Шевчук О.О.

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ
НМАПО ім. П.Л. Шупика, кафедра урології, м. Київ

Вступ. Сечокам'яна хвороба (СКХ) – поліетіологічне хронічне захворювання сечовидільної системи, при якому внаслідок порушення обміну речовин та місцевих факторів відбувається утворення каменів. 45-50% випадків уролітіазу припадає на камені сечоводів (уретеролітіаз). Основними методами лікування каменів сечоводів є дистанційна ударно-хвильова літотрипсія (ДУХЛ), що є ефективною у 90% випадків, контактна уретеролітотрипсія (КУЛТ) (8–10%) та відкриті оперативні втручання, які, згідно рекомендацій ЄАУ та ААУ, мають право на застосування у виключних (до 2%) випадках уретеролітіазу. Визначення причин неефективності використання ДУХЛ, яка визнана «золотим стандартом» в лікуванні каменів сечоводів, стало основою для проведення нашої роботи.

Мета дослідження. Аналіз причин незадовільних результатів лікування хворих на конкременти сечоводів методом дистанційної ударно-хвильової літотрипсії (ДУХЛ) та обґрунтування алгоритму лікувальної тактики при уретеролітіазі.

Матеріали і методи. З метою виявлення факторів, які впливають на результати лікування хворих на уретеролітіаз методом дистанційної ударно-хвильової літотрипсії, нами проаналізовано історії хвороб 450 хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні в ДУ «Інститут урології НАМН України». З них 320 пацієнтів (І група) було позбавлено від конкрементів сечоводів шляхом проведення ним дистанційної ударно-хвильової літотрипсії (в середньому $1,7 \pm 0,45$ сеанси / хворого).

У 130 хворих (ІІ група), які отримували лікування методом ДУХЛ протягом 2013-2015 рр., проведене лікування було неефективним, повне відходження фрагментів каменя не спостерігалось та другим етапом лікування їм було виконано уретероскопію (УРС).

Результати дослідження. Достовірної різниці в групі І та групі ІІ за віком та статтю пацієнтів нам виявити не вдалось ($P > 0,05$). У І групі було 182 (56,9%) чоловіки та 138 (43,1%) жінок, у ІІ групі – 69 (53%) чоловіків та 61 (47%) жінок. Вік хворих І групи склав від 18 до 75 років ($53 \pm 8,4$ роки), ІІ групи – від 22 до 77 років ($54 \pm 11,3$ роки). В досліджуваних групах достовірної різниці щодо локалізації каменів в сечоводі також не існує ($P > 0,05$). У більшості випадків камені розміщувалися у верхній третині сечоводу (53,75 - 56,92 %), найменше конкрементів було виявлено в середній третині сечоводів (12,50 - 11,54%).

При первинному аналізі звернула на себе увагу висока достовірність різниці показників наявності ниркової кольки у досліджуваних групах, що була у 5 разів вища у групі І, ніж у ІІ групі та становила 23,8% та 4,6% відповідно ($P < 0,01$). На нашу думку, дане явище можна пояснити прямою залежністю виникнення гострих больових відчуттів (ниркової кольки) від початку входження конкременту в сечовід із розвитком обструкції сечовивідних шляхів.

Аналіз соматометричного показника (ІМТ – індекс Кетле) продемонстрував, що хворі ІІ групи мали масу тіла вище показників норми майже в два рази частіше та ступінь ожиріння в 4 рази частіше ($p < 0,01$) у порівнянні із пацієнтами І групи. Саме тому даний соматометричний показник можна вважати одним із критеріїв ризику при лікуванні хворих із каменями сечоводів методом дистанційної ударно-хвильової літотрипсії. Отримані результати вказують на залежність позитивного ефекту при лікуванні методом ДУХЛ від маси тіла.

Важливим критерієм відбору хворих при лікуванні уретеролітіазу методом ДУХЛ, на нашу думку, має слугувати показник тривалості симптоматики від її початку до надання спеціалізованої медичної допомоги. У хворих із позитивним результатом лікування методом ДУХЛ час з моменту виникнення симптоматики склав до 8 діб – 60,3% та до 15 діб відмічено у 91,8% пацієнтів. У ІІ групі ці показники становили 20% та 43,8% відповідно.

При проведенні уретероскопії у хворих ІІ групи було з'ясовано, що причиною незадовільного відходження каменя та його уламків у даної групи хворих згідно результатів УРС наступні: набряк слизової оболонки сечоводу в місці розташування конкремента у 97 пацієнтів (74,6 %); інтимно зрощений камінь із слизовою сечоводу у 13 пацієнтів (10,0 %); первинна стриктура сечоводу у 8 пацієнтів (6,2 %); вклинення конкремента в просвіт сечоводу без набряку – 12 пацієнтів (9,2 %).

Для оцінки ефективності лікування хворих на уретеролітіаз методом дистанційної ударно-хвильової літотрипсії нами виділено наступні групи хворих:

– Група І (320 хворих) – знаходились на лікуванні в клініці ДУ «Інститут урології НАМН України» в період з 01.01.2015 по 01.07.2015 року. Всім пацієнтам виконувалася дистанційна ударно-хвильова літотрипсія, яка була ефективною, відбулася фрагментація каменя із подальшим самостійним відходженням його фрагментів.

– Група ІІа (22 хворих) – знаходились на лікуванні в клініці ДУ «Інститут урології НАМН України» в той саме час. Всім пацієнтам виконувалася дистанційна ударно-хвильова літотрипсія, яка була неефективною, відходження фрагментів каменя не спостерігалось та другим етапом лікування їм було виконано уретероскопію.

В табл 1 продемонстрована залежність результатів лікування УЛ методом ДУХЛ від тривалості симптоматики.

Таблиця 1

Залежність результатів лікування УЛ методом ДУХЛ від тривалості симптоматики

Тривалість симптоматики, днів	≤ 7	8 – 14	15 – 30	31 – 59	≥ 60
Ефективність, %	98,0	94,4	83,3*	54,5**	55,6**

Примітка. * – різниця показників достовірна порівняно з такими у пацієнтів із тривалістю симптоматики ≤ 7 днів (P<0,05).

Примітка. ** – різниця показників достовірна порівняно з такими у пацієнтів із тривалістю симптоматики ≤ 7 днів (P<0,01).

Як видно із результатів, згідно коефіцієнту рангової кореляції Спірмена, зв'язок між ефективністю малоінвазивного лікування УЛ методом ДУХЛ при збільшенні терміну симптоматики може бути розцінено як обернений та сильний ($r = - 0,92$), тобто при збільшенні тривалості симптоматики знижується ефективність проведеного лікування.

У табл 2 продемонстрована залежність результатів лікування УЛ методом ДУХЛ від розмірів конкремента.

Таблиця 2

Залежність результатів лікування УЛ методом ДУХЛ від розмірів конкремента

Розміри конкремента, мм	5 – 9	10 – 19	≥ 20
Ефективність, %	96,8	91,1	83,3*

Примітка. * – різниця показників достовірна порівняно з такими у пацієнтів із конкрементами розміром 5-9 мм (P<0,05).

Отримані результати вказують на те, що згідно коефіцієнту рангової кореляції Спірмена зв'язок між ефективністю малоінвазивного лікування УЛ методом ДУХЛ при збільшенні розміру конкременту може бути розцінено як обернений та сильний ($r = - 0,83$), тобто при збільшенні розміру конкремента понад 20 мм знижується ефективність проведеного лікування.

У табл 3 продемонстрована залежність результатів лікування УЛ методом ДУХЛ від локалізації конкремента.

Таблиця 3

Залежність результатів лікування УЛ методом ДУХЛ від локалізації конкремента

Локалізація конкремента	Верхня третина сечоводу	Середня третина сечоводу	Нижня третина сечоводу
Ефективність, %	93,5	93,0	93,9

Таким чином, нам не вдалося виявити залежності між показниками ефективністю малоінвазивного лікування УЛ методом ДУХЛ від локалізації конкремента в сечоводі (P>0,05).

Висновки. При дотриманні існуючих критеріїв відбору пацієнтів дистанційна ударно-хвильова літотрипсія демонструє високу ефективність (до 90%) при лікуванні хворих на уретеролітіаз. Нами визначені нові фактори, що впливають на ефективність ДУХЛ, а саме: а) визначена залежність результатів від маси тіла – хворі ІІ групи мали масу тіла вище показників норми майже в два рази частіше та ступінь ожиріння в 4 рази частіше (p< 0,01) у порівнянні із пацієнтами І групи; б) час від

появи клінічних проявів входження конкремента в сечовід до початку лікування методом ДУХЛ – при збільшенні тривалості симптоматики знижується ефективність проведеного лікування ($P < 0,05$). У 76,5% випадків неефективність проведеного лікування методом ДУХЛ була пов'язана із формуванням набряку слизової оболонки сечоводу в місці розташування конкремента. Первинна не діагностована стриктура сечоводу при уретероскопії є причиною незадовільного результату лікування хворих на уретеролітіаз в 6,2% випадків. При проведенні уретероскопії у хворих, результат лікування яких методом ДУХЛ був розцінений як незадовільний, в 87% випадках виявлена фрагментація конкремента, відходженню якого заважали зміни стінки сечоводу.

Література:

1. Ather, M.H., et al. Does ureteral stenting prior to shock wave lithotripsy influence the need for intervention in steinstrasse and related complications? *Urol Int*, 2009. 83: 222.
2. Cui, X., et al. Comparison between extracorporeal shock wave lithotripsy and ureteroscopic lithotripsy for treating large proximal ureteral stones: a meta-analysis. *Urology*, 2015. 85: 748.
3. Ishii, H., et al. Outcomes of Systematic Review of Ureteroscopy for Stone Disease in the Obese and Morbidly Obese Population. *J Endourol*, 2016. 30: 135.
4. Kang, D.H., et al. Comparison of High, Intermediate, and Low Frequency Shock Wave Lithotripsy for Urinary Tract Stone Disease: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *PLoS One*, 2016. 11: e0158661.
5. Li, K., et al. Optimal frequency of shock wave lithotripsy in urolithiasis treatment: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Urol*, 2013. 190: 1260.
6. Lucio, J., 2nd, et al. Steinstrasse predictive factors and outcomes after extracorporeal shockwave lithotripsy. *Int Braz J Urol*, 2011. 37: 477.

**ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНОГО
(ФЛЮОРОСКОПІЧНОГО ТА УЛЬТРАЗВУКОВОГО) МЕТОДУ КОНТРОЛЮ
ПРИ ЧЕРЕЗШКІРНИХ НЕФРОЛІТОТОМІЯХ**

Возіанов С.О., Возіанов О.С., Мазурець В.О.

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

НМАПО ім. П.Л. Шупика, кафедра урології, м. Київ

Вступ. З 1980-х років черезшкірне нефролітотомія (PCNL) вважається золотим стандартом при лікуванні конкрементів нирок розміром більше 2 см, кораловидного нефролітіазу та множинних каменів нирок. Пройшовши довгий шлях удосконалення ендouroлогічних технологій та інструментів черезшкірне нефролітотомія стає менш інвазивною, дозволяючи знизити рівень травматизації нирки, післяопераційних ускладнень, скоротити тривалість післяопераційної реабілітації пацієнтів та їх непрацездатності.

Основним етапом, що має визначальну роль в успішності проведення PCNL, є виконання доступу до порожнинної системи нирки. Від точності проведення цього етапу операції буде залежати рівень крововтрати, показник повної елімінації конкременту та необхідність виконання додаткових доступів, що призводить до подовження тривалості операції. Виконання певних етапів операції та контролю за інтраопераційним станом Stone-free може бути здійснено за допомогою флюороскопічного рентгенівського, ультразвукового або комбінованого методів.

Мета дослідження. Аналіз проведеного лікування методом черезшкірної нефролітотомії із використанням комбінованого (флюороскопічного та ультразвукового) контролю.

Матеріали і методи. У відділенні ендоскопічної урології та літотрипсії в період 2015-2016 роки була проведена черезшкірна нефролітотомія 165 пацієнтам. З них 94 – чоловіки та 71 – жінки. Вік пацієнтів від 16 до 76 років. Розміри конкрементів від 1,8 до 6,8 см. Загальна тривалість операції від 1 год. до 5,5 год. Всім пацієнтам операція проводилася в положенні на животі під ендотрахеальним наркозом, після попередньої катетеризації нирки. Всім пацієнтам виконувався контроль на етапах формування доступу до порожнинної системи нирки та якості видалення конкрементів комбінованим методом (флюороскопія+ультразвук).

Результати дослідження. Використання комбінованого методу контролю дозволило знизити тривалість опромінення пацієнта та операційної бригади з показників 6.5 ± 4.3 хв./ 3.4 ± 0.8 (результати китайських та російських колег) до 0.6 ± 0.14 хв ($p < 0,001$).

При цьому показники ускладнень післяопераційних, таких як: кровотеча – 0-16% / 1,2%, емболізація – 0-1.5% / 0%, урінома – 0-1% / 0%, гіпертермія – 0-32.1% / 16,4%, сепсис – 0.3-1.1% / 0%, порушення цілісності грудної порожнини – 0-11.6% / 0%, травма органів – 0-1.7% / 0,6%, смертність – 0-0.3% / 0% не виходять за показники, що надають провідні європейські клініки.

Висновки. Використання комбінованого (флюороскопічного та ультразвукового) методу при виконанні певних етапів операції та контролю за інтраопераційним станом Stone-free при черезшкірних нефролітотоміях є високоефективним, не поступається монометодам та дозволяє

доказово знизити тривалість опромінення хворих та медперсоналу при збереженні низьких показників післяопераційних ускладнень.

Література:

1. Seitz, C., et al. Incidence, prevention, and management of complications following percutaneous nephrolitholapaxy. EurUrol, 2012. 61: 146.
2. Fang YQ¹, et al. Computer tomography urography assisted real-time ultrasound-guided percutaneous nephrolithotomy on renal calculus. Medicine (Baltimore), 2017 Jun;96(24)
3. Falahatkar, S., et al. Complete supine PCNL: ultrasound vs. fluoroscopic guided: a randomized clinical trial. IntBraz J Urol, 2016. 42: 710.
4. Jessen, J.P., et al. Percutaneous nephrolithotomy under combined sonographic/radiologic guided puncture: results of a learning curve using the modified Clavien grading system. World J Urol, 2013. 31: 1599.
5. Wang, K., et al. Ultrasonographic versus Fluoroscopic Access for Percutaneous Nephrolithotomy: A Meta-Analysis. UrolInt, 2015. 95: 15.
6. Falahatkar S, Allahkhan A, Kazemzadeh M, Enshaei A, Shakiba M, Moghaddas F. IntBraz J Urol. 2016 Jul-Aug;42(4):710-6.
7. Wang K, Zhang P, Xu X, Fan M. Urol Int. 2015;95(1):15-25

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МІНІЧЕРЕЗШКІРНОЇ НЕФРОЛІТОТРИПСІЇ У ЛІКУВАННІ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ

Журавчак А.З., Мельничук М.П., Дячук М.Д., Журавчак Р.А., Шейко М.С.

ДНУ "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини"

Державного управління справами, м. Київ

Мета дослідження. Вивчити ефективність мінічerezшкірної нефролітотрипсії (МЧШНЛ) при лікуванні дорослих і дітей хворих на камені нирок.

Матеріал і методи. Проаналізовані результати лікування 193 дорослих та 12 дітей з каменями нирок, яким виконувалася мінічerezшкірна нефролітотрипсія. Дорослим виконано 205 операцій (у 12 одночасно з обох сторін). З них було 98 (51%) жінки та 95 (49%) чоловіків. Середній вік пацієнтів становив $49,6 \pm 3,2$ років, наймолодшому - 21 рік, найстаршому - 78 років.

У дітей було виконано 12 мінічerezшкірних нефролітотрипсій 11 хворим (в одного пацієнта повторно через 18 місяців з приводу рецидивного нефролітіазу). Серед пацієнтів було 4 (36,4%) дівчинки та 7 (63,6%) хлопчиків. Середній вік пацієнтів становив $7,9 \pm 2,7$ років, наймолодшому - 1 рік та 9 міс, найстаршому - 12 років. Середня тривалість операції становила 80 ± 12 хв у дорослих та 60 ± 20 хв у дітей, а середній розмір конкрементів відповідно $1,6 \pm 0,6$ см та $1,5 \pm 0,3$ см. Розмір найбільшого конкременту у дорослих становив 3 см, а у дітей - 2 см. Найбільша кількість конкрементів - 46 штук (розміром 2-8 мм).

Результати. У всіх випадках після виконання МЧШНЛ у дітей було досягнуто стану повного звільнення від каменів. У дорослих резидуальні фрагменти були виявлені у 4 (1,9%) випадках. Усі хворі поступали в стаціонар у день операції. Дорослі перебували там в середньому $1,71 \pm 0,2$ доби, а діти $3,75 \pm 1,5$ доби. Серед ускладнень у дорослих пацієнтів зустрічалися загострення пієлонефриту у 6 випадках (3,1%) та післяопераційні кровотечі у 3 (1,6%) випадках, котрі були зупинені шляхом прийому гемостатиків та кмпресійними пов'язками і не потребували гемотрансфузії. У дітей в 1 (8,3%) пацієнта виникла паранефральна уринома, котра була дренована чerezшкірно. Ще в одного пацієнта впродовж 2 діб відмічалися сильні приступи ниркової коліки на ґрунті відходження кров'яних згортків, що потребувало встановлення катетера стента. Інфекційно-запальних та геморагічних ускладнень у дітей не було.

Встановлені певні особливості проведення МЧШНЛ у дітей. В першу чергу це стосується етапу створення операційного доступу, оскільки, порівняно з дорослими пацієнтами, у них значно вища еластичність тканин та рухомість нирки, що затруднює пункцію її порожнистої системи та бужування нефростомічного каналу. У дітей таке є мала порівняно з дорослими кількість жирової клітковини та невелика товщина м'язового шару, тому у них при одномоментному видаленні нефростомічної трубки не відбувається адекватного стискання нефростомічного каналу навколишніми тканинами. Для попередження утворення уриноми в паранефральній клітковині рекомендуємо видаляти нефростомічний дренаж двоетапно: спочатку виводити його за межі нирки в паранефральний простір і лише після припинення виділень сечі по ньому, видаляти остаточно.

Висновки. Мінічerezшкірна нефролітотрипсія є високоефективним методом лікування каменів нирок як у дорослих (98,1%) так і дітей (100%). Безсумнівними перевагами МЧШНЛ є безпечність проведення втручання, що забезпечує мінімальну кількість ускладнень та короткий період перебування в стаціонарі. Згадані переваги методики дозволяють ефективно використовувати її також і у дітей різного віку.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ

Колупаев С.М., Емец Д.А., Гарагатый А.И.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

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

Введение. Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия, широко применяющаяся на протяжении последних десятилетий, не потеряла своей актуальности и по-прежнему является достойной альтернативой эндоскопическим и перкутаным методикам при камнях, размерами до 2 см. Результаты ЭУВЛ, а также возможные осложнения во многом зависят от тактики послеоперационного ведения больных.

Цель работы состояла в изучении факторов, определяющих выбор тактики ведения пациентов после проведения ЭУВЛ.

Материалы и методы. В настоящей работе нами проанализированы результаты применения данной методики у 127 пациентов (женщин - 68, мужчин - 59) с уролитиазом. Средний возраст больных составил 46,7 лет (19-87 лет). Почечная локализация камней имела место у 55 (43,3%), камни мочеточника у 72 (56,69%) больных. Размеры почечных камней варьировали от 6 до 20 мм, размеры камней мочеточников составляли от 5 до 17 мм. Сеансы ЭУВЛ выполнялись на литотриптере Dornier Compact Sigma (Германия), под ультразвуковым контролем.

Тактика послеоперационного ведения больных (амбулаторное или стационарное) определялась локализацией конкремента, его размерами, выраженностью болевого синдрома, а также наличием эпизодов обострения хронического пиелонефрита в анамнезе. Показаниями к стационарному лечению у 22 (17,3%) больных являлись почечная локализация камней, размерами более 1,5 см, болевой синдром, требующий введения более 3 доз анальгетиков в сутки, а также наличие эпизода обострения хронического пиелонефрита в течение двух недель перед проведением ЭУВЛ. Во всех остальных случаях - 105 (82,6%) больных, литотрипсия проводилась амбулаторно. В послеоперационном периоде всем пациентам назначались таблетированные спазмолитики (дротаверин, скополамин) в сочетании с альфа-адреноблокаторами (тамсулозин). Больным, у которых в течение двух предшествующих недель имел место эпизод обострения хронического пиелонефрита парэнтерально назначались антибактериальные препараты. Контрольное обследование проводилось на 5 день после ЭУВЛ и состояло в клинической оценке симптомов мочекаменной болезни (выраженность болевого синдрома, дизурических явлений, количество эпизодов почечной колики), случаев обострения хронического пиелонефрита, а также ультразвуковой оценке состояния почек и мочевыводящих путей, наличия и размеров фрагментов камня.

Результаты. Большинство пациентов (92,4%), находившихся на амбулаторном лечении отметили уменьшение частоты возникновения и выраженности болевых приступов после проведения ЭУВЛ. Госпитализация в течение 5 дней после проведения ЭУВЛ потребовалась 8 (7,6%) пациентам, при этом в 5 (4,7%) случаях она была связана часто повторяющимися приступами почечной колики, в 3 (2,8%) случаях - с обострением хронического пиелонефрита.

В группе пациентов, находившихся на стационарном лечении, учащение приступов почечной колики было отмечено у 6 (27,2%) больных, для купирования которой в 3 (13,6%) случаях требовалось введение наркотических анальгетиков. Обострение хронического пиелонефрита имело место у 2 (9%) стационарных больных. Вышеуказанные осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у больных с почечной локализацией конкремента. По результатам ультразвукового исследования на 5 день после ЭУВЛ отсутствие камней в почках и мочевыводящих путях было отмечено у 76 (72,3%) больных амбулаторной группы и у 14 (63,3%) больных стационарной. У пациентов с остаточными фрагментами камня более 4 мм был проведен повторный сеанс ЭУВЛ.

Выводы. Факторами, определяющими выбор тактики ведения больных после ЭУВЛ являются локализация камня, его размеры, выраженность болевого синдрома, наличие эпизодов обострения пиелонефрита в анамнезе. В качестве тактики первого выбора можно рассматривать амбулаторное ведение пациентов, за исключением случаев почечной локализации конкремента, размерами более 1,5см, выраженного болевого синдрома, требующего введения более 3 доз анальгетиков в сутки, также наличия эпизода обострения хронического пиелонефрита в течение 2 недель перед проведением ЭУВЛ. Учет вышеуказанных факторов позволяет улучшить результаты литотрипсии и снизить риск возникновения осложнений.

ЛАПАРОСКОПІЯ АБО ПЕРКУТАННА НЕФРОЛІТОТРИПСІЯ ПРИ КАМІНЦЯХ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ ВЕРХНЬОЇ ТРЕТИНИ СЕЧОВОДУ (ЗА ТА ПРОТИ)

Кудрявцев Ю.М.

КУ «Сумська міська клінічна лікарня №1», м. Суми

Пацієнти з сечокам'яною хворобою складають більшість в структурі оперативних втручань в умовах урологічних стаціонарів. При великих камінцях верхньої третини сечоводу ПНЛ (перкутанна нефролітотрипсія) є методом вибору, лапароскопічна уретеролітотомія (далі ЛУ) застосовується як альтернативний метод хірургічного лікування. В Guidelines EAU (Рис. 1) ніша для ЛУ - «вколочені» камінці сечоводу у випадках, коли ендоскопічна або дистанційна літотрипсія були невдалі.

Рис. 1.

Recommendation	GR
Use percutaneous antegrade removal of ureteral stones as an alternative when shock wave lithotripsy is not indicated or has failed, and when the upper urinary tract is not amenable to retrograde ureterorenoscopy.	A

3.4.3.1.5. Laparoscopic ureteral stone removal
Few studies have reported laparoscopic stone removal (Section 3.4.2.1.4.3). These procedures are usually reserved for special cases. When expertise is available, laparoscopic ureterolithotomy can be performed for large proximal ureteral stones as an alternative to URS or SWL [319,320]. These more invasive procedures have yielded high SFRs and lower auxiliary procedure rates [234].

Recommendation	LE	GR
For ureterolithotomy, perform laparoscopy for large impacted stones when endoscopic lithotripsy or shock wave lithotripsy has failed.	2	B

В декількох дослідженнях (Raboy, 1992; Kijvikai, 2006; Selcuk, 2016) ЛУ продемонструвала більш ніж 95% ефективність.

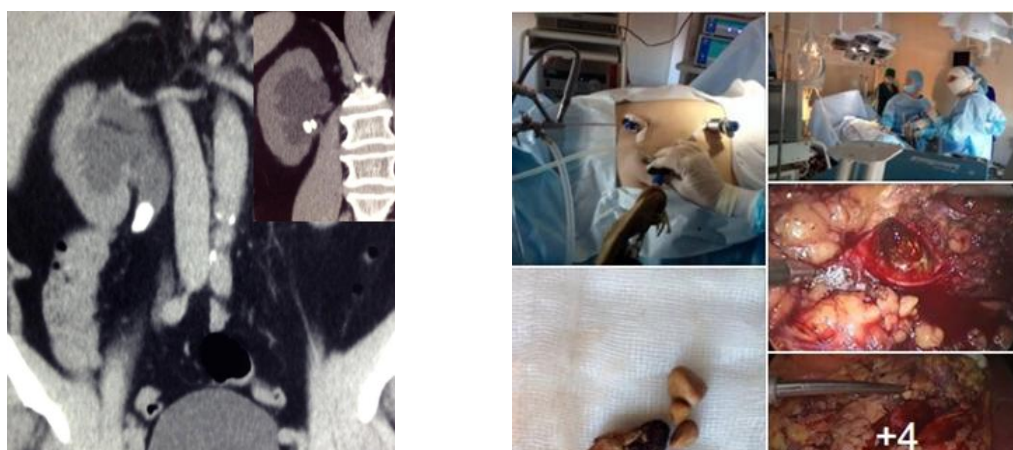
Метою дослідження було проведення порівняльної характеристики ефективності та безпеки ПНЛ та ЛУ при великих «вколочених» камінцях проксимальної ділянки сечоводу.

Ми проаналізували власний досвід ПНЛ та ЛУ, виконаних на протязі 2014-2017 рр. В Сумському міському урологічному центрі за період 2014-2017 рр було виконано 94 лапароскопічних операцій з приводу сечокам'яної хвороби (з них 82 уретеролітотомії та 12 пієлолітотомії). ПНЛ у відділенні була впроваджена з 2016 р., на протязі 2016 та першого півріччя 2017 р. було виконано 151 ПНЛ (з них 25 з приводу уретеролітіазу в проксимальній ділянці).

ЛУ виконувалась за стандартною методикою, в положенні хворого на відповідному боці, в 100% трансперитонеальним доступом. Дисекція тканин здійснювалась за допомогою системи енергетичного лігування LigaSure (Covidien), або ультразвукової системи SonoSurg (Olympus).

В 7 випадках при локалізації камінців як у сечоводі, так і в ниркових чашках під час ЛУ за допомогою двох систем візуалізації здійснювався комбінований доступ ригідним уретерореноскопом (n=5), або фіброцистоскопу (n=2), заведенням через один з портів в ниркову миску, з подальшою ревізією порожнинної системи та видаленням конкременту (Рис. 2, 3).

Рис. 2, 3.



ПНЛ в 100% випадків виконувалась у положенні хворого на животі, нефроскопом Wolf 24 Fr, доступ здійснювався через нижню, або середню чашку, в 5 випадках (20%) здійснювалась попередня транспозиція камінця уретерореноскопом в ниркову миску (Рис. 4).

Рис. 4.



Порівняльна характеристика демографічних даних представлена в табл. 1.

Таблиця 1

	ПНЛ n=25	ЛУ n=82
Вік (років)	52,1±11,2	48,3±11,0
Стать (Ч/Ж)	15/10	42/20
ВМІ (Індекс маси тіла, kg/m ²)	27,9±2,2	25,0±1,5
Розміри камінця (см)	20,1±0,5	19,9±0,4
Сторона (права/ліва)	13/12	44/38
ДУВЛ без ефекту	4	18
Передопераційне дренивання верхніх сечових шляхів (нефростома/D-J стент)	4/8	5/16

Інтраопераційні та післяопераційні показники представлені в табл. 2.

Таблиця 2.

	ПНЛ n=25	ЛУ n=82
Stone-free, n (%)	96%	100%
Конверсія	0	1 (1,2%)
Час операції (хв.)	40±15	55±16 (p≤0,05)
D-J стентування (n)	17	72
Післяопераційне зниження рівня Нв (г/л, через добу)	16±5	6±2 (p≤0,05)
Післяопераційна гіпертермія (n/%)	6/24%	5/6% (p≤0,05)
Післяопераційні ускладнення Clavien-Dindo (Grade I/ Grade II)	1 (4%)/0	2 (2,4%)/1 (1,2%)
Тривалість госпіталізації (днів)	5,2±1,1	4,1±1,0 (p≥0,05)
Повернення до звичайної активності (днів)	16,6±2,4	12,2±1,8 (p≤0,05)

Як видно з таблиць, стан Stone-free був досягнутий в 100% випадків при ЛУ та 96% при ПНЛ. Тривалість операції була вища при виконанні ЛУ. Поряд із цим, ЛУ продемонструвала меншу післяопераційну крововтрату, нижчий відсоток післяопераційної гіпертермії та післяопераційних ускладнень загалом, меншу тривалість госпіталізації та раніше повернення до звичайної активності, у порівнянні з ПНЛ.

Таким чином, ЛУ - безпечна альтернатива ПНЛ з меншою кількістю інтраопераційних кровотеч та післяопераційних ускладнень, більшою вірогідністю повного видалення камінця. ЛУ є методом вибору при великих камінцях проксимальної частини сечоводу, особливо з урахуванням факторів

попередньої невдалої дистанційної літотрипсії, недостатнього технічного та економічного забезпечення.

Література:

1. Raboy A, Ferzli GS, Laffreda R, et al. Laparoscopic ureterolithotomy. Urology. 1992; 39:223–225.
2. Kijvikai K, Patcharatrakul S. Laparoscopic ureterolithotomy: its role and some controversial technical considerations. Int J Urol. 2006; 13:206–210.
3. Ko YH, Kang SG, Park JY, et al. Laparoscopic ureterolithotomy as a primary modality for large proximal ureteral calculi: comparison to rigid ureteroscopic pneumatic lithotripsy. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2011; 21:7–13.

ВАРИАНТЫ РЕТРОГРАДНОЙ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ КАМНЕЙ ПОЧЕК

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

Отделение урологии БСМП «INTO-SANA», г. Одесса

Вступление: Мочекаменная болезнь - одно из наиболее распространенных урологических заболеваний и имеется устойчивая тенденция к его росту. Показания к использованию существующих методов хирургического удаления камней почек определяются как размером, так и локализацией камня в мочевой системе. Метод дистанционной, экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии (ЭУВЛТ), который дешевле других малоинвазивных методов, с коротким периодом лечения, имеет ряд ограничений по его применению (1). В настоящее время метод (ЭУВЛТ или SWL) потерял свое место в качестве метода первой линии лечения. Технологические достижения и изменение моделей лечения повысили востребованность эндоурологических процедур, таких как уретероренолитотрипсия (URLT) и перкутанная нефролитотомия (PCNL) (6).

Перкутанная нефролитотомия (PCNL) является распространенным методом эндоскопической хирургии мочекаменной болезни. Однако при позитиве минимальной инвазивности и коротком сроке лечения, данный метод имеет до 24,4% различного рода осложнений (7). За последние годы набирает значение метод ретроградной интравенальной хирургии (РИПХ) в качестве безопасной и эффективной техники, а также альтернативы экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии (ЭУВЛТ) и чрескожной нефролитотомии (PCNL). В сравнении с (ЭУВЛТ) метод РИПХ имеет преимущества при удалении камней нижней группы чашек из-за отсутствия значимых остаточных фрагментов (3). Состояние «stone free» при РИПХ камня лоханки до 10-20 мм у тучных людей отмечается в 90,4% против 68% при (ЭУВЛТ), а частота осложнений -14,2% при РИПХ против 20% при (ЭУВЛТ) (8). При удалении камней почек более 10 мм эффективность методов РИПХ и PCNL отмечена выше, чем (ЭУВЛТ), но для удаления камней почек до 10 мм они применяются реже (19). Использование ретроградного подхода как минимально инвазивного предпочтительно при удалении камней как небольшого размера, так и камней с высоким риском рецидива (20). Методы PCNL и РИПХ объединяет эффективность с высоким показателем «stone free» и низкая частота осложнений при удалении камней верхней чашки и почечных камней до 20 мм. Однако предпочтение отдается РИПХ в качестве первой линии лечения, как менее инвазивному методу с преимуществом некоторых параметров работы (4). Отмечена безопасность и эффективность РИПХ перед (PCNL) при удалении крупных камней почек (более 20 мм) с низкой частотой осложнений (6,7%). При этом указывается на возможность остаточных камней менее 2 мм в диаметре в 63% и остаточных камней менее 4 мм в диаметре в 83% случаев. Для удаления крупных камней может потребоваться многостадийный поход и проведение операции в несколько этапов. О повторности (или этапности) операций свидетельствует показатель - 1,48 оперативных сеансов для каждого пациента. Особая роль в повышении результативности РИПХ и снижении частоты осложнений при удалении камней почек более 20 мм отводится применению в работе ригидного и фиброреноскопа с защитным кожухом для последнего (5, 10, 12, 14, 15, 16,17). Использование фиброреноскопа с гольмиевым лазером при удалении камней чашечек почек, больших камней интравенальной лоханки, а также литотрипсия в аномальных почках, или одномоментная литотрипсия при двухстороннем нефролитиазе определяют метод РИПХ как единственный, минимально инвазивный и безопасный способ лечения (2, 11, 13, 18). Он меньше влияет на функцию почки, что имеет важное значение при множественных процедурах у пациентов с хроническим заболеванием почек (9). Ему отдается предпочтение при удалении почечных камней у больных с единственной почкой (17). Однако в то же время продолжается обсуждение метода РИПХ с использованием жестких и гибких уретерореноскопов лишь как второй линии хирургии камней почек более 20 мм. (21).

Цель исследования: Применение ретроградной пиелолитотрипсии (РИПХ) крупных камней почек с анализом лечения и оценкой отдалённых результатов.

Материалы и методы: В урологическом отделении клиники «Инто-Сана» за период 2014г. – 2017г. пролечено 98 пациентов с конкрементами лоханки и чашечек почек. Возраст 35-72 г, в среднем 46,7г. Распределение по полу: женщины 63, мужчины 35 чел. Правосторонняя локализации конкремента -54 пациента, слева – 44. По химическому составу камни были смешанной природы, но камни большого размера (2 см и более) по составу были оксалатами. Размеры камней лоханки- от 1,5 до 4,5 см, коралловидные 1-2 ст. Размеры камней чашечек- 0,8- 1,0 см. С нефростомическим дренажом госпитализировано 2 чел, с внутренним стентом почки- 7 чел. Проводились общеклинические и биохимические анализы крови, анализы мочи с микробиологическим исследованием. Из выделенных микроорганизмов превалировала E.coli (79% случаев), с чувствительностью к цефотаксиму, моксифлоксацину, левофлоксацину, меропенему. Выполнялись УЗИ вен нижних конечностей и малого таза, УЗИ мочевых путей, ЭхоКС. Проводилась КТ почек с контрастированием, при этапном лечении проводилось повторное КТ-исследование. Обзорная урограмма проводилась после установки внутреннего почечного стента. Использовался полуригидный уретероскоп K.Storz 9,5Fr, фиброуретероскоп K.Storz «Flex-X» и струны-проводники с тефлоновым покрытием. Использование коужа Flexog для проведения фиброуретероскопа у мужчин и женщин зависело от состояния просвета мочеточника. В ряде случаев при пиелолитотрипсии рядом с инструментом устанавливалась струна-проводник или мочеточниковый катетер 3Ch. Время ретроградной пиелолитотрипсии, пиелокаликотрипсии составляло 1-3 ч. Давление раствора при ирригации - 90- 100 см вод ст. Использовались гольмиевые лазеры «Дорнье Медилас H20» и «Stone light- АМС» - 15 Вт. Режим работы лазерной установки: частота 6-12Hz, мощность 8-10W, энергия импульса 800-1300 мДж. Использовались волокна 400 мкм для полуригидного реноскопа и 265-270 мкм для гибкого. Ретроградная лазерная литотрипсия камней почек проводилась в один или несколько этапов. Операции проводились под спинальной анестезией и завершались установкой стента 5 СН (фирма «Балтон») на 1-4 нед. Антибактериальная терапия проводилась с учетом микробиологического анализа мочи. Конверсий в открытое оперативное вмешательство не было.

Результаты исследований: Выполнено лечение 98 пациентов с конкрементами лоханки и чашечек почек методом ретроградной лазерной пиело-каликотрипсии. РИРХ в некоторых случаях была методом выбора при невозможности выполнения ПНЛ из-за анатомических особенностей почки: значительная толщина почечной паренхимы с короткими шейками чашечек, отсутствие гидронефроза, интратаналый тип лоханки. Проведение лазерной РИРХ камней почек в один или несколько этапов было обусловлено рядом факторов.

Основными показателями для до- или интраоперационного выбора этапности лечения были:

1. Выраженность лейкоцитурии и бактериурии по показателям анализов мочи в корреляции с клинической картиной болезни;
2. Наличие и стадия ХБП, показатели гомеостаза и функции почек;
3. Технические условия проведения инструмента к камню, наличие изменений стенки мочеточника и лоханочно-мочеточникового сегмента.
4. Механическая плотность камня или его фрагментов по данным КТ исследования;
5. Размеры и локализация камня в почке, что обеспечивает возможность ирригации и визуализации хода операции без угрозы повышения внутрилоханочного давления;
6. Воспалительно-травматические изменения лоханки при длительно стоящем камне с угрозой диффузной геморрагии в ходе операции;
7. Достаточная визуализация операционного поля, на что влияет адекватность ирригации и частотные характеристики лазерного воздействия (образование пыли при повышении частоты лазерного импульса).
8. Время операции – до 2,5 3-х часов при адекватном оттоке используемого для ирригации физиологического раствора, подогретого до 37 гр.С;
9. Размеры остающихся фрагментов в ЧЛС почки и доступ к ним;
10. Объём и размеры остающихся в ЧЛС фрагментов и возможность их элиминации при установленном стенте почки.

Проведение РИРХ носило этапный характер у 28 (28,6%) из 98 пациентов. В 13 случаях двухэтапность лечения обусловлена техническими сложностями доступа к камню, что требовало установки в почку внутреннего стента. После обеспечения беспрепятственного проведения инструмента, второй этап операции успешно проводился с полной элиминацией мелких фрагментов. Эффективность дробления оценивалась визуально по элиминации фрагментов и песка как интраоперационно, так и при УЗИ или КТ- исследовании перед удалением из почки стента,

установленного после второго этапа лечения. В других 13 случаях лазерная литотрипсия коралловидных камней 1-2 ст. размерами до 20 мм проведена двухэтапно с интервалом в 1 мес. для обеспечения элиминации осколков в 2-3 мм в межоперационном периоде из-за невозможности их удаления интраоперационно. Использовался только ригидный или фиброуретероскоп, или их сочетание. У двух пациентов с камнем оксалат 40 мм у одного и 46 мм у другого во внутривидеоуретеральной лоханке при технической невозможности установить кофлекс, использовался только фиброуретероскоп. Ввиду отсутствия возможности удаления осколков камня в ходе операции, лазерная литотрипсия проведена 3 этапа в одном случае и в 4 этапа во втором также с интервалами в 3-4 нед. для обеспечения элиминации мелких фрагментов после каждого этапа дробления на фоне устанавливаемого стента. После освобождения лоханок от камня, мелкие резидуальные конкременты в последующем подверглись ЭУВЛТ в одном из указанных случаев. Качество ирригации и визуализации являются основным в РИРХ. При использовании фиброуретероскопа с возможностью установки в мочеточнике и лоханке кофлекса ирригация и удаление осколков по нему значительно сокращала срок операции. При использовании только фиброуретероскопа отток жидкости из ЧЛС обеспечивался по просвету мочеточника, рядом с инструментом. В некоторых случаях активная аспирация жидкости проводилась через канал эндоскопа. В ряде случаев в лоханку рядом с ригидным уретероскопом устанавливался мочеточниковый катетер 3Фр. для обеспечения оттока промывной жидкости. При размерах камня до 20 мм, использовалась его фиксация в петле для предотвращения его миграции в ЧЛС. Неподвижный, несмещаемый камень создавал сложность в его дроблении из-за обилия мелких фрагментов и их флотации в небольшой по объему полости лоханки. В этом случае предпочтительным был метод «высверливания» камня для увеличения функционального объема. Исходя из плотности камня, этапной литотрипсии подвергались пациенты с плотными камнями (оксалат кальция) плотностью более 1200 ЕН по данным компьютерной томографии. При этом режим работы лазерной установки в начале фрагментации устанавливался 6-8 Гц, при мощности до 1200 мДж, с последующим повышением частоты до 10 Гц и мощности 1000-1500 мДж, что способствовало вначале фрагментации камня, а затем превращения осколков в пыль без значительного ухудшения визуального контроля.

Конверсий в ходе лечения не было. После операции, адекватная антибактериальная терапия комбинировалась с приемом ингибиторов фибринолиза (гордокс 200 тыс МЕ) 1-2 дня, что позволило обеспечить неосложненный послеоперационный период стационарного лечения до 2-х дней. Активация пиелонефрита, на фоне сахарного диабета и колибациллярной микрофлоры отмечалась у пациентки, которой проводилась литотрипсия в 3 этапа. Терапия на протяжении 4 дней была результативна во всех случаях активного воспаления. В послеоперационном периоде пациенты принимали, наряду с антибактериальной терапией, цитратные смеси (блемарен) в сочетании с фитопрепаратами (флавия, афлазин) на протяжении 1,5-2-х месяцев.

Выводы:

1. Ретроградная интравенальная хирургия с применением гольмиевого лазера и использованием комбинации ригидного и фиброуретероскопа результативна в удалении как крупных, так и мелких конкрементов почек.

2. Малоинвазивность метода обеспечивает как снижение частоты гнойно-воспалительных осложнений, так и возможность проведения этапного лечения.

Литература:

1. Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М., Руденко В.И., Григорьев Н.А. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и лечения // Врачебное сословие. – №4. – 2004. – С. 4–9).
2. Breda A, Angerri O. Retrograde intrarenal surgery for kidney stones larger than 2.5 cm. \Curr Opin Urol. 2014 Mar;24(2):179-83.
3. Comparison between retrograde intrarenal surgery and extracorporeal shock wave lithotripsy in the treatment of lower pole kidney stones up to 15 mm. Prospective, randomized study. \Vilches RM, Aliaga A, Reyes D, Sepulveda F, Mercado A, Moya F, Ledezma R, Hidalgo JP, Olmedo T, Marchant F. \Actas Urol Esp. 2015 May;39(4):236-42.
4. Comparison of Retrograde Intrarenal Surgery and Percutaneous Nephrolithotomy Methods in Treatment of Upper Calyceal Stones of 10-20 mm \ Selmi V, Nalbant I, Ozturk U, Tuygun C, Goktug HNG, Imamoglu MA. \J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2017 Mar 2. doi: 10.1089/lap.2016.0634. [Epub ahead of print]
5. Contemporary Management of Medium-Sized (10-20 mm) Renal Stones: A Retrospective Multicenter Observational Study. \Kiremit MC, Guven S, Sarica K, Ozturk A, Buldu I, Kafkasli A, Balasar M, Istanbuloglu O, Horuz R, Cetinel CA, Kandemir A, Albayrak S. \J Endourol. 2015 Jul;29(7):838-43.
6. EAU Guidelines on Interventional Treatment for Urolithiasis. \Türk C, Petfik A, Sarica K, Seitz C, Skolarikos A, Straub M, Knoll T. \ Eur Urol. 2016 Mar;69(3):475-82.
7. Factors Influencing Complications of Percutaneous Nephrolithotomy: A Single-Center Study. \Oner S, Okumus MM, Demirbas M, Onen E, Aydos MM, Ustun MH, Kilic M, Avci S. \Urol J. 2015 Nov 14;12(5):2317-23.
8. Flexible Ureterorenoscopy Versus Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy for the Treatment of Renal Pelvis Stones of 10-20 mm in Obese Patients. Javanmard B, Razaghi MR, Ansari Jafari A, Mazloomfard MM. \J Lasers Med Sci. 2015;6(4):162-6
9. Impact of retrograde flexible ureteroscopy and intracorporeal lithotripsy on kidney functional outcomes. \Hoarau N, Martin F, Lebdaï S, Chautard D, Culty T, Azzouzi AR, Bigot P. \Int Braz J Urol. 2015 Sep-Oct;41(5):920-6.
10. Is retrograde intrarenal surgery for the treatment of renal stones with diameters exceeding 2 cm still a hazard? \Giusti G, Proietti S, Luciani LG, Peschechera R, Giannantoni A, Taverna G, Sortino G, Graziotti P. \Can J Urol. 2014 Apr;21(2):7207-12.
11. Is retrograde flexible nephrolithotripsy feasible for calyceal diverticular stone? \Erkurt B, Kiremit MC, Altay B, Guzelburc V, Soytaş M, Erdogan F, Barisik CC, Albayrak S. \Urolithiasis. 2014 Aug;42(4):347-51.

12. Mortality and flexible ureteroscopy: analysis of six cases. \Cindolo L, Castellan P, Scoffone CM, Cracco CM, Celia A, Paccaduscio A, Schips L, Proietti S, Breda A, Giusti G. \World J Urol. 2016 Mar;34(3):305-10.
13. Outcomes of retrograde flexible ureteroscopy and laser lithotripsy for stone disease in patients with anomalous kidneys. \Ugurlu İM, Akman T, Binbay M, Tekinarslan E, Yazıcı Ö, Akbulut MF, Özgör F, Müslümanoğlu AY. \Urolithiasis. 2015 Feb;43(1):77-82.
14. Predictive factors for flexible ureterorenoscopy requirement after rigid ureterorenoscopy in cases with renal pelvic stones sized 1 to 2 cm. \Süer E, Gülpınar Ö, Özcan C, Göğüş Ç, Kerimov S, Şafak M. \Korean J Urol. 2015 Feb;56(2):138-42.
15. Retrograde Intrarenal Surgery versus Percutaneous Lithotripsy to Treat Renal Stones 2-3 cm in Diameter \Kursad Zengin, Serhat Tanik, Nihat Karakoyunlu, Nevzat Can Sener, Sebahattin Albayrak, Can Tuynun, Hasan Bakirtas, M. Abdurrahim Imamoglu, Mesut Gurdal \ Biomed Res Int. 2015; 2015: 914231. Published online 2015 Mar 3. doi: 10.1155/2015/914231
16. Retrograde intrarenal surgery with holmium-YAG laser lithotripsy in the primary treatment of renal lithiasis. \Redondo C, Ramón de Fata F, Gimbernat H, Meilán E, Andrés G, Angulo JC. \Actas Urol Esp. 2015 Jun;39(5):320-6.
17. Safety and efficacy of retrograde intrarenal surgery for renal stones in patients with a solitary kidney: a single-center experience. \Gao X, Peng Y, Shi X, Li L, Zhou T, Xu B, Sun Y. \J Endourol. 2014 Nov;28(11):1290-4.
18. Single-Stage Bilateral Versus Unilateral Retrograde Intrarenal Surgery for Management of Renal Stones: A Matched-Pair Analysis. \Peng Y, Li L, Zhang W, Chen Q, Liu M, Shi X, Gao X, Sun Y. \J Endourol. 2015 Aug;29(8):894-8.
19. Systematic review and meta-analysis of the clinical effectiveness of shock wave lithotripsy, retrograde intrarenal surgery, and percutaneous nephrolithotomy for lower-pole renal stones. \Donaldson JF, Lardas M, Scrimgeour D, Stewart F, MacLennan S, Lam TB, McClinton S. \Eur Urol. 2015 Apr;67(4):612-6.
20. The endourological treatment of renal matrix stones. \Beltrami P, Ruggera L, Guttilla A, Iannetti A, Zattoni F, Gigli F, Bernich P, Zattoni F. \Urol Int. 2014;93(4):394-8.
21. Ureteroscopy: is it the best? \Porpiglia F, Fiori C, Poggio M, Cossu M, Amparore D, Manfredi M, Bertolo R, Mele F, Garrou D, Cattaneo G, Scarpa RM. \Urologia. 2014 Apr-Jun;81(2):99-107.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РЕНАЛЬНЫХ РЕФЛЮКСОВ

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

Отделение урологии БСМП «INTO-SANA», г. Одесса

Вступление. Почечная колика является визитной карточкой обструктивного процесса мочевых путей. Её причиной является повышение гидродинамического давления в полостной системе и паренхиме почки с развитием отека и ишемией почечной паренхимы (10). Развитие лихорадки и озноба связано с состоянием форникального аппарата почки (2). Благодаря особенностям его строения, он служит не только механизмом экскреции мочи из сосочков в чашечки, но и реабсорбции воды, солей и лекарственных веществ (1). Форникальная реабсорбция является альтернативным методом ликвидации отека почки при повышении внутрилоханочного давления (1, 14, 15). Выявляемую радиологически (КТ, МРТ) отечность паранефральной клетчатки можно расценивать как проявление ренопротекции при лоханочной гипертензии (9). Реабсорбция начинается при давлении от 20 см вод. ст. (1). Лоханочная гипертензия, строение и тонус чашечно-лоханочной системы являются причиной разрыва форникального аппарата и ренальных рефлюксов (1, 4, 7). Разрывы сводов чашечек завершаются рубцеванием, форникс округляется, становится мелким, пирамиды укорачиваются, снижается форникальная реабсорбция (1). Потеря этого механизма проявляется сохранением расширенной чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) через несколько часов после почечной колики (4). Рубцово - измененные чашечки, наблюдаемые при пиелонефрите, уже без разрыва могут выдержать повышение внутрилоханочного давления. При этом происходит заброс мочи по канальцам с развитием пиело-тубулярного рефлюкса (1). При остром пиелонефрите тубулярный рефлюкс следует отличать от «пламени факела» -затека контраста в некротическую полость пирамидки вследствие некротического папиллита (4). Пиело-тубулярный рефлюкс расценивается как нормальное явление хронического пиелонефрита (15). Он отмечается при внутрилоханочном давлении более 10-20 мм. рт. ст.(21) Пиело-интерстициальный рефлюкс аналогичен пиело-тубулярному (15). Пиело-интерстициальный рефлюкс- развивается при 30 мм. рт. ст. (21). Пиело-лимфатический рефлюкс – наблюдается редко (15). Развивается при остром повышении внутриполостного давления свыше 50 мм. рт.ст.(21). Развитие пиело-венозного рефлюкса наступает при замедлении кровотока в почечной или полой вене (тромбоз почечной вены, венозная гипертензия) (15). Пиело-синусный рефлюкс- наиболее распространенная форма. Он лежит в основе часто встречающихся урином (15). Давление 70-90-100 мм.рт.ст. приводит к разрыву свода чашки с рефлюксом (1, 8, 11, 21). Повышение давления в лоханке из-за увеличения плотности мочи контрастом при рентген- исследовании, даже без обструкции, может стать причиной билатеральной экставазации, напоминающей разрыв лоханок (8). Из-за снижения тонуса форникального сфинктера обструкция обуславливает форникальные рефлюксы при лоханках ампулярного типа в 84-73%. При лоханках интратенального типа – реже, в 16-27% (1). Но ретроградная пиелография чаще осложняется рефлюксом при интратенальном типе лоханки (4). Лоханочная гипертензия всегда приводит к форникальному кровотечению (1). Его выраженность косвенно коррелирует с объемом травмы форниксов и настораживает о пиело-ренальных рефлюксах и воспалительном процессе почки (4). Оптимальным методом остановки кровотечения из мальформированных (А-V) сосудов форникса или ликвидации паранефральной гематомы, является селективная ангиоэмболизация, тромбозис со

стентированием почки (12, 18). Рефлюксы визуализируются лучше при контрастной КТ и МРТ при обструкции почек (6). Ретроградная пиелография может осложниться пиело-тубуло-интерстициальным, пиело-венозным и пиело-лимфатическим рефлюксами (1). Пиело-лимфатический рефлюкс может наблюдаться при обструкции мочевых путей без гидронефроза и рентгенологически он выглядит как разрыв лоханки или мочеточника (3, 6, 14, 17). Наиболее сложными являются пиело-синусный и пиело-ретроперитонеальный рефлюксы, выявляемые при обструктивной уропатии. Они идентичны уриноме распространяющейся по клетчаточным пространствам при спонтанном разрыве мочеточника или лоханки (1, 4, 5, 8, 9, 13, 15, 16, 17, 19, 20,). Иногда без обструкции мочевых путей процесс может быть двухсторонним (8). Общим признаком уриномы при спонтанном разрыве лоханки или мочеточника и пиело-ретроперитонеального рефлюкса является снижение плотности экстравазационной среды в поздние сроки (более 6 ч) динамического наблюдения. Однако рефлюкс разрешается быстрее и его возможное лечение - эндоскопическое (5, 16, 20). Быстрейшее устранение обструктивной уропатии является профилактикой развития необратимых склеротических процессов формикса, синусной и околопочечной жировой клетчатки со сдавлением сосудов почечной ножки (1,2, 13).

Цель исследования. Диагностика и патогенетическое лечение сложных форм ренальных рефлюксов.

Материал и методы: В урологическом отделении клиники «Инто-Сана» за 2014г. –2017г. наблюдалось 5 пациентов с диагностированными сложными формами ренальных рефлюксов: 4 женщины и 1 мужчина. Возраст 50-65 лет. Длительность заболевания до обращения- от 1 дня до 3-х недель. Болевой синдром на стороне поражения отсутствовал в одном случае из 5. Проводились общеклинические и биохимические анализы крови, анализы мочи с микробиологическим анализом. Выполнялись УЗИ вен нижних конечностей и малого таза, УЗИ мочевых путей, ЭхоКС. Проводилась КТ почек с контрастированием, при необходимости проводилась контрольная КТ. Обзорная урограмма проводилась после установки внутреннего почечного стента. Консервативное лечение проведено в одном и эндоскопическое - в 4 случаях. Использовался полуригидный уретероскоп K.Storz 9,5Fr, фиброуретероскоп K.Storz «Flex-X» и струны-проводники с тефлоновым покрытием. Лазерная литотрипсия проводилась гольмиевым лазером «Дорнье Медилас-Н». Эндоскопические операции выполнялись под спинальной анестезией и завершались установкой стента 5 СН (фирма «Балтон») на 3 нед. Для пункции уриномы под местной анестезией с УЗ- контролем использовался стандартный нефростомический дренаж фирмы «Балтон». Антибактериальная терапия проводилась с учетом микробиологического анализа мочи.

Результаты исследования. Рефлюксы были выявлены при выполнении КТ почек с контрастированием. По локализации процесса- правосторонний -1, левосторонний -4. Пиело-тубуло-интерстициальный рефлюкс отмечен у двух больных. В одном случае - на фоне обструкции камнем ЛМС левой почки. Выполнена лазерная пиелолитотрипсия с установкой стента. Визуализированы травмы сводов чашечек. Второй случай- без обструкции- выявлен у пациентки с эмфизематозным пиелонефритом справа на почве декомпенсированного сахарного диабета. Успешно проведена консервативная терапия пиелонефрита. У троих пациенток на почве обструкции левого мочеточника выявлен пиело-ретроперитонеальный рефлюкс. Он визуализирован как экстравазация контраста из почечных ворот или одной из чашек парауретерально в забрюшинной клетчатке в виде бесформенных, без четких контуров, жидкостных коллекторов, распространяющихся к малому тазу. При этом лоханки были небольшого размера. В 2-х случаях они были деформированы парапельвикальными кистами. В одном из них на фоне парапельвикальной кисты слабо контрастированный жидкостный коллектор имел четкий округлый контур в воротах почки за счет тонкой капсулы. Он также имел связь с чашечной системой почки. Инкапсуляция уриномы расценена как результат длительности процесса. В одном из 3-х случаев причиной пиело-ретроперитонеального рефлюкса явился камень тазового отдела мочеточника. Выполнена лазерная уретеролитотрипсия, установка стента в почку. В остальных двух случаях причиной рефлюкса был стеноз тазового отдела мочеточника и парапельвикальные кисты, причем в одном из них вероятной причиной стеноза тазового отдела мочеточника было комбинированное лечение Ст. corporis uteri. В обоих этих случаях проведена уретероскопия с устранением стеноза и установкой внутреннего стента в почку. Инкапсуляция уриномы в одном случае потребовала дополнительного её чрезкожного пункционного дренирования. После установки стентов в почку во всех трех случаях через 6-12 ч при КТ исследовании контраст в забрюшинном пространстве не определялся. В случае пункционного дренирования инкапсулированной уриномы на протяжении 7 дней отделяемого по дренажу не

наблюдалось и после удаления дренажа полость бесследно регрессировала. Срок лечения пациентов составил 4-7 дней, в среднем 3,8 дня. Стенты у всех 4-х пациентов были удалены через 10 дней. Две пациентки воздержались от удаления парапельвикальных кист. Одна из них продолжает этапное лечение у онколога и была трижды госпитализирована для контрольного обследования. С учетом имевшихся рефлюксов, уретероскопия проводилась с учетом общего давления ирригационного раствора в канале инструмента без манипулятора с целью предупреждения лоханочной гипертензии. Из расчета, что 1,36 см.вод.ст.=1мм.рт.ст, ирригационный раствор устанавливался на высоту не более 90 см над почкой. Это предполагало создание внутримонолоханочного давления в пределах 66 мм. рт. ст., которое при работе с манипуляторами в канале инструмента и проточном режиме ирригации (рабочее давление) было меньше, чем давление, приводящее к разрыву форникального аппарата. Режим работы лазерной установки при проводимых литотрипсиях: частота 8-10Hz, энергия 800-1200 мДж. Результаты микробиологического исследования мочи получали на 3 сутки. По результатам исследований выявлена E.coli в 3 случаях и энтерококк в одном. В антибактериальной терапии использовался цефтазидим, левофлоксацин, меропенем, браксон в терапевтических дозах. В послеоперационном периоде в течение 2-х нед. продолжался прием уроантисептиков и стимуляция диуреза. После устранения причины, рецидива рефлюкса и осложнений у пациентов не наблюдалось.

Выводы:

1. Использование контрастирования при КТ- исследовании почек позволяет выявить ренальные рефлюксы и их причину.
2. При уретерореноскопии необходимо рассчитывать общее и рабочее давление ирригационной жидкости для предупреждения травмы форникального аппарата.

Литература:

1. Пытель А.Я. Лоханочно-почечные рефлюксы и их клиническое значение Медгиз 1959 г Москва. (с 30, 48, 63, 71, 72, 78, 85,95, 109, 111, 118, 136, 145, 154, 155, 158, 181)
2. Пытель А. Почечная колика и связанный с ней пиелоренальный рефлюкс как причина некоторых заболеваний. Int Urol Nephrol. 1976; 8 (1): 3-9.
3. Пытель А.Я. Уринома, Мед. реф. журн., 1982, № 2, разд. 19, с. 1,
4. Пытель Ю. А., Золотарев И.И. Ошибки и осложнения при рентгенологическом исследовании почек и мочевых путей\ «Медицина», Москва, 1987. с 37, 40, 43, 86, 128, 129.
5. Спонтанная перипелическая экставазация мочи как причина острого живота. Paaanen H1, Kettunen J, Tainio H, Jauhainen K. Scand J Urol Nephrol. 1993; 27 (3): 333-6.
6. Alexander J. Nemeth, Suresh K. Patel \Pyelovenous Backflow Seen on CT Urography\ American Journal of Roentgenology February 2004, Volume 182, Number 2.
7. Anderhuber F, Reimann R. [Pyelorenal reflux. I. Actual and presumed routes]. Morphol Med. 1982 May;2(2):109-22.
8. Bilateral spontaneous renal pelvis rupture during a computed tomography. Report of one case \Roberto Miranda, Patricio Latorre, Rodrigo Raurich\Rev. méd. Chile vol.145 no.4 Santiago Apr. 2017
9. Causes of renal forniceal rupture \Boris Gershman, Naveen Kulkarni, Dushyant V. Sahani, Brian H.\ BJU INTERNATIONAL 2011, 108, 1909-1912
10. Intrarenal backflow during retrograde pyelography with graded intrapelvic pressure. A radiologic study. \Thomsen HS, Talner LB, Higgins CB \Invest Radiol. 1982 Nov-Dec;17(6):593-603.
11. Microradiographic Demonstration of Pyelolymphatic Backflow in the Porcine Kidney \JOHN T. CUTTINO, JR., RICHARD U. CLARK, FLOYD A. FRIED, AND PETER S. STEVENS\ Am J Rontgnol September 1978, 131 :501-505,
12. Perinephric Hematoma and Hemorrhagic Shock as a Rare Presentation for an Acutely Obstructive Ureteral Stone with Forniceal Rupture: A Case Report \Firas G. Petros, Debra L. Zynger, Geoffrey N. Box, Ketul K. Shah.\ J Endourol Case Rep. 2016; 2(1): 74-77.
13. Primary ureteroscopic treatment for obstructive ureteral stone-causing fornix rupture \PANAGIOTIS KALAFATIS, KONSTANTINOS ZOUGKAS AND ANASTASIOS PETAS \International Journal of Urology (2004) 11,1058 – 1064
14. Pyelolymphatic backflow demonstrated by an abdominal CT: A case report.\Gamze Durhan, Veysel Atilla Ayyıldız, Türkmen Turan Çiftçi, Deniz Akata, Mustafa Nasuh Özmen. Pol J Radiol. 2014; 79: 6-8.
15. Pyelorenal backflow seen on CT urography: everything you need to know \A. Goienetxea Murgiondo, A. Ugarte, K. Biurrun Mancisidor, J.Vega Eraso, V. G. Usabiaga, A. Etxeberria; ECR 2016 DOI: 10.1594/ecr2016/C-1514
16. Spontaneous rupture of the renal pelvis\ Johan P. Bonk, Richard I. Basch, David N. Cheris.\From the Community-General Hospital of Greater Syracuse, and the Syracuse Memorial Hospital, 1 Syracuse, New York. Septemer, 1966 VOL. 98, No. 1 p 54 – 62
17. Spontaneous Renal Pelvis Rupture: Unexpected Complication of Urolithiasis Expected to Passage with Observation Therapy Case Reports in Urology Case Report \Tuncay Tas, Basri Cakiroglu, Süleyman Hilmi Aksoy \ Volume 2013 (2013), Article ID 932529, 3 pages http://dx.doi.org/10.1155/2013/932529
18. Spontaneous large renal pelvis hematoma in ureteropelvic junction obstruction presenting as an acute abdomen: Rare case report \ Ajit Sawant, Gaurav Kasat, Prakash Pawar, Ashwin Tamhankar \Urol Ann. 2016 Apr-Jun; 8(2): 239-241.
19. Spontaneous rupture of renal pelvis as a rare complication of ureteral lithiasis \Orestis Porfyrus, Elena Apostolidi, Andromachi Mpampali, and Paraskevas Kalomoiris \Turk J Urol. 2016 Mar; 42(1): 37-40.
20. Spontaneous rupture of the renal pelvis due to obstruction of pelviureteric junction by renal stone: A case report and review of the literature\ Fatih Yanaral, Arif Ozkan, Nusret Can Cilesiz, and Baris Nuhoglu \Urol Ann. 2017 Jul-Sep; 9(3): 293-295.
21. Von B. Reinhard , K. A. Kühnemann \Tubuläre Stase sowie Fornixreflux im i.v. Urogamm \Fortschr. Röntgenstr. 123, 2 (1975) 184-186.

ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Мальцев А.В., Дубинина А.Н.

ННМК «Университетская клиника»

Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков

Введение. Одно из ведущих мест в структуре урологической заболеваемости занимает мочекаменная болезнь. По мировым данным, мочекаменной болезнью (МКБ) страдают 1-3% населения; 12% мужчин и 5% женщин хотя бы раз в течение жизни переносят почечную колику, обусловленную нефролитиазом [1].

В Украине мочекаменная болезнь занимает второе место среди всех урологических заболеваний после инфекции мочевых путей. Этот показатель за последние 4 года вырос в 1,2 раза. Количество больных составляет более 160 000 человек - это около 970 случаев на 100 000 взрослого населения. Темпы прироста распространенности составляют 0,16-0,22 %, частота нефролитиаза достигает 30-45% от всей урологической патологии. Болеют МКБ в основном люди молодого трудоспособного возраста. В свою очередь, сопутствующие воспалительные заболевания, частые рецидивы нефролитиаза (30-80%), приводят к развитию почечной недостаточности, инвалидизации и смертности больных. [2, 3]

По данным некоторых авторов, частота выявления МКБ у пациентов с врожденными особенностями развития и строения верхних мочевыводящих путей достигает 16-35%. [4,5]. Врожденные аномалии мочевыделительной системы занимают 1-е место среди пороков развития различных органов. Они имеют место у 15% сельских и до 90% городских жителей [6].

В связи с большой долей МКБ в структуре урологических заболеваний накоплен значительный опыт малоинвазивных методов лечения, однако, вопросам сочетания МКБ и почечных аномалий посвящено мало работ. Необычность ангиоархитектоники, расположения, формы, структуры, количества почек и верхних мочевых путей затрудняет выполнение как «открытых», так и малоинвазивных операций, создавая предпосылки для снижения их эффективности и увеличения осложнений [7].

В последние годы значительно уменьшилось количество показаний к открытым оперативным пособиям по поводу конкрементов почек. Перкутанные операции нашли широкое применение в эндоурологии, в том числе и при аномалийных почках [4,8]. Однако вопросы особенностей проведения ПНЛ при аномалиях МВП все еще окончательно не решены [9].

К врожденным аномалиям количества МВП относится односторонняя или двусторонняя агенезия почек. Средняя частота односторонней агенезии, включая случаи аплазии, составляет 1 на 900–1500 рождений, двусторонняя агенезия встречается с частотой 3,5 на 10 000 рождений. Среди всех больных с аномалиями почек аплазия одной почки встречается относительно часто — у 4–8 %. В структуре хирургических заболеваний единственной почки нефролитиаз занимает ведущее место. МКБ у пациентов с единственной почкой обладает целым рядом специфических свойств, отличающих его от других форм нефролитиаза, и всегда представляет угрозу возникновения анурии [10]. Среди прочих пороков развития почек 14—16,5% составляют аномалии взаимоотношения [11]. Подковообразная почка относится к самому распространенному виду аномалий расположения и формы, создающих предпосылки к развитию осложнений или сопутствующих заболеваний. Достоверно известно, что частота заболеваний подковообразных почек (гидронефроз, пиелонефрит, МКБ, туберкулез, опухоли) выявляется в 80-100% от общего числа обследованных [12]. МКБ является второй по частоте распространения среди обследованных [13]. К образованию камней в подковообразной почке приводят те же факторы, что и в нормальной. Однако, наиболее важным фактором камнеобразования в подковообразной почке является застой мочи в ее ЧЛС и обусловленная этим застоем мочевиная инфекция. В подковообразной почке эти предпосылки встречаются несравнимо чаще, чем в нормальной. Менее распространенным видом аномалии расположения является L-образная почка, однако, вышеописанные нарушения уродинамики характерны этой аномалии в той же степени.

Материалы и методы. Нами отобраны и проанализированы клинические случаи 8 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении «Малоинвазивной хирургии» ННМК «УК» ХНМУ за период с февраля 2016 г. по май 2017 г., с наиболее часто встречающимися врожденными аномалиями МВП.

В качестве предоперационной диагностики больным выполнялись стандартные клиничко-биохимические исследования, рентгенологические (спиральная компьютерная томография с внутривенным болюсным контрастированием). Зарегистрированными переменными были: возраст пациентов, пол, вид аномалии, факторы, связанные непосредственно с уролитиазом (сторона, размер конкремента и их количество, их плотность, месторасположение в почке, состояние ЛМС, мультidetекторная компьютерная томография (МДКТ), количество доступов, продолжительность пребывания в больнице, наличие осложнений во время и после операции. (Рис.1, 2)

Всем больным была выполнена перкутанная нефролитотрипсия в положении на животе, поясничным доступом, по задней подмышечной L линии.



Рис. 1. Мультидетекторная компьютерная томография нефролитиаза подковообразной почки.



Рис.2. Мультидетекторная компьютерная томография нефролитиаза L-образной почки.



Рис. 3. Контрольная МДКТ подковообразной почки через 4 месяца после ПНЛ из 2-х доступов справа.

Количество доступов зависело от «каменной нагрузки», локализации конкремента, а также анатомо-физиологических особенностей полостной системы почки. Использовался ригидный нефроскоп Ch 26, литотрипсия проводилась с помощью пневматического литотриптора или в комбинации с лазерной литотрипсией. Экстракция фрагментов осуществлялась при помощи щипцов. Каждый почечный доступ дренировался нефростомой (катетер Фолей Ch 16-18). В случае несостоятельности пиелоуретрального сегмента (ПУС) либо его резкого сужения, проводилось стентирование JJ-стентом Ch 6/7. Послеоперационный контроль, с целью выявления резидуальных фрагментов, осуществлялся при помощи антеградной/ретроградной пиелоуретерографии, обзорной рентгенографии, компьютерная томография. (Рис.3)

Как правило, больные выписывались на 4-5 сутки, при условии восстановления физиологического пассажа мочи с оперированной стороны, а также отсутствия температурной, воспалительной реакции.

В исследуемую группу вошли: 4 пациента с врожденной единственной левой почкой, 3 - с подковообразной (двое с нефролитиазом правой половины и один – левой), а также 1 больной с L-образной почкой (конкремент нижней (левой)

половины.

Среди них – пятеро мужчин, 3 женщины. Возраст пациентов колебался от 23 лет до 68. У 3 больных были множественные конкременты, у одной – коралловидный камень. По характеру локализации – абсолютно у всех наблюдались лоханочные конкременты, и у четверых чашечные (Табл.1).

Большей части пациентов - 5 (62,5%), перкутанную нефролитотрипсию удавалось выполнить через один доступ. Однако, 3 больных (33,4%), для полного «освобождения» требовали формирования дополнительных доступов (Рис. 4). Таковыми были двое больных с единственной врожденной и один с подковообразной почкой.

В вышеуказанных случаях определялись множественные конкременты, с локализацией в верхней группе чашек, а также коралловидный камень единственной левой почки

Также, все наблюдения субоперационных осложнений, были выявлены у вышеуказанных больных. В случае формирования второго доступа у больной МКБ с подковообразной почкой наблюдалось умеренное паренхиматозное кровотечение, которое было купировано на этапе дренирования почки нефростомой, дилатацией баллона и не требовало медикаментозной коррекции.

Таблица 1

Характеристики больных с аномалиями развития МВП, страдающих нефролитиазом

Общее число больных	8
Гендерная принадлежность, n (%):	
Мужчины	5 (62,5%)
Женщины	3 (37,5%)
Единственная врожденная почка	4
Подковообразная почка	3
L-образная почка	1
Средний возраст, лет	44,1 (23-68)
Средний размер конкремента, мм	20,6 мм (12-40)
Сторона (половина), n (%):	
Правая (верхняя)	3 (37,5%)
Левая (нижняя)	5 (62,5%)
Количество конкрементов, n (%):	
1	5 (62,5%)
>1(множественные конкременты)	3 (37,5%)
Локализация конкрементов (кроме лоханочных конкрементов), n (%):	
Верхняя группа	2 (25%)
Средняя группа	1 (12,5%)
Нижняя группа	2 (25%)
Коралловидный камень	1 (12,5%)
Лоханочные конкременты, n (%):	8 (100%)
Плотность конкрементов (средняя), НУ:	1277 (780-1870)

Таблица 2

Результаты перкутанной нефролитотрипсии у больных с аномалиями развития МВП

Количество доступов при ПНЛ, n (%)	
1	5 (62,5%)
>1	3 (37,5%)
Стентирование JJ-стент, n (%)	3 (37,5%)
Субоперационные осложнения, n (%):	
Кровотечение:	2 (25%)
Травмы лоханки:	1 (12,5%)
Послеоперационные осложнения (классификация Clavien-Dindo), n (%):	
I (лишь консервативное лечение)	2 (25%)
II(расширенный объем лекарственной т-пии)	4 (50%)
III(требующие эндоскопического лечения)	-
IV(нарушение функции органа)	-
V(летальный исход)	-
Резидуальные конкременты, n (%):	1 (12,5%)



Рис. 4. Перкутанная нефролитотрипсия правой половины подковообразной почки из 2-х доступов. Этап дренирования почки.

В случае пациентки с агенезией правой почки, в следствие длительного стояния конкремента в лоханке сформировался пролежень, что послужило причиной перфорации лоханки нефроскопом. Это обусловило необходимость стентирования верхних мочевых путей (JJ-стент 7). В свою очередь, в послеоперационном периоде свищевой ход закрылся на 2-е сутки. Стент был удален через 4 недели после операции. С целью контроля больной проводилось УЗИ, рентгенография, где данных в пользу ретенционной патологии не выявлено.

Все осложнения раннего послеоперационного периода были систематизированы по усовершенствованной классификации Clavien-Dindo

(5 основных степеней тяжести, от незначительных, требующих минимальной медикаментозной терапии, до тяжелых, сопровождающихся функциональными нарушениями органов, смертью пациента).

Послеоперационные осложнения исследуемой группы, в основном, приходились на I и II степень тяжести.

У 2 пациентов наблюдались осложнения I степени. Отмечалась субфебрильная гипертермия в первые сутки после операции, что потребовало назначения противовоспалительных и жаропонижающих препаратов. Нормализация показателей наблюдалась через сутки.

У двоих пациентов, с подковообразной и L-образной почками, наблюдалось подтекание мочи из свища, после удаления нефростомического дренажа, в течение двух суток, что обусловило необходимость дополнительного периода наблюдения без необходимости вмешательства. В одном случае, у больной с коралловидным камнем единственной левой почки, наблюдался инфекционно-воспалительный процесс мочевых путей – острый пиелонефрит, потребовавший дополнительной антибиотикотерапии и инфузионно - дезинтоксикационных мероприятий, приведших к удлинению сроков пребывания пациентки в стационаре.

Резидуальный конкремент был оставлен лишь в одном случае, у больного с подковообразной почкой, где предполагаемая польза, не соответствовала возможным рискам. Конкремент нижней чашки правой половины подковообразной почки, в непосредственной близости к истмусу. (Рис. 5).

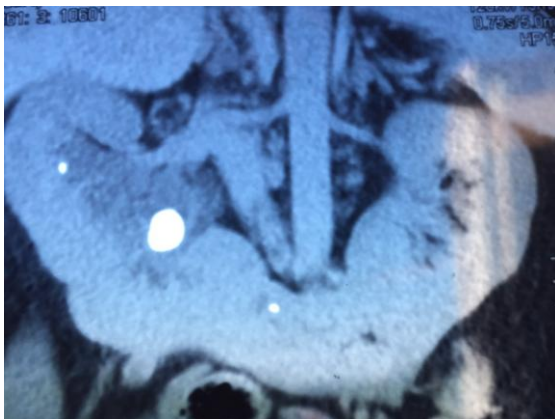


Рис. 5. МКБ. Камни правой половины подковообразной почки.

Обсуждение. Лечение нефролитиаза при аномалиях развития мочевыделительных путей является проблемой эндоурологии. Анатомические особенности, специфика сосудистой архитектоники, все это обуславливает субоперационные и послеоперационные осложнения, и приводит к низкой результативности. Перкутанная нефролитотрипсия – это рутинное лечение камней почек с нормальной анатомией. В нашем наблюдении приемлемые результаты были достигнуты с минимальной травматичностью, исходя из присутствия ряда больных с односторонней агенезией почки, по средствам одноступенчатой операции, с максимальным освобождением от «каменной массы». Формирование второго доступа требовалось лишь в случаях множественных или

коралловидных конкрементов.

Ни каких тяжелых субоперационных или послеоперационных осложнений, при которых потребовалось бы дополнительное вмешательство или длительная госпитализация, не были выявлены. Необходимо отметить, отсутствие послеоперационных особенностей, отличающих данную группу больных от больных после ПНЛ с нормальной анатомией ВМП.

Осложнения легкой (I-II) степени легко поддавались медикаментозной коррекции и были контролированы.

Таким образом, наше клиническое наблюдение демонстрирует безопасность и эффективность перкутанной нефролитотрипсии при аномалиях развития МВП. И возводит ПНЛ в ряд операций выбора при данной патологии.

Література:

1. Metzler I.S., Smith-Bindman R., Moghadassi M. Emergency Department Imaging Modality Effect on Surgical Management of Nephrolithiasis: A Multicenter, Randomized Clinical Trial. *J Urol.* 2017 Mar;197(3 Pt 1):710-714.
2. Возіанов С.О. Ресурси та основні показники діяльності урологічної служби в Україні за 50 років/С. О. Возіанов, Н. О. Сайдакова, Л. М. Старцева // Урологія. 2015. т.Том 19,№ N 2.-С.9-19
3. Pérez-Lanzac A, Soto-Villalva J, Ledo-Cepero MJ et al. Transumbilical single port surgery with conventional laparoscopic instruments in horseshoe kidney. // *Actas Urol Esp.* 2013. - Vol.37(5). - P.311-315.)
4. Basiri A, Shabaninia S, Mir A, Soltani MH. The safety and efficacy of percutaneous nephrolithotomy for management of large renal stones in single- versus double-functioning kidney patients. // *J Endourol.* 2012. - Vol.26(3). - P.235-238;
5. Peres LAB, Ferreira JR, Beppu AP Anatomical alterations in patients with nephrolithiasis. // *J. Bras. Nefrol.* 2010. - Vol.32 (1). - P.14-15.
6. Tunc L, Tokgoz H, Tan MO, Kupeli B, Karaoglan U, Bozkirli I. Stones in anomalous kidneys: results of treatment by shock wave lithotripsy in 150 patients. // *Int J Urol.* 2004. -Vol.11(10). P.831-836.J.
7. Palmero JL, Amoros A, Ramnrez M, Pastor JC, Benedicto A. Surgical Therapy of Lithiasis in Horseshoe Kidney. // *Actas Urol Esp.* 2012. - Vol. 36(7). - 439-443
8. Cabrera PM, Cáceres F, García-Tello A et al. Umbilical single-port pyelolithectomy on horseshoe kidney: a new indication. // *Actas Urol Esp.* 2012. - Vol.36 (2). - P.121-125
9. Osther PJ, Razvi H, Liatsikos E, et al. Percutaneous nephrolithotomy among patients with renal anomalies: patient characteristics and outcomes; a subgroup analysis of the clinical research office of the endourological society global percutaneous nephrolithotomy study. // *J Endourol.* 2011. - Vol.25(10). - P.1627-32
10. Москаленко С.А. Дистанционная литотрипсия в лечении различных форм нефролитиаза единственной почки. Дисс. ... к.м.н. – Москва, 1998
11. Урологія. Под ред. Н.А. Лопаткина. ГЭОТРАП-Медиа, 2009. – С.1024
12. Лопаткин Н.А., Люлько А.В. Аномалии мочеполювой системы. К., 1987
13. Ray AA1, Ghiculete D, D'A Honey RJ Shockwave lithotripsy in patients with horseshoe kidney: determinants of success. // *J Endourol.* 2011. - Vol.25(3). - P.487-493

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ НЕФРОЛІТІАЗУ ЄДИНОЇ НИРКИ

Монастирський В. М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

В останні роки спостерігається збільшення частки пацієнтів з конкрементами єдиної нирки. Проблема профілактики повторного каменеутворення залишається актуальною. Порушення уродинаміки (нормального відтоку сечі) сприяє формуванню конкрементів - одиничних і множинних. При різкому і частому коливанні рН сечі то в кислу, то в лужну сторону відбувається формування складних за складом коралоподібних каменів. За нашими спостереженнями значну роль у рецидиві нефролітіазу єдиної нирки відіграє зміна її фізіологічного положення (нефроптоз та ротація нирки у зв'язку з вікарною гіпертрофією). Відомі способи профілактики рецидивів нефролітіазу, що включають медикаментозну терапію (зміна рН сечі-цитратотерапія), фітокомплекс, фізіотерапію, мінеральні води. На жаль, ефективність усіх існуючих методів лікування і способів профілактики сечокам'яної хвороби після оперативного лікування та екстракорпоральної ударнохвильової літотрипсії ще явно недостатня. Ні один спосіб позбавлення від конкрементів не включає корекцію положення єдиної нирки, що змінюється після видалення контлатеральної. Нами розроблений спосіб лікування та профілактики рецидиву нефролітіазу хворих з каменями єдиної нирки, що відповідає таким вимогам: відсутність негативного впливу ударних хвиль на тканину нирки, поліпшення функції оперованої нирки, відсутність резидуальних каменів, надійність фіксації нирки у фізіологічному положенні, невелика тривалість втручання, простота технічного виконання, малоінвазивність, отримання стійких позитивних віддалених результатів.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування сечокам'яної хвороби єдиної нирки, а також профілактика її рецидивування.

Матеріал та методи. Проаналізовано стан 154 хворих з єдиною ниркою після нефректомії. Причинами нефректомії були злоякісні новоутворення нирки (54%), камені нирки та сечоводу (28%), піонефроз (5%), травми нирки (5%), інші захворювання (8%): гідронефроз, туберкульоз нирок, злоякісні новоутворення наднирника, доброякісні новоутворення нирки, зморщена нирка, абсцес нирки і навколониркової клітковини, полікістоз нирки, ектопічна нирка.

У передопераційному періоді всім пацієнтам проводилися стандартні урологічні обстеження. Обстеження пацієнтів включало в себе: збір анамнезу, виконання та інтерпретацію результатів загальноклінічних лабораторних показників, фізикального обстеження, різних променевих методів (рентгенологічних, ультразвукових, радіоізотопних).

Серед обстежених хворих було виявлено хронічний пієлонефрит, нефрогенна гіпертензія, нефролітіаз, нефроптоз і ін.). Серед 48 хворих нефролітіазом єдиної нирки у 35 хворих в анамнезі нефректомія з приводу каменів нирки та сечоводу, а у 11 діагностовано зміни положення нирки

(нефроптоз, ротація нирки). Для визначення форми, щільності, розміру коралоподібного конкременту і множинних рентгеннегативних каменів додатково виконувалася комп'ютерна томографія. У кожному конкретному випадку лікування хворих нефролітіазом єдиної нирки проводили з урахуванням оптимальної можливості відновлення відтоку сечі, видалення максимальної кількості конкрементів за найбільш короткий період часу, при мінімальному травматичному впливі на нирку. Оперативне втручання проводили з певними удосконаленнями.

Проводили перкутанну нефролітотрипсію. Під поєднаним ультразвуковим і рентгенологічним контролем проводили пункцію нижньої, а при необхідності, і верхньої чашечок у найменш васкуляризованій зоні кіркового шару, дилатацію нефростомічного каналу виконували телескопічними бужами, проводили повну санацію чашечково-мискової системи нирки, після чого антеградно встановлювали, або залишали уже встановлений внутрішній стент. В подальшому переходили до фіксації нирки у фізіологічному положенні, розширювали доступи, виконані для пункції нижньої та верхньої чашечок нирки, та з допомогою ретроперітонеоскопічного доступу фіксували нирку в фізіологічному положенні, для чого використовували синтетичну поліпропіленову монофіламентну сітку, що містить великі пори, яку через верхній доступ підшивали до позадуниркової фасції на рівні 12 ребра, проводили через заздалегідь виконаний тунель у паранефральній клітковині позаду нирки і з допомогою дисектора через нижній доступ огинали нирку на 1-2 см медіальніше нижнього полюса, укладали сітку між передньою поверхнею нижнього сегмента нирки та переднирковою фасцією, до якої фіксували її Z-подібними швами. Це призводить до усунення нефроптозу та відновлення прямого кута між артерією нирки й аортою, а нирка стає у фізіологічному положенні, зменшується перегин мисково-сечовідного сегменту. Операцію закінчували установкою дренажу у заочеревинний простір. У післяопераційному періоді призначали антибактеріальну і протизапальну терапію.

Результати дослідження. Хвора Б. 53 роки поступила в урологічне відділення зі скаргами на біль у поперековій ділянці справа, що посилюються при фізичному навантаженні, домішки крові в сечі без згустків. Діагноз. Сечокам'яна хвороба, коралоподібний камінь єдиної правої нирки. Хронічний калькульозний пієлонефрит. Стан після нефректомії зліва в 2000 р. Нефроптоз праворуч 2 ступеня, ротація правої нирки. З анамнезу: хворій раніше була виконана нефректомія зліва з приводу травми. У 2005 р. з каменем сечоводу й анурією була госпіталізована. Після катетеризації сечоводу та уретеролітоекстракції пасаж сечі був відновлений, хвора виписана у задовільному стані. Через три роки після операції виявили рецидивний камінь правої нирки з тенденцією до коралоподібного росту. УЗД нирки: контур правої нирки нерівний, відзначається стоншення кіркового шару в нижньому полюсі, гідрокалікоз. Нирка збільшена у розмірах, паренхіма збережена, порожнинна система розширена. Гіперехогенна тінь у мисці та чашках правої нирки до 2,3 см. На оглядовій рентгенограмі: у проекції правої нирки чітко визначається тінь коралоподібного конкременту. Виявлено зсув нирки в вертикальному положенні тіла на 2 тіла поперекового хребця, гострий пієлоуретральний кут в ортостазі та ротація нирки. Екскреторна урографія: справа відзначається розширення чашечок. Конкремент займає внутрішньониркову миску, середню і нижню групи чашечок. Комп'ютерна томографія - відзначається стоншення кіркового шару на ділянці нижнього полюса, щільність каменю 1250 ОД НУ. Передопераційною навігацією визначено місце доступу, зона втручання у сегменті нирки. Проведена операція хворій під перидуральною анестезією. Післяопераційний період протікав без ускладнень, на 9 добу знятий внутрішньошкірний шов, рана загоїлася первинним натягом і на 10-ту добу пацієнтка виписана з відділення.

При контрольному обстеженні через чотири місяці біль в проекції нирки не турбує, артеріальний тиск 120/75 мм рт.ст., аналізи крові та сечі в межах норми. При УЗД нирок, виконаному в положенні лежачи і сидячи, - стан і розміри нирок у межах норми, розширення чашечково-мискової системи не виявлено, дихальна рухливість нирок у межах фізіологічних норм. При контрольному обстеженні через 6 і 12 місяців наявності конкрементів, порушення уродинаміки правої нирки не виявлено.

Запропоноване вдосконалення операції, порівняно з відомими, має ряд переваг. Перевагою є мінімізація оперативного доступу при збереженні адекватного обсягу втручання у лікуванні клінічно складних випадків нефролітіазу єдиної нирки.

Висновок. Ефективність лікування та профілактики рецидиву нефролітіазу хворих з каменями єдиної нирки полягає у зменшенні травматичності та тривалості операції, прискорює соціальну реабілітацію хворого, дає хороші віддалені результати.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭУВЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКОРАЛЛОВИДНЫХ КАМНЕЙ ПОЧЕК

Роцин Ю.В.^{1,2}, Антонян И.М.¹, Мех В.А.², Ткаченко С.В.², Слободянюк Е.Н.²

Харьковская медицинская академия последипломного образования

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

С начала восьмидесятых годов метод экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии (ЭУВЛ) революционизировал лечение мочекаменной болезни, особенно при локализации конкрементов в собирательной системе почек. В настоящее время около 80% случаев лечения нефролитиаза связано с использованием ЭУВЛ. В то же время, в том числе благодаря прогрессу альтернативных малоинвазивных методов лечения нефролитиаза, проблема эффективности и безопасности ЭУВЛ при некоралловидных формах почечно-каменной болезни по-прежнему сохраняет свою актуальность.

Нами был проведен анализ эффективности ЭУВЛ у пациентов с некоралловидным нефролитиазом. Всего изучено 316 больных, находившихся на лечении в клинике урологии УНИПО ДонНМУ в 2012-2013гг. Пациентам выполняли дистанционное дробление камней с использованием аппарата для дистанционной литотрипсии STORZ Medical. Все сеансы литотрипсии выполнены одним врачом, обладающим большим опытом выполнения данной процедуры.

Ниже в таблице представлены демографические особенности пациентов, которым была выполнена ЭУВЛ (Табл. 1).

Таблица 1

Общая характеристика пациентов группы ЭУВЛ

Значение	Абс./среднее	Процент/интервал
Мужчин	203	(64,2%)
Женщин	113	(35,8%)
Возраст, лет	50,71±1,92	24-76
Длительность заболевания, сут	48,09±3,24	8-61
Левосторонние	151	(47,8%)
Правосторонние	139	(44,0%)
2-хсторонние	26	(8,2%)
Солитарные камни	268	84,8%
Лоханка	109	34,5%
Верхний бокал	58	18,4%
Средний бокал	36	11,4%
Нижний бокал	65	20,6%
Множественные камни	48	15,2%

Обследование пациентов включало тщательное изучение анамнеза заболевания, клинической его картины, изучение данных УЗИ и рентгенологического обследования, включая экскреторную урографию и КТ-исследование органов брюшинного пространства.

У всех пациентов мочекаменная болезнь с наличием почечных конкрементов первично выявлена при ультразвукографическом исследовании. В таблице ниже представлены основные симптомы, заставившие пациентов обратиться к урологу и позволившие выявить нефролитиаз у пациентов данной группы (Табл. 2).

Таблица 2

Патологическая симптоматика у пациентов группы ЭУВЛ

Симптом	Абс.	%
Бессимптомное течение	107	33,9%
Ноющие боли	71	22,5%
Почечная колика	56	17,7%
Изменение в анализах мочи	32	10,1%
Обострение инфекции мочевых путей	24	7,6%
Макрогематурия	14	4,4%
Гипертонический криз	12	3,8%
Всего	316	100,0%

Ниже представлен обзор результатов ЭУВЛ у пациентов с некоралловидными камнями. Мы проводили здесь и при дальнейшем анализ результатов в зависимости от размеров конкремента, при этом мы группировали пациентов с размерами камня (в том числе с суммарными размерами конкрементов) до 10 мм (168 больных), 11-66 мм – 83 пациента, и от 17 до 27 мм – их количество составило 65 человек (Табл. 3).

Таблица 3

Общая характеристика результатов ЭУВЛ

Показатель	Размеры камня		
	6-10 мм, n=168	11-16 мм, n=83	17-27 мм, n=65
Возраст, лет (среднее/интервал)	51,95±1,24* /24...76	50,73±1,68* /26...76	48,18±2,01* /22...75
Мужчин (абс./%)	115(68,0±4,0%)*	54(65,0±5,0%)*	34(52,0±6,0%)*
Женщин (абс./%)	53(32,0±4,0%)*	29(35,0±5,0%)*	31(48,0±6,0%)*
Средние размеры камня, мм	7,39±0,10 ⁺	13,73±0,18 ⁺	21,74±0,4 ⁺
Плотность камня, НУ (среднее/интервал)	1552,34±31,81 ⁺ / 921...2099	1179,25±38,96 ⁺ / 766...1926	1271,83±43,51*/ 798...2054
Количество сеансов (среднее/интервал)	1,35±0,04 ⁺ /1...3	2,59±0,13 ⁺ /1...6	4,51±0,17 ⁺ /2...6
Stone free через 14 суток (абс./%)	146(87,0±3,0%)+	16(19,0±4,0%)+	6(9,0±2,0%)+
Stone free через 56 суток (абс./%)	159(95,0±2,0%)+	37(44,0±4,0%)+	21(32,0±4,0%)+
Количество осложнений(абс./%)	21(13,0±3%)+	36(42,0±5%)+	39(60,0±6%)+
Количество дополнительных процедур(абс./%)	3(2,0±0,1%)+	14(16,0±4%)+	22(34,0±6,0%)+
Длительность лечения, суток (среднее/интервал)	5,40±0,17 ⁺ / 4...12	14,37±0,65 ⁺ / 7...30	23,42±0,54 ⁺ / 18...36

Примечание: * различия недостоверны, p>0,05

⁺ различия достоверны, p<0,05

Нами проведен анализ эффективности лечения некоралловидных камней почек методом ЭУВЛ. При этом оценку проводили дифференцировано, в зависимости от размеров конкрементов и их плотности. Для проведения анализа мы выделили в данной клинической группе пациентов с камнями размерами до 10 мм, 11-16 мм и больше 16 мм при плотности до 1000 НУ, 1000-1500 НУ и более 1500 НУ.

Ряд особенностей был выявлен нами уже при изучении длительности элиминации (клиренса) фрагментов конкремента после ЭУВЛ в зависимости от вышеперечисленных показателей. При размерах камня до 10 мм отмечена зависимость клиренса фрагментов от его плотности (Рис. 1).

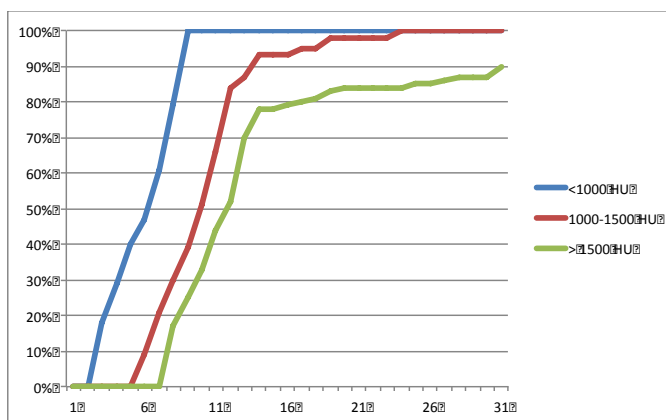


Рис. 1. Клиренс фрагментов у пациентов с размерами камня до 10 мм.

При размерах камня до от 11 до 16 мм зависимости длительности элиминации фрагментов после дезинтеграции конкремента от его плотности не отмечено (Рис. 2).

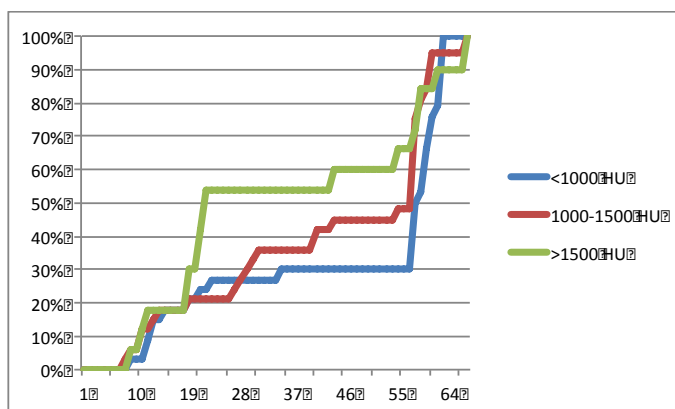


Рис. 2. Клиренс фрагментов у пациентов с размерами камня от 11 до 16 мм.

У больных с наибольшими размерами камня – более 16 мм также не отмечено зависимости скорости элиминации фрагментов от плотности конкремента (Рис. 3).

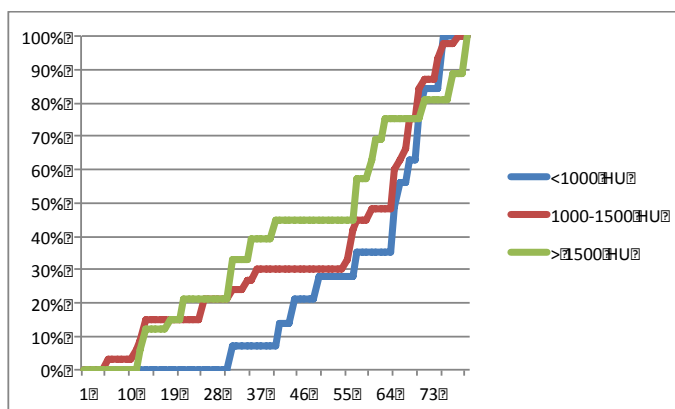


Рис. 3. Клиренс фрагментов у пациентов с размерами камня больше 16 мм.

Одним из важнейших показателей эффективности лечения камней почек методом ЭУВЛ, по нашему мнению, является количество сеансов литотрипсии, необходимых для дезинтеграции конкремента у каждого конкретного пациента. От данного показателя зависит как вероятность возникновения осложнений, так и стоимость и длительность лечения. Несомненно, размеры и плотность камня почки являются одними из основных факторов, определяющих эффективность каждого сеанса ЭУВЛ.

Нами проведено аналіз кількості сеансів ЕУВЛ в залежності від щільності конкремента в кожній із підгруп больних з некоралловидними каменями нирок розмірами до 10 мм, від 11 до 16 мм і при розмірах каменя 17 мм і більше.

При аналізі кількості сеансів ЕУВЛ у пацієнтів з розмірами конкремента до 10 мм виявлено ряд особливостей (Рис. 4).

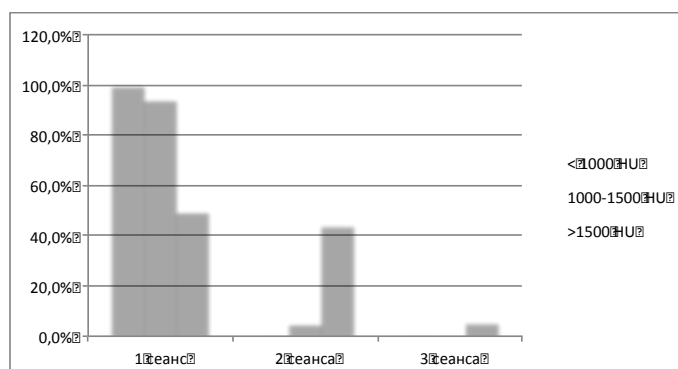


Рис. 4. Кількість сеансів ЕУВЛ в залежності від щільності каменів розмірами до 10 мм.

При більших розмірах каменя (від 11 до 16 мм) кількість сеансів ЕУВЛ, необхідних для його дезинтеграції, було іншим (Рис. 5).

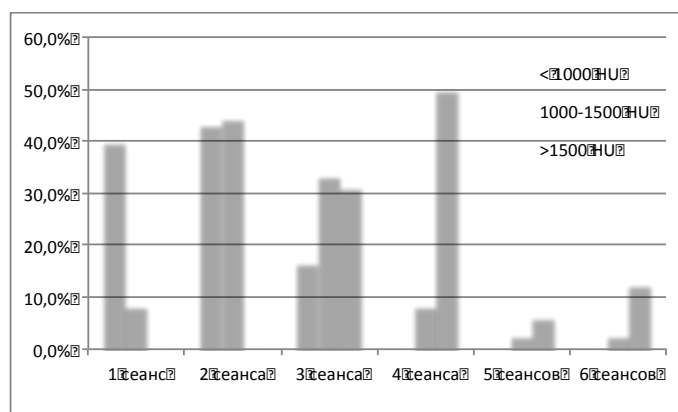


Рис. 5. Кількість сеансів ЕУВЛ в залежності від щільності каменів з розмірами від 11 до 16 мм.

При розмірах каменя більше 16 мм (17-27 мм) кількість сеансів також залежала від його щільності (Рис. 6).

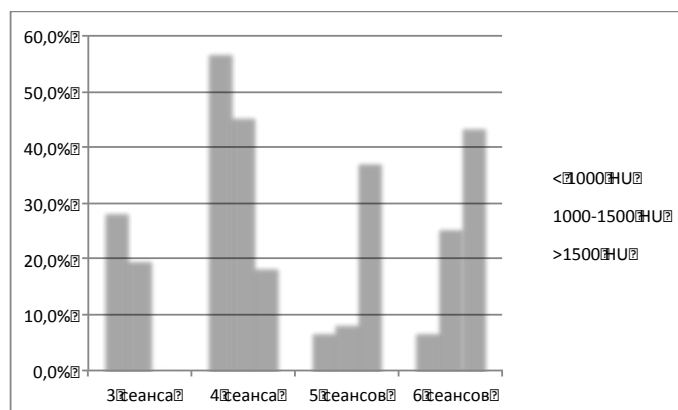


Рис. 6. Кількість сеансів ЕУВЛ в залежності від щільності каменів з розмірами більше 16 мм.

Необходимо отметить, что у 8 (12,3%) пациентов дезинтеграции камня не наступило после 5-6 сеансов ЭУВЛ, дальнейшее лечение с помощью дистанционной литотрипсии было прекращено, были использованы другие методы хирургического лечения конкрементов.

Нами также был проведен анализ частоты осложнений в зависимости от размеров и плотности камня. Ожидаемо количество и частота осложнений возрастала с увеличением размеров камня и зависела от его плотности (Рис. 7).

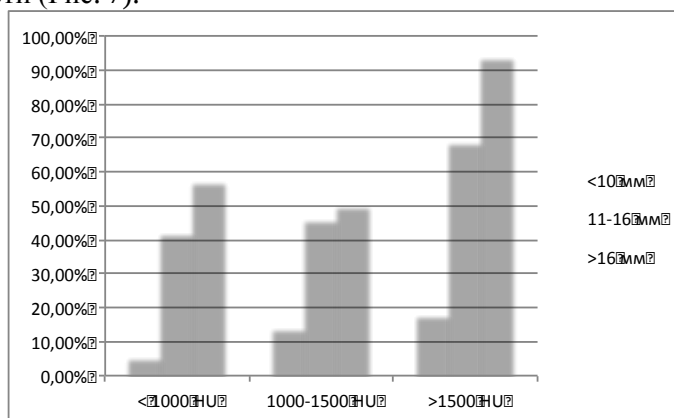


Рис. 7. Частота осложнений в зависимости от плотности и размеров камня.

Показательно также изменение структуры осложнений с уменьшением возможностей ЭУВЛ, как метода дезинтеграции конкремента при увеличении размеров последнего. Ниже приведена структура осложнений данного метода лечения в зависимости от размеров конкремента (Рис.8).

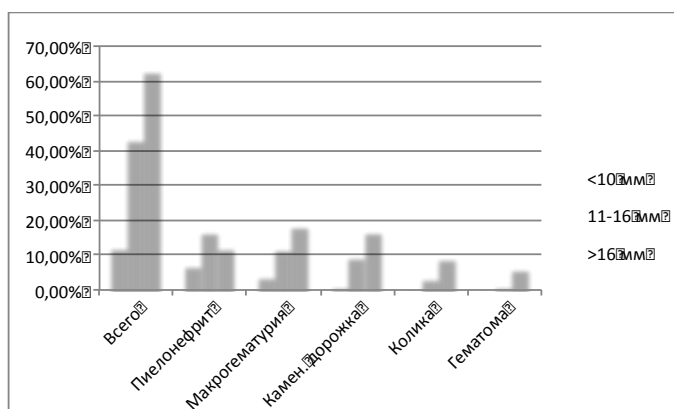


Рис.8. Структура осложнений ЭУВЛ в зависимости от размеров камня.

Нами также проведен анализ частоты использования дополнительных процедур, выполненных для разрешения осложнений ЭУВЛ для лечения некоралловидных камней почек. Результаты анализа представлены на рисунке 9.

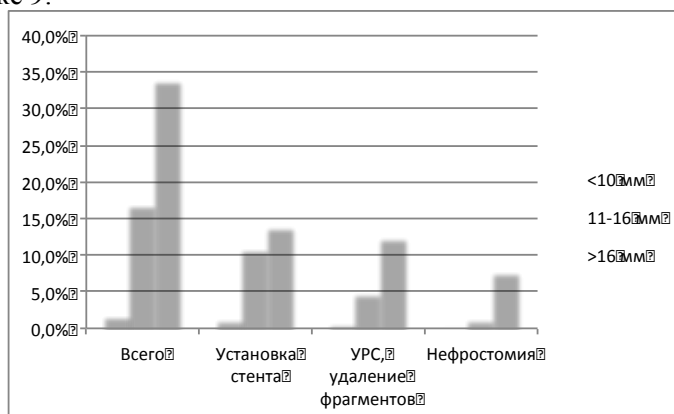


Рис. 9. Дополнительные процедуры при лечении некоралловидных камней почек методом ЭУВЛ.

Анализ эффективности ЭУВЛ при некоралловидных камнях почек показал, что использование данного метода лечения ограничено рядом параметров, прежде всего размерами и плотностью камня. Наиболее эффективно применение ЭУВЛ при камнях почек размерами до 10 мм и плотности до 1500 НУ. При данных параметрах камня его дезинтеграция происходит за 1 сеанс у подавляющего большинства больных (более 90%). Клиренс фрагментов происходит на 3-24 сутки после последнего сеанса ЭУВЛ. При плотности конкремента более 1500 НУ количество сеансов ЭУВЛ для полной дезинтеграции конкремента размерами до 10 мм увеличивается до 2-3 у половины пациентов при клиренсе камня на 8-64 сутки после последнего сеанса.

Частота осложнений ЭУВЛ при данных размерах камня составляет около 12%, осложнения не носят тяжелого характера, проявляются обострением пиелонефрита и макрогематурией в течение нескольких дней и, как правило, не требуют дополнительных хирургических процедур для их коррекции. У пациентов с почечными конкрементами размерами 11 мм и больше лечение с использованием ЭУВЛ оказалось не столь эффективным. Дезинтеграции камня за 1 сеанс удалось добиться только у 40% пациентов с конкрементами плотностью меньше 1000 НУ и 8% больных с камнями плотностью 1000-1500 НУ. У 43,3% больных с плотностью камня до 1000 НУ и 43,2% с плотностью камня 1000-1500 НУ дезинтеграции камня удалось добиться после 2 сеансов дробления. У остальных пациентов с почечными конкрементами вне зависимости от их плотности потребовалось от 3 до 6 сеансов для дезинтеграции последних. При этом клиренс камня составил от 9 до 78 суток вне зависимости от плотности камня. В данном случае основной проблемой для достаточно быстрого отхождения фрагментов представляла значительная их масса, возникшая после дезинтеграции почечного конкремента.

Частота осложнений при данных размерах камня, вне зависимости от его плотности, возрастала до 43,4%, а в структуре осложнений появлялись ситуации, в 16,9% случаев, требовавшие дополнительных вмешательств в виде УРС с удалением фрагментов, стентирования и перкутанной нефростомии. У пациентов с почечными конкрементами размерами от 17 до 27 мм потребовалось минимум 3 сеанса литотрипсии для их дезинтеграции. При этом длительность клиренса фрагментов составила от 5 до 82 суток. Частота осложнений у пациентов данной группы достигала 63,2%, при этом данные осложнения требовали применения дополнительных вмешательств, таких как установка стента, УРС для удаления фрагментов и чрескожная пункционная нефростомия, в 33,8% случаев.

Таким образом, ЭУВЛ как метод лечения некоралловидных камней почек является достаточно эффективным у пациентов с конкрементами размерами не более 10 мм и плотностью камней до 1500 НУ. При плотности камней размерами до 10 мм свыше 1500 НУ эффективность данного метода лечения снижается в связи с возможностью увеличения количества сеансов ЭУВЛ до 3, и ростом длительности клиренса фрагментов до 64 суток.

При больших размерах почечных конкрементов вне зависимости от их плотности эффективность ЭУВЛ как метода лечения данной патологии представляется сомнительным в связи с ростом количества сеансов для дистанционной дезинтеграции камня, значительной частотой послеоперационных осложнений и дополнительных хирургических процедур для их разрешения, длительным периодом для достижения статуса «stone free». То есть для лечения некоралловидных камней почек данных размеров и плотности необходимо изучение использования возможностей иных современных малоинвазивных методов хирургии нефролитиаза.

КРИТЕРИИ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕТОЧНИКА СТЕНТОМ ПОСЛЕ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЙ УРЕТЕРОЛИТОТОМИИ (РПСУ)

Роцин Ю.В., Фуксзон А.С., Комиссаренко И.М., Форостина С.П.

Городская больница № 2, г. Краматорск,

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

Развитие эндоскопических технологий в лечении уретеролитиаза было бы невозможным без возможности интралюминарного дренирования мочеточника, для чего с середины 1970-х широко применяются специальные стенты. Websteretal, 2010, Bloom et al., 2014 определяют стент, как “устройство, используемое для шинирования просвета внутренних отверстий или трубчатых структур или “стержень или катетер, введенный в трубчатую структуру, подобную кровеносному сосуду для выполнения защиты вовремя или после наложения анастомоза”. Оба эти определения позволяют в настоящее время широко использовать стенты в урологии. Со стентированием

связывают возникновение пузырно-лоханочного рефлюкса с болевым синдромом и повышением температуры тела у 3,4%-11,0% пациентов. К ухудшению качества жизни также приводит учащение мочеиспусканий в дневное и ночное время, связанное с раздражением стенки мочевого пузыря – у 12,3%-18,9% пациентов. Известно также, что использование стентов значительно удорожает эндоскопическую процедуру.

С целью определения показаний к использованию мочеточниковых стентов при выполнении РПСУ нами проведен анализ результатов лечения 53 пациентов (3 группа), которым по поводу камня мочеточника была выполнена лапароскопическая уретеролитотомия. При этом у 18 (34%) пациентов стент после операции не устанавливали (подгруппа А), а у 35 (66,0%) больных был установлен стент.

Показаниями к операции являлись ситуации, когда уретероскопическая литоэкстракция являлась невозможной или нежелательной, то есть при невозможности достичь камня при уретероскопии, размерах камня, превышающих 1,5 см, а также при длительном нахождении камня в просвете мочеточника. Общая характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1

Общая характеристика пациентов

Показатель	Всего в больных n=53	Подгруппа А n=18	Подгруппа Б n=35
Возраст (среднее/интервал)	46,03±2,09 /24-76	48,37±3,19 /24-71	51,37±4,01 /29-76
Пол:			
Женщин (абс/%)	19 (35,8%)	7 (38,9%)	12 (34,3%)
Мужчин (абс/%)	34 (64,2%)	11 (61,1%)	23 (65,7%)
Локализация:			
Справа (абс/%)	27 (50,1%)	12 (66,7%)	15 (42,9%)
Слева (абс/%)	26 (49,9%)	6 (33,3%)	20 (57,1%)
В верхней 1/3 (абс/%)	37 (69,8%)	13 (72,2%)	24 (68,6%)
В средней 1/3 (абс/%)	16 (30,2%)	5 (27,8%)	11 (31,4%)
Длительность заболевания			
До 7 суток (абс/%)	18 (34,0%)	14 (77,8%)	4 (11,4%)
От 8 суток до 1 мес (абс/%)	16 (30,2%)	4 (22,2%)	12 (34,3%)
Более 1 мес (абс/%)	19 (35,8%)	0	19 (54,3%)
Размеры камня			
Продольные, мм (среднее/интервал)	15,46±1,03 /9-26	11,19±1,14 /9-16	17,47±1,28 /14-26
Поперечные, мм (среднее/интервал)	8,12±0,76 /5-14	5,81±0,94 /5-7	9,02±1,81 /6-14
Сопутствующие заболевания			
Сахарный диабет	5 (9,4%)	2 (11,1%)	3 (8,6%)
Гипертоническая болезнь	7 (13,2%)	1 (5,6%)	6 (17,1%)
ИБС	4 (7,2%)	0	4 (11,4%)
ХПН, латентная стадия	2 (3,8%)	1 (5,6%)	1 (2,9%)
Бронхиальная астма	2 (3,8%)	0	2 (5,7%)
Всего	20 (37,7%)	4 (22,2%)	16 (45,7%)
Показания к операции			
Недостижимость камня при УРС	20 (37,7%)	12 (66,7%)	8 (22,8%)
Размеры камня более 1,5 см	17 (32,1%)	2 (11,1%)	15 (42,9%)
Большая давность заболевания	16 (30,2%)	4 (22,2%)	12 (34,3%)
Предварительная нефростомия (причины)			
Всего (абс/%)	12 (22,6%)	3 (16,7%)	9 (25,7%)
Единственная функционирующая почка (абс/%)	2 (3,8%)	0	2 (5,7%)
Обострение обструктивного пиелонефрита (абс/%)	10 (18,9%)	3 (16,7%)	7 (20,0%)

Критериями для выполнения ретроперитонеоскопического удаления камней у пациентов явились нормализация общего состояния, стабилизация артериального давления, температуры тела, положительная динамика биохимических показателей, анализов крови и мочи.

Предоперационное лабораторное обследование выполнено у всех пациентов 3 группы. Результаты обследования представлены в таблице 2.

Таблица 2

Данные лабораторного обследования перед операцией пациентов

Показатель	Норма, М±m (n=24)	Подгруппа А, М±m (n=18)	Подгруппа Б, М±m (n=35)	P
Эритроциты, Т/л	4,05±0,27	3,67±0,15	3,52±0,14	p>0,05;p1>0,05;
Гемоглобин, г/л	142,15±1,24	123,06±6,07	143,34±5,17	p<0,001;p1<0,01;
Гематокрит периф., %	38,09±0,56	37,62±1,38	35,97±2,03	p>0,05;p1>0,05;
Лейкоциты, Г/л	8,09±0,53	13,94±2,49	12,77±2,21	p<0,001;p1<0,001;
Общий белок, г/л	68,19±1,41	58,63±3,42	67,12±1,32	p<0,05;p1>0,05
Фибриноген, г/л	2,97±0,34	2,91±2,08	2,84±0,78	p>0,05;p1>0,05
ПТИ,%	88,1±6,65	82,03±5,60	85,03±7,62	p>0,05;p1>0,05
АсТ, мкмоль/л	0,34±0,05	0,31±0,08	0,32±0,06	p>0,05; p1>0,05;
АлТ, мкмоль/л	0,41±0,04	0,47±0,12	0,42±0,09	p>0,05; p1>0,05;
Креатинин, ммоль/л	0,057±0,008	0,051±0,012	0,054±0,018	p>0,05;p1>0,05;
Мочевина, ммоль/л	4,42±0,79	4,53±0,86	4,71±1,23	p>0,05; p1>0,05;

Операцию выполняли под общей интубационной анестезией. После интубации трахеи больному вводили назогастральный зонд и уретральный катетер. Пациента укладывали в положение латерального декубита, подкладывая валик под поясничную область для максимального разветвления краев реберной дуги и гребня подвздошной кости.

У 32 (60,4%) пациентов мочеточник был обнаружен практически сразу после введения лапароскопа. Идентификации его способствовало наличие перифокального воспаления, утолщение мочеточника в области камня, характерная анатомическая картина, а также перистальтическая активность органа. У остальных больных - 21 (39,6%) пациента обнаружению мочеточника предшествовал более длительный поиск.

Если камень был расположен в средней 1/3 мочеточника, ближе к границей с нижней 1/3, то поиск его был эффективен от зоны пульсации подвздошной артерии, где достаточно легко определяли мочеточник, пересекающий последнюю. Далее поиск камня осуществляли в восходящем направлении.

Как правило, в зоне стояния камня обнаруживалось выраженное в той или иной степени перифокальное воспаление с вовлечением серозной оболочки мочеточника, иногда окружающей его жировой ткани с формированием воспалительного «коржа». В зоне локализации ткани отмечалось расширение мочеточника в виде оливы. Выше просвет мочеточника был расширен, ниже просвет его был значительно сужен.

При возможном смещении камня в вышележащие отделы мочевого тракта, на мочеточник выше конкремента накладывали сосудистый зажим Дебекки. Для рассечения стенки мочеточника использовали игольчатый лапароскопический монополярный электрод. Просвет мочеточника вскрывали у верхнего полюса конкремента таким образом, что 1/3 разреза приходилась на свободный просвет мочеточника, а 2/3 на просвет, obturированный камнем. Длина разреза зависела от размеров камня, как правило, была сопоставима с наибольшим поперечным размером последнего.

Конкремент, если он не был прочно фиксирован к слизистой оболочке, старались извлечь методом «выдаивания», выталкивая в краниальном направлении дистальный полюс конкремента мягким граспером. При этом, камень выпадал из просвета мочеточника.

Если конкремент был плотно фиксирован в просвете мочеточника за счет интимного срастания со слизистой, его захватывали за верхний полюс граспером, одновременно выталкивая со стороны каудального полюса наружу.

После удаления камня из мочеточника, его извлекали наружу, если позволяли размеры 10 мм порта, если размеры порта были меньше диаметра камня, последний помещали в контейнер, изготовленный из пальца хирургической перчатки.

После извлечения камня из просвета мочеточника принимали решение о необходимости стентирования мочеточника. При отсутствии выраженного периуретерального воспаления, особенно с формированием воспалительного «коржа» из окружающих тканей, если не был выражен отек стенки мочеточника, отсутствовали значительные изменения слизистой оболочки, связанные с фиксацией камня, если не было значительного сужения просвета мочеточника ниже зоны стояния конкремента стент в просвет мочеточника не устанавливали.

При наличии у пациента вышеописанных изменений принимали решение об установке мочеточникового стента. Для этого использовали стент с глухим концом размерами 5-6 Fr. Стент подвели на проводнике к дефекту стенки мочеточника через лапароскопический порт. Для более точных манипуляций со стентом и герметичности порта использовали трубку с наружным диаметром, соответствующим внутреннему диаметру 5 мм порта. Конец стента с помощью струны-проводника вводили в каудальном направлении до упора, затем струну подтягивали на 2-3 см и стент проводили глубже на несколько сантиметров.

Свободный конец стента с помощью грасперов проводили в краниальном направлении до образования «завитка» над разрезом стенки мочеточника. «Завиток» стента разворачивали и погружали в просвет мочеточника.

После ушивания разреза мочеточника осуществляли контроль на гемостаз, дополнительную аспирацию крови и мочи. К зоне операции через троакар подвели полихлорвиниловую дренажную трубку.

В послеоперационном периоде назначали антибактериальную терапию, используя, как правило, фторхинолоны и (или) цефалоспорины). Системно антибактериальные препараты вводили в течение 3-6 суток, затем использовали таблетированные формы. Проводили, как правило, 1-2 курса антибактериальной терапии, под контролем клинических и лабораторных данных, прежде всего клинических анализов крови и мочи. Для обезболивания использовали ненаркотические анальгетики в течение 2-4 суток. Потребности в применении наркотических препаратов для обезболивания в послеоперационном периоде не возникло ни у одного из больных. Катетер Фоллея удаляли у пациентов подгруппы А на следующие сутки после операции, а у пациентов подгруппы Б на 2-4 сутки послеоперационного периода.

После УЗ-контроля состояния верхних мочевых путей и положения стента в почечной лоханке и мочеточнике, больных выписывали домой. Стент удаляли на 14-28 стуки, к данной процедуре подходили строго индивидуально, в зависимости от исходных изменений стенки мочеточника, окружающих тканей, особенностей оперативного вмешательства, связанных с рассечением мочеточника, удалением камня, наложением интракорпорального шва.

Нами был проведен анализ показаний к установке стента после операции РПСУ у пациентов с камнями мочеточника. Данные представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Показания к установке стента в подгруппе Б

Симптом	Абс. (n=35)	%
Выраженный воспалительный процесс в окружающих тканях	18	51,4%
Поперечные размеры камня более 1 см	21	60,0%
Отек стенки мочеточника	26	74,3%
Изъязвление слизистой оболочки	24	68,6%
Наличие гнойной мочи	17	48,6%
Сомнения в герметичности шва стенки мочеточника	9	25,7%
Сужение просвета мочеточника	12	34,3%
Длительность стояния камня более 1 мес	19	54,3%

Основными показаниями к установке стента у пациентов подгруппы А явился выраженные воспалительные изменения периуретеральных тканей с формированием «коржа»

Нами проведен сравнительный анализ течения послеоперационного периода у пациентов А и Б подгрупп. При этом мы анализировали как клинические так и лабораторные данные. Динамика данных лабораторного обследования представлена в таблице 4.

Таблица 4

Динамика лабораторных показателей в послеоперационном периоде после выполнения РПСУ

	Норма, М±m	2 сутки после операции, М±m		14 сутки после операции, М±m	
Показатель	n=24	Подгруппа А, n=18	Подгруппа Б, n=35	Подгруппа А, n=18	Подгруппа Б, n=35
Эритроциты, Т/л	4,05±0,27	3,81±0,15	3,08±0,09	3,94±0,12	3,89±0,92
Гемоглобин, г/л	142,15±8,24	134,3±1,0	109,9±0,6	143,0±1,9	128,3±2,08
Лейкоциты, Г/л	8,09±0,53.	11,34±1,64	12,05±0,36	8,21±1,67	7,23±1,45
Общий белок, г/л	68,19±1,4	66,35±1,97	54,03±0,76	67,88±4,93	65,68±0,75
Фибриноген, г/л	2,97±0,34	2,26±0,21	2,23±0,32	2,94±0,41	2,91±0,32
ПТИ, %	88,1±2,65	80,73±1,15	78,21±2,56	87,25±1,03	86,21±1,09
Креатинин, мкмоль/л	57,01±6,02	138,00±14,01	136,05±9,11	61,09±5,12	56,41±6,01
Мочевина, ммоль/л	4,42±0,89	7,51±0,91	7,95±1,35	4,73±0,52	4,34±0,73

Сравнительный анализ динамики лабораторных показателей в группах больных с уретеролитиазом, после выполнения РПСУ продемонстрировал, что несмотря на существенные различия в состоянии стенки мочеточника и окружающих тканей во время операции не выявил существенных различий в основных клинических и лабораторных показателях, уже через 2 недели после операции. Имевшиеся некоторые различия в этих показателях в ранние сроки после операции уже на 14 стуки после операции были купированы. Полученные данные подтверждают правильность выбранной тактики в плане внутреннего дренирования мочеточника в обеих подгруппах пациентов после выполнения РПСУ.

Осложнения в послеоперационном периоде отмечены как в подгруппе А, так и в подгруппе Б (Табл. 5).

Таблица 5

Ранние послеоперационные осложнения после выполнения РПСУ

Осложнение	Подгруппа А		Подгруппа Б	
	Абс., n=18	%	Абс., n=35	%
Боли в поясничной области	1	5,6%	3	8,6%
Гипертермия выше 38 ⁰	3	16,7%	5	14,3%
Подтекание мочи по дренажу	0	0,0%	4	11,4%
Учащение мочеиспускания	0	0,0%	9	25,7%
Миграция дистального конца стента	0	0,0%	1	2,9%

При выполнении РПСУ при лечении камней мочеточника послеоперационные осложнения не носили тяжелого характера, были проходили самостоятельно или требовали незначительного усиления терапии в послеоперационном периоде. Данные осложнения существенно не влияли на длительность лечения или его исходы.

Ниже представлен анализ непосредственных результатов лечения пациентов 3 группы как при использовании уретеральных стентов так и при отказе от послеоперационного дренирования мочеточника (Табл. 6).

Таблиця 6

Непосредственные результаты лечения пациентов с уретеролитиазом после выполнения РПСУ

Показатель (М±m)	Подгруппа А, n=18	Подгруппа Б, n=35	Достовер- ность различий, р
Длительность операции, мин	76,15±4,76	97,32±6,07	<0,01
Длительность госпитализации после операции, сут.	6,82±1,34	7,04±1,76	>0,5
Временная нетрудоспособность, сут.	16,20±1,92	16,09±2,04	>0,5
Количество инъекций анальгетиков	5,42±0,78	6,04±1,21	>0,5
Длительность инфузионной терапии, сут.	3,21±0,46	3,78±0,67	>0,5
Длительность антибактериальной терапии, сут.	9,04±1,07	14,05±2,11	<0,1

Таким образом, нами не отмечено кардинальных различий в плане непосредственных результатов лечения пациентов с уретеролитиазом после выполнения РПСУ вне зависимости от того, был использован стент для дренирования просвета мочеточника у пациента или нет. У пациентов подгруппы А абсолютно оправданным явился отказ от использования стентирования, в то время как у пациентов подгруппы Б данная процедура являлась необходимой. То есть, с одной стороны, дренирования мочеточника путем установки стента является совершенно оправданной процедурой при наличии выраженных изменений в стенке мочеточника, которые проявляются отёком всех слоев, наличием изъязвлений слизистой оболочки, а также явлениями перифокального воспалительного процесса в окружающих мочеточник тканях с формированием воспалительного коржа. С другой стороны, стентирование мочеточника после выполнения РПСУ не является рутинной процедурой, и при отсутствии вышеописанных изменений от него можно отказаться без возникновения каких-либо осложнений.

МІКРОПЕРКУТАННА ЛАЗЕРНА НЕФРОЛІТОТРИПСІЯ ТА ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНА УДАРНО-ХВИЛЬОВА ЛІТОТРИПСІЯ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕФРОЛІТІАЗ

Савенков В.І., Гарагатий І.А., Емець Д.О., Левченко Д.А.

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала», м. Харків

Вступ. Нефролітіаз посідає одне з провідних місць у структурі урологічної захворюваності. Екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія (ЕУХЛ) є кращим варіантом лікування для більшості ниркових каменів через її неінвазивність та низьку вірогідність розвитку ускладнень, можливість проведення в амбулаторних умовах. Однак для конкрементів, що локалізовані у нижній чашці та каменів розміром більше 2 см великої щільності, ефективність ЕУХЛ значно нижча [3, 5].

У цих випадках ефективність стандартної перкутанної нефролітотрипсії (ПНЛ) значно вища, але разом з цим збільшується інвазивність, травматичність, рівень операційного та анестезіологічного ризику [1]. Діаметр робочого каналу при ПНЛ відіграє провідну роль у виникненні інтра- та післяопераційних ускладнень. Таким чином, зменшення ступеня дилатації робочого каналу при ПНЛ з використанням мініатюрних оптичних систем зменшить ризик виникнення ускладнень [6, 4]. У зв'язку з появою нових ендоскопів, накопиченням досвіду та розробкою різних методик, ПНЛ стала цілком безпечною, високоефективною процедурою, що зумовило збільшення її складової серед методів лікування нефролітіазу у світі [7]. По теперішній час у літературі існує багато спорів щодо підбору пацієнтів до ЕУХЛ залежно від щільності розміру та локалізації конкрементів, тому зазначена проблема потребує ще більш детального аналізу [1, 2, 3].

Метою роботи було проведення порівняльного аналізу мікро-ПНЛ та ЕУХЛ у лікуванні хворих на нефролітіаз з конкрементами до 1,5 см.

Матеріали та методи дослідження. На базі КЗОЗ «Обласний клінічний центр урології та нефрології ім. В.І. Шاپовала», було проведено обстеження та лікування 34 хворих на нефролітіаз з конкрементами діаметром <1,5 см. Розмір конкрементів визначали за найбільшим діаметром за даними комп'ютерної томографії, ультрасонографії та оглядової урографії.

Діагностична програма обстеження хворих включала: клініко-лабораторні методи, інструментальні методи: оглядова та екскреторна рентгенографія, ультразвукове дослідження на апараті «BK medical», комп'ютерна томографія на апараті «Toshiba Aquilion 16».

Залежно від метода літотрипсії пацієнти були розподілені на дві групи.

11 пацієнтам першої групи під внутрішньовенним наркозом проведено мікро-ПНЛ з використанням зовнішнього тубусу діаметром 4,8Ch під комбінованим ультразвуковим та рентген контролем. Літотрипсія виконувалася за допомогою неодимового (Nd: YAG) лазерного комплексу «Лазурит» з волокном діаметром 300 мкм, фібро-волоконної оптики – діаметром 0,9 мм («PolyDiagnost», Німеччина). Іригація здійснювалася через триходовий катетер із застосуванням уропомпи. Після проведення лазерної літотрипсії нефростомічний дренаж не встановлювався. Уретеральний катетер та катетер Фолі знімалися у перший післяопераційний день. Ефективність оцінювали за даними оглядової рентгенографії та УЗД у ранньому післяопераційному періоді.

У другій групі 23 пацієнтам під рентген наведенням проведено ЕУХЛ на апаратах: «Lithostar Modularis» компанії «Siemens», «Compact Sigma» компанії «Dornier» в амбулаторних умовах. Ефективність оцінювали за даними оглядової рентгенографії та УЗД через місяць після першого сеансу ЕУХЛ.

Критеріями порівняльного аналізу методів були: зниження рівня гемоглобіну у післяопераційному періоді, час флюороскопічного інтраопераційного контролю, наявність і кількість клінічно значущих резидуальних фрагментів за даними УЗД та оглядової урографії, стан «stone free», потреба у нестероїдних протизапальних засобах (НПЗЗ) у післяопераційному періоді, наявність і вираженість лихоманки, потреба у додаткових маніпуляціях. Фрагменти ≤ 4 мм були розцінені, як клінічно не значущі. Стан «stone free» ми розглядали як відсутність клінічно значущих резидуальних фрагментів. Достовірними вважали відмінності при ступені надійності $p \leq 0,05$.

Результати та їх обговорення. У першій групі середній розмір та щільність конкрементів становила $1,1 \pm 0,27$ см, $991,5 \pm 242,0$ HU відповідно, статистично значущої різниці між групами за щільністю, розміром та локалізацією конкрементів не було. Доступ до чашково-мискової системи у першій групі виконувався під комбінованим ультразвуковим та рентген наведенням, що обмежило використання флюороскопії та зменшило рентген навантаження на хірурга ($p < 0,01$). Середня тривалість мікро-ПНЛ була довшою ніж ЕУХЛ та становила $95,3 \pm 24,3$ хв. Мікро-ПНЛ була більш травматичною, що потребувало більших доз знеболюючих препаратів – $120,4 \pm 32,1$ мг декскетопрофену ($p < 0,05$). Середнє зниження гемоглобіну після операції було більшим та дорівнювало $6,8 \pm 3,8$ г/л. Середня тривалість госпіталізації становила $6,5 \pm 2,9$ ліжко-днів. У чотирьох пацієнтів спостерігалось підвищення температури до фебрильних значень, що потребувало посилення антибактеріальної терапії. В одного пацієнта через втрату видимості через кровотечу було проведено конверсію до стандартної ПНЛ з використанням тубусу 24Ch. Стан «stone free» у першій групі становив 95%.

У другій групі середній розмір та щільність конкрементів становили $1,3 \pm 0,18$ см, $1214,8 \pm 434,2$ HU відповідно. Середня тривалість операції була меншою ($33,7 \pm 9,0$ хв), але тривалість рентген контролю – більшою ($339 \pm 23,2$ с). Середнє зниження гемоглобіну після операції було меншим та становило $1,9 \pm 1,3$ г/л. Середня кількість НПЗЗ у післяопераційному періоді була меншою – $100,1 \pm 28,3$ мг декскетопрофену. У 9 (39%) пацієнтів другої групи було проведено уретероскопію, уретеролітоекстракцію та ретроградне стентування нирки у післяопераційному періоді. Потреба у зазначених додаткових процедурах зростала зі збільшенням щільності (>1000 HU) та розміру ($>1,5$ см) конкрементів ($p = 0,01$). Стан «stone free» у всіх пацієнтів цієї групи через місяць після літотрипсії становив 78%. Із 11 пацієнтів з конкрементами нижньої групи чашок стан «stone free» було досягнуто лише у 5 (45%). У 6 пацієнтів (57%) з конкрементами нижньої чашки, у яких конкремент не фрагментувався після другого сеансу було проведено мікро-ПНЛ при якій було досягнуто стан «stone free». Ми спостерігали залежність між рентген щільністю каменя та якістю швидкістю фрагментації, потребою у повторних сеансах ЕУХЛ. 9 пацієнтів (39%) із щільністю конкременту >1000 HU для досягнення фрагментації потребували 3-4 сеанси. В одного пацієнта після ЕУХЛ спостерігалось ускладнення у вигляді перинефральної гематоми, яка не потребувала оперативного втручання.

Висновки:

1) ЕУХЛ є неінвазивним методом та найбільш раціональною процедурою при використанні у хворих на нефролітіаз з конкрементами розміром $\leq 1,5$ см та щільністю <1000 HU

2) Ультра-міні ПНЛ є новим малоінвазивним методом контактної літотрипсії з низьким рівнем ускладнень, що є найбільш доцільним у пацієнтів з конкрементами <1,5см, щільністю >1000 НУ, з локалізацією у нижній нирковій чашці та у випадках неефективності ЕУХЛ.

3) Індивідуальний підхід у виборі методу літотрипсії залежно від розміру, локалізації конкременту, його щільності, анатомії чашково-мискової системи дає змогу підвищити рівень досягнення стану «stone free».

Література:

1. Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) versus percutaneous nephrolithotomy (PCNL) or retrograde intrarenal surgery (RIRS) for kidney stones / A. Srisubut, S. Potisat, B. Lojanapiwat [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev. – 2009. – Vol. 7, No. 4. – P. CD007044.
2. Guidelines on urolithiasis. European Urological Association Web site / C. Türk, T. Knoll, A. Petrik [et al.]. – Access mode: http://www.uroweb.org/gls/pdf/22%20Urolithiasis_LR.pdf.
3. Management of lower pole nephrolithiasis : A critical analysis / J.E. Lingeman, Y.I. Siegel, B. Steele [et al.] // J. Urol. – 1994. – Vol. 151. – P. 663-667.
4. Michel M.S. Complications in percutaneous nephrolithotomy / M.S. Michel, L. Trojan, J.J. Rassweiler // Eur. Urol. – 2007. – Vol. 51. – P. 899-906.
5. Nakasato T. Evaluation of Hounsfield Units as a predictive factor for the outcome of extracorporeal shock wave lithotripsy and stone composition / T. Nakasato, J. Morita, Y. Ogawa // Urolithiasis. – 2015. – Vol. 43, No. 1. – P. 69-75.
6. Operating times and bleeding complications in percutaneous nephrolithotomy: a comparison of tract dilation methods in 5,537 patients in the Clinical Research Office of the Endourological Society Percutaneous Nephrolithotomy Global Study / A. Yamaguchi, A. Skolarikos, N.P. Buchholz [et al.] // J. Endourol. – 2011. – Vol. 25. – P. 933-939.
7. Tiselius H.G. Epidemiology and medical management of stone disease / H.G. Tiselius // BJU Int. – 2003. – Vol. 91, No. 8. – P. 758-767.

КОМБІНОВАНЕ ВИКОРИСТАННЯ ОДНОГО СТАНДАРТНОГО ТА МНОЖИННИХ УЛЬТРА-МІНІПЕРКУТАННИХ ДОСТУПІВ У ХВОРИХ НА КОРАЛОПОДІБНИЙ НЕФРОЛІТІАЗ

Савенков В.І., Мальцев А.В., Емець Д.О., Левченко Д.А.

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала», м. Харків

Вступ. Сечокам'яна хвороба зустрічається не менш ніж у 1-10% населення, причому найчастіше на неї страждають люди працездатного віку (30-55 років). [7]. Каміні частіше зустрічаються у чоловічій популяції, але більш тяжкі форми, такі як коралоподібний нефролітаз, спостерігаються переважно у жінок. Питома вага коралоподібного нефролітазу у структурі СКХ становить 4-12%. У 10% таких хворих рецидив настає протягом першого року, а у 50% хворих – у п'ятирічний період [7]. Нелікований коралоподібний нефролітаз може привести до повної втрати функції нирки та сепсису, що загрожує життю [6, 7]. Головним методом лікування коралоподібного нефролітазу є нефролітотрипсія, але для досягнення стану «stone free» необхідним є використання множинного перкутанного доступу. У свою чергу зі збільшенням кількості черезшкірних стандартних доступів зростає травматичність процедури, імовірність геморагічних ускладнень та погіршується функція нирки, особливо у пацієнтів з доопераційною нирковою недостатністю та при наявності супутньої патології у вигляді цукрового діабету, гіпертонічної хвороби тощо [1, 2]. Діаметр робочого каналу відіграє провідну роль та знаходиться у прямо пропорційній залежності з виникненням ускладнень [3]. З появою нових тонких ендоскопів з'явилася можливість зменшити інвазивність процедури. Під час аналізу останніх досліджень та публікацій ми не знайшли жодної роботи про використання ультра-міні перкутанної нефролітотрипсії у структурі лікування коралоподібного нефролітазу, тому зазначена проблема потребує ще більш детального аналізу.

Метою роботи було визначення можливостей та ефективності комбінованого використання одного стандартного та множинних ультра-міні перкутанних доступів у пацієнтів із коралоподібним нефролітазом та провести порівняльну характеристику з множинним стандартним перкутаним доступом.

Матеріали та методи дослідження. На базах: КЗОЗ «Обласний клінічний центр урології та нефрології ім. В.І. Шاپовала», Навчально-наукового медичного комплексу «Університетська клініка» ХНМУ проведено обстеження та лікування 31 хворого на коралоподібний нефролітаз.

Хворі були обстежені клініко-лабораторними та інструментальними методами: оглядова та екскреторна рентгенографія, ультразвукове дослідження (апарат «ВК medical»), комп'ютерна томографія (апарат «Toshiba Aquilion 16»).

Залежно від методу літотрипсії пацієнти були розподілені на дві групи. 15 пацієнтам I групи під інтубаційним наркозом, комбінованим ультразвуковим та рентген наведенням проведено черезшкірну нефролітотрипсію за допомогою одного стандартного доступу з використанням тубуса 24Ch та множинних ультра-міні перкутанних доступів – тубуса 11Ch. Стандартний доступ 24Ch проводився через середню або нижню групу чашок по осі найбільшого діаметру конкременту з урахуванням можливості екстракції основного об'єму каменя через цей доступ. Ультра-міні перкутаний множинний доступ використовувався для літотрипсії, інтерпозиції чашкових відростків

коралоподібного конкременту у поле зору стандартного нефроскопа. Ми використовували від двох до чотирьох ультра-міні перкутанних доступів залежно від знаходження резидуальних фрагментів. Бужування черезшкірного каналу для формування ультра-міні перкутанного доступу проводилося однокроково тefлоновим бужем 10Ch. Ультразвуковий нефролітотрипсія проводилася за допомогою фібро-волоконної оптики діаметром 0,9 мм («PolyDiagnost», Німеччина). Літотрипсія виконувалася за допомогою неодимового (Nd: YAG) лазерного комплексу «Лазурит» з волокном діаметром 300 мкм через ультра-міні перкутанний доступ та за допомогою пневматичної системи «Swiss lithoclast» через стандартний доступ. Нефростомічний дренаж встановлювався лише у місце стандартного доступу.

16 пацієнтам II групи під інтубаційним наркозом та комбінованим ультразвуковим та рентген наведенням проведено черезшкірну нефролітотрипсію з використанням двох або трьох стандартних доступів. Усі доступи проводилися за допомогою стандартного нефроскопа фірми «Karl Storz» (Німеччина) з діаметром зовнішнього тубуса 24Ch, без використання амплаци. Літотрипсія виконувалася за допомогою пневматичної системи «Swiss lithoclast». Після проведення літотрипсії всі доступи дренивалися за допомогою нефростом.

Ефективність операції оцінювали за даними оглядової рентгенографії, комп'ютерної томографії (КТ) та ультразвукового дослідження (УЗД) у ранньому післяопераційному періоді. Критеріями оцінки ефективності методів були: зниження рівня гемоглобіну, рівень цистатину С до та після втручання час флюороскопії, термін перебування пацієнта в стаціонарі, стан «stone free», потреба у нестероїдних протизапальних засобах (НПЗЗ), наявність і вираженість лихоманки, потреба у додаткових маніпуляціях. Ускладнення процедури оцінювалися за модифікованою шкалою Salvien–Dindo. Стан «stone free» ми розглядали, як відсутність клінічно значимих резидуальних фрагментів (≤ 4 мм). Ступінь коралоподібного конкременту визначали за класифікацією Мартова А.Г. (1993). Статистично достовірними вважали відмінності при ступеню надійності $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. Статистично значущої різниці між групами за щільністю та ступенем коралоподібного конкременту не спостерігалось. У I групі середня тривалість операції ($120,4 \pm 15,4$ хв) та інтраопераційного флюороскопічного контролю (250 ± 19 с) були більшими, а середнє зниження гемоглобіну ($25,3 \pm 7,1$ г/л) було нижчим, ніж у II групі ($108,0 \pm 15,1$ хв, $120,0 \pm 18,3$ с, $45,0 \pm 7,3$ г/л, відповідно, $p < 0,01$). Використання одного стандартного та множинних ультра-міні перкутанних доступів було менш травматичним, що потребувало менших доз знеболюючих препаратів у післяопераційному періоді (I група – $290,9 \pm 24,6$ мг декскетопрофену, II група – $383,3 \pm 20,4$ мг декскетопрофену, $p < 0,01$). Різниця концентрацій цистатину С у крові до та після втручання, була нижче у I групі 210 нг/мл, порівнянно з II групою 278,1 нг/мл. Рівень «stone free» у I групі майже не відрізнявся від цього показника у II групі (93,3% і 86,6% відповідно, $p > 0,05$). Разом з тим, статистично значущої різниці у тривалості перебування хворих у стаціонарі не спостерігалось.

У двох пацієнтів II групи через кровотечу процедура була припинена, за для досягнення стану «stone free» через 3 дні проводилася повторна нефроскопія. Чотирьом пацієнтам цієї групи проводилася гемотрансфузія.

Висновки:

1. Комбіноване використання одного стандартного та множинних ультра-міні перкутанних доступів є ефективним, дозволяє знизити травматичність втручання та кількість геморагічних ускладнень.

2. Відсутня необхідність у нефростомічному дрениванні ультра-міні перкутанних доступів, що дозволяє знизити больовий синдром у післяопераційному періоді, особливо при міжреберному доступі.

Література:

1. Comparison of outcomes after percutaneous nephrolithotomy of staghorn calculi in those with single and multiple accesses / T. Akman, E. Sari, M. Binbay [et al.] // J. Endourol. – 2010. – Vol. 24, No. 6. – P. 955-960.
2. Effect of multiple access tracts during percutaneous nephrolithotomy on renal function: evaluation of risk factors for renal function deterioration / A.S. Fayad, M.G. Elsheikh, A. Mosharafa [et al.] // J. Endourol. – 2014. – Vol. 28, No. 7. – P. 775-779.
3. Hegarty N.J. Percutaneous nephrolithotomy requiring multiple tracts: comparison of morbidity with single-tract procedures / N.J. Hegarty, M.M. Desai // J. Endourol. – 2006. – Vol. 20, No. 10. – P. 753-760.
4. Ramello A. Epidemiology of nephrolithiasis / A. Ramello, C. Vitale, M. Marangella // J. Nephrol. – 2000. – Vol. 13, Suppl. 3. – P. 45-50.
5. Rous S.N. Retrospective study of 95 patients with staghorn calculus disease / S.N. Rous, W.R. Turner // J. Urol. – 1977. – Vol. 118. – P. 902.
6. Staghorn calculi – long-term results of management / S. Koga, Y. Arakaki, M. Matsuoaka, C. Ohyama // Br. J. Urol. – 1991. – Vol. 68. – P. 122.

ИННОВАЦИИ В БЕЗДРЕНАЖНОЙ ХИРУРГИИ НЕФРОЛИТИАЗА

Сагалевиц А.И., Возианов С.А., Сергийчук Р.В., Козут В.В., Джуран Б.В., Гайсенюк Ф.З.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика, г. Киев

Введение. Традиционная установка нефростомического дренажа при завершении перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ) является стандартной методикой. Тем не менее, необходимость завершения операции установкой нефростомического дренажа, в ряде случаев, ставится под сомнение многими авторами.

Целью работы явилось установка показаний к выполнению бездренажной мини-ПНЛ (tubeless, total tubeless) и разработка новых методик ее выполнения, основываясь на собственных наблюдениях.

Материалы и методы: На базах кафедры урологии НМАПО им. П.Л.Шупика (Киевская ОКБ, Киевская ГКБ №6) за период 2014-2017 гг. выполнено 512 мини-ПНЛ (мПНЛ). Операция заканчивалась традиционной установкой нефростомического дренажа в 424 (82,8%) случаях, а в 88 (17,2%) случаях без установки перкутанного дренажа (tubeless, total tubeless).

Среди 88 случаев бездренажной (tubeless) мПНЛ, в 31 (35,2%) случаях операция завершалась антеградной установкой мочеточникового JJ-стента по методике Shpall. Данная методика предусматривает предварительную фиксацию контрольных нитей к почечному концу мочеточникового JJ-стента перед его антеградной установкой и выведение их по нефростомическому каналу перкутанно, после установки мочеточникового JJ-стента. Мочеточниковые стенты извлекались наружу перкутанно, через 1-3 суток, путем тракции за контрольные нити мочеточникового JJ-стента.

В 11 (12,5%) случаях выполнение бездренажной (tubeless) мПНЛ завершалась предложенным нами способом (Спосіб бездренажної перкутанної нефролітотрипсії. Патент України № 111092 від 2016р.). В данном случае, после выполнения основного этапа мПНЛ почка дренировалась, ранее установленным (вместо мочеточникового катетера), наружным мочеточниковым моно-J-стентом, с фиксацией к его почечному концу контрольных нитей и выведение последних через перкутанный канал. Мочеточниковые стенты извлекались наружу, через сутки, путем тракции за его уретральный конец, с одновременным извлечением контрольных нитей перкутанно.

В 46 (52,3%) случаях выполнена полностью бездренажная (total tubeless) мПНЛ, предложенным нами способом (Спосіб повністю бездренажної перкутанної нефролітотрипсії. Патент України № 111093 від 2016р.), где в качестве контроля над перкутанным каналом использовалась контрольная нить (пролен №0, длина 100 мм) установленная в мочевыводящие пути. Концы нити выводились перкутанно (по перкутанному каналу) и уретрально, с фиксацией к уретральному катетеру. Нить удалялась вместе с уретральным катетером на следующие послеоперационные сутки.

Критерием исключения для бездренажной и полностью бездренажной мПНЛ служило интраоперационное кровотечение, исходные конкременты почки более 25-30 мм, продолжительность операции более 60 мин, выполнение более одного чрескожного доступа, перфорация ЧЛС почки, наличие резидуальных фрагментов, аномалии почек и ВМП, стриктуры мочеточника, инфравезикальная обструкция (ДГПЖ), большой объем ЧЛС (на фоне исходного гидронефроза).

Результаты. Все бездренажные мПНЛ были выполнены без значимых осложнений (не более Clavien 1) - ни у одного из пациентов не было выявлено урогематомы или послеоперационного кровотечения. Мочеточниковые стенты удалялись на 1-3 сутки (в ряде случаев – в амбулаторном режиме), а в случае полностью бездренажной мПНЛ контрольная нить удалялась на следующие послеоперационные сутки. Отмечено, что в послеоперационном периоде больные без нефростомического дренажа вдвое меньше нуждались в обезболивании. Средние сроки пребывания больных в стационаре после бездренажной мПНЛ составили 1,5 сут., в отличие от больных с перкутанным послеоперационным дренажем, где данный показатель составил 4,1 сут.

Отмечено, что среди применяемых методик наибольший интерес представила методика полностью бездренажной (total tubeless) мПНЛ, с установкой контрольной нити, так как при этой методике нет необходимости использования J-моно и JJ-двойных мочеточниковых стентов, при этом сохраняется полный контроль над перкутанным каналом и полостной системой почки, что в случае необходимости (раннее послеоперационное кровотечение) позволяет установить по перкутанному каналу нефростомический дренаж в ЧЛС почки, с гемостатической целью.

Выводы. Полностью бездренажная мПНЛ, с установкой контрольной нити, является безопасной поцедурой, однако должна выполняться опытным хирургом, с соблюдением всех требований и критериев перкутанной хирургии почек. Данная методика позволяет удешевить

расходы на операцию (не используется мочеточниковый стент), снизить после-операционный болевой синдром, сократить применение обезболивающих препаратов и значительно сократить послеоперационные сроки пребывания больных в стационаре.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАЗЕРНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКА

Стецишин Р.В.

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

Введение. Уролитиаз является в настоящее время одним из наиболее частых заболеваний. Установлено, что примерно 12% мужчин и 6% женщин испытывают по крайней мере один эпизод, связанный с проявлениями мочекаменной болезни [1, 2]. Кроме того, примерно у 50% из них возникает рецидив заболевания в течение ближайших 10 лет. Камни мочеточника при этом встречаются у 80% пациентов с уретеролитиазом, вызывая тяжелую симптоматику, подчас несущую угрозу для жизни пациента [3].

Успехи в использовании эндоскопических технологий, связанные с разработкой ультратонких семиригидных уретероскопов в комбинации с высокочастотными ультразвуковыми и лазерными литотрипторами позволили значительно повысить эффективность и безопасность уретероскопии и контактной литотрипсии в лечении камней мочеточника [4]. По данным различных авторов [5,6] при выполнении ультразвуковой уретеролитотрипсии частота травмы мочеточника различной степени тяжести от незначительных повреждений слизистой до перфорации стенки достигает 15%, а частота ранних и поздних осложнений может достигать 15-30%. В то же время, ряд исследований свидетельствуют о том, что использование лазерной уретеролитотрипсии позволяет снизить частоту осложнений до 1% при эффективности процедуры 97% [7,8].

В связи с вышеизложенным представляется актуальным выявление контингента пациентов с уретролитиазом у которых выполнение «стандартной» ультразвуковой уретеролитотрипсии чревато значительным количеством осложнений и неудач и где лазерная дезинтеграция конкрементов мочеточника будет методом выбора, несмотря на дороговизну метода.

Нами предложен термин «сложного» камня мочеточника. В это понятие мы вкладываем высокую вероятность развития осложнений и неудач при лечении камней мочеточника с использованием «стандартных» методов контактной уретеролитотрипсии, например с использованием современных ультразвуковых литотрипторов.

К сложным камням мочеточника мы относим:

1. Конкременты любых размеров и плотности при локализации в верхней и средней трети мочеточника.
2. Конкременты любых размеров и локализации при плотности свыше 1000 ед. Хаунсфилда.
3. Конкременты любой плотности и локализации при размерах свыше 1 см.

Целью работы явилось уточнение эффективности лазерной уретеролитотрипсии в лечении сложных камней мочеточника.

Материалы и методы. Учитывая достаточно большое количество осложнений и неудач при эндоскопическом лечении сложных камней мочеточника с помощью контактной ультразвуковой литотрипсии, нами у данного контингента больных использована контактная уретеролитотрипсия с помощью лазерного литотриптора Richard Wolf Tower 30+. Данный аппарат создан на основе Holmium: YAG лазера. Главным его преимуществом является способность дезинтеграции конкрементов любой плотности. Пульсирующие гольмиевые лазеры имеют длину волны 2100 нм и передают энергию через кварцевые волокна. Данный лазер подает к конкременту энергию 200 мДж – 4 000 мДж. Мы использовали волокна 270 и 365 мкм, подводя их к камню через семиригидный уретероскоп. Это позволило разрушить камень на очень мелкие фрагменты, имеющие размер, сопоставимый с диаметром волокна. При этом фрагменты камня частично отходили самостоятельно в процессе литотрипсии, частично при извлечении уретероскопа. Фрагменты, остающиеся в просвете мочеточника, как правило, имели диаметр не более 1-2 мм, были клинически не значимыми и отходили самостоятельно на фоне стентирования. Иногда единичные фрагменты камня размерами не более 3 мм извлекали путем захвата щипцами и последующей тракции.

Лазерная контактная литотрипсия выполнена 243 пациентам со сложными камнями мочеточников, которые находились на лечении в клинике урологии ХМАПО на базе КУОЗ

«Областной клинический центр урологии и нефрологии им. проф. В.И. Шаповала». Краткая характеристика больных представлена в таблице 1.

Таблица 1

Общая характеристика пациентов со сложными камнями при лечении с использованием лазерной контактной уретеролитотрипсии

Показатель	Среднее/Абсолютное значение	Интервал/%
Возраст (лет)	48,79±2,05	29-81
Пол		
Мужской	149	61,3%
Женский	94	38,7%
Сторона заболевания:		
Слева	104	42,8%
Справа	121	49,8%
С 2-х сторон	18	7,4%
Размер камня (см)	1,78±0,06	0,8-2,4
Плотность камней (Ед. Хаунсфилда)	1109,38±91,11	752-1680
Локализация камня		
Верхняя треть мочеточника	111	45,7%
Средняя треть мочеточника	60	24,7%
Нижняя треть мочеточника	72	29,6%
Давность заболевания, сутки	14,45±0,57	3-26
Длительность операции, мин	18,14±1,36	12-24
Эффективность процедуры (статус «stone free»)	224	92,2%
Длительность послеоперационного лечения, сутки	5,41±0,16	2-7

Из данных таблицы 1 видно, что возраст больных в данной группе колебался в интервале от 29 до 81 года, в среднем составив 48,79±2,05 лет. Сохранялось соотношение 2:1 в количестве мужчин и женщин 149 (61,3%) против 94 (38,7%). Слева камни были у 104 (42,8%) больных, справа у 121 (49,8%), а у 18 (7,4%) имел место 2-х сторонний уретеролитиаз.

Размеры конкрементов у пациентов со сложными камнями при использовании лазерной контактной уретеролитотрипсии достигали в среднем размеров 1,78±0,06 см, данный показатель находился в интервале от 0,8 до 2,4 см.

У пациентов данной группы конкременты локализовались в верхней трети мочеточника у 111 (45,7%) пациентов, в средней трети у 60 (24,7%) пациентов и у 72 (29,6%) пациентов конкременты локализовались в нижней трети мочеточника.

Давность заболевания у пациентов данной группы составила от 3 до 26 суток, в среднем 14,45±0,57 суток. Длительность операции при использовании лазерной контактной уретеролитотрипсии составила 18,14±1,36 минут, интервал показателя был от 12 до 24 минут. Длительность пребывания на койке после операции больных со сложными камнями в данной группе составила в среднем 5,41±0,16 суток. Эффективность процедуры уретеролитотрипсии у пациентов со сложными камнями мочеточника при использовании лазерного литотриптора была достаточно высокой, составив 92,2% (то есть статус «stone free» был достигнут в 224 случаях из 243). При этом, у 19 пациентов (7,8%) в просвете мочеточника оставались к концу операции мелкие фрагменты, не более 3 мм, отходившие самостоятельно на 3-10 сутки после операции. Данная ситуация ни в одном из случаев не требовала повторных оперативных вмешательств. Ни у одного из пациентов данной группы нами не отмечена миграция конкремента в вышележащие отделы мочеточника.

Обсуждение полученных результатов. В таблице 2 представлены особенности клинической картины заболевания у пациентов со сложными камнями, лечившихся с использованием лазерной контактной уретеролитотрипсии.

Из представленных в таблице данных видно, что давность заболевания до 5 суток имела место у 84 больных, 5 суток и более конкременты в просвете мочеточника находились у 159 человек. При этом с приступами почечной колики, которые не удавалось купировать медикаментозно поступили 45 человек.

Таблица 2

Особенности клинических и лабораторных показателей пациентов со сложными камнями при использовании лазерной уретеролитотрипсии

Клинические и лабораторные показатели больных со сложными камнями мочеточника	Абс.	%
Всего пациентов	243	100
Давность до 5 сут	84	34,6
Давность 5 и больше	159	65,4
Некупируемая колика	45	18,5
Выраженная пиелокаликэктазия	197	81,1
Наличие гиперэхогенной взвеси в просвете чашечно-лоханочной системы	18	7,4
Субфебрильное повышение температуры тела до операции	76	31,3
Фебрильное повышение температуры тела	34	14,0
Ознобы	21	8,6
Снижение артериального давления	17	7,0
Гипертонический криз	11	4,5
Лейкоцитоз, сдвиг формулы	132	54,3
Лейкоцитурия	54	22,2
Пиурия	78	32,1
Азотемия	24	9,9

Выраженное расширение чашечно-лоханочной системы по данным лучевых методов исследования отмечено у подавляющего большинства пациентов со сложными камнями 197 (81,1%). При этом у 18 (7,4%) больных при ультразвуковом исследовании в просвете чашечно-лоханочной системы выявлена гиперэхогенная взвесь, что свидетельствовало о развитии нагноительного процесса. Субфебрильное повышение температуры тела отмечено у 76 (31,3%) больных, а повышение температуры тела до фебрильных цифр имело место у 34 (14,0%) пациентов. Ознобы до оперативного лечения отмечены у 21 (8,6%) пациентов данной группы. Нестабильная гемодинамика со снижением артериального давления имела место у 17 (7,0%) пациентов данной группы, а гипертонический криз с резким повышением артериального давления выявлен у 11 (4,5%) больных.

Лейкоцитоз со сдвигом формулы отмечен более чем у половины больных - 132 (54,3%). Лейкоцитурия, свидетельствовавшая об обострении воспалительного процесса в почках отмечена у 54 (22,2%) больных, а пиурия у 78 (32,1%) пациентов. Азотемия, сопровождавшаяся олигурией и анурией отмечена у 24 (9,9%) пациентов, в основном с 2-х сторонним уретеролитиазом.

Предоперационную подготовку у пациентов данной группы проводили в течение 1-4 суток в зависимости от тяжести состояния и необходимости проведения дополнительных мероприятий. Терапию в предоперационном периоде проводили по общим принципам, применяя антибактериальные препараты широкого спектра действия, дезинтоксикационную терапию, нестероидные противовоспалительные препараты, по показаниям наркотические обезболивающие.

У 58 (23,9%) больных со сложными камнями мочеточника интегральной частью предоперационной подготовки явилась перкутанная пункционная нефростомия. Критериями для продолжения хирургического лечения пациентов после перкутанной нефростомии явились нормализация общего состояния, стабилизация артериального давления, температуры тела, положительная динамика биохимических показателей, анализов крови и мочи.

Использование перкутанной нефростомии под ультразвуковым контролем у пациентов со сложными камнями мочеточника также способствовало оптимизации предоперационной подготовки к выполнению лазерной уретеролитотрипсии, явилось одним из факторов уменьшения количества интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, способствовало снижению риска выполнения оперативного вмешательства.

Нами проведен анализ осложнений и неудач лазерной уретеролитотрипсии при эндоскопическом лечении сложных камней мочеточника (Табл. 3).

Таблица 3

**Интраоперационные осложнения при ультразвуковой и лазерной уретеролитотрипсии
сложных камней мочеочечника**

Вид осложнения	Степень тяжести	Количество
Всего больных		243
Повреждение слизистой	I	6 (2,5%)
Ожог слизистой мочеочечника	I	11 (4,5%)
Итого		17 (7,0%)

Из приведенных в таблице данных видно, что частота интраоперационных осложнений значительно при лазерной уретеролитотрипсии незначительна. Так, повреждение слизистой мочеочечника имело место только у 6 (2,5%) больных. При выполнении лазерной уретеролитотрипсии отмечено такое специфическое осложнение, как ожог слизистой мочеочечника. Оно имело место у 11 (4,5%) пациентов. Данный ожог имел ограниченный характер, не требовал дополнительного лечения или пролонгации установки стента. При этом необходимо отметить, что поздние осложнения не были отмечены ни в одном из указанных случаев. При выполнении лазерной литотрипсии сложных камней мочеочечника нами не отмечено таких осложнений, характерных для ультразвуковой уретеролитотрипсии, как ложный ход, перфорация мочеочечника, кровотечение из стенки мочеочечника с резким ухудшением визуализации операционного поля.

Интраоперационные осложнения при лазерной уретеролитотрипсии отмечены только у 17 (7,0%), причем все эти осложнения не носили тяжелого характера, имели I степень тяжести. Подобная тенденция отмечена и при сравнительном анализе ранних послеоперационных осложнений у пациентов со сложными камнями мочеочечника.

Нами также проведен анализ частоты неудач у 243 пациентов со сложными камнями после лазерной контактной уретеролитотрипсии (Табл. 4).

Таблица 4

Распределение ранних послеоперационных осложнений при лазерной уретеролитотрипсии

Характер неудачи	Абсолютная величина	%
Миграция камня при литотрипсии	7	2,9%
Миграция камня при экстракции	16	6,6%
Всего неудач	23	9,5%
Всего больных	243	100%

Из данных, представленных в таблице видно, что при лечении сложных камней с использованием лазерной литотрипсии невозможность достижения статуса "stone free" имела место у только у 23 (9,5%) из 243 пациентов.

Причиной неудач явилась миграция камня (или его фрагментов) у 7 (2,9%) человек. При экстракции фрагментов их миграция имела место у 16 (6,6%) больных. При этом во всех случаях размер фрагментов был настолько мал, что у всех пациентов в послеоперационном периоде отмечена их спонтанная элиминация, ни в одном из случаев не требовалось выполнения повторных уретероскопий или каких-либо иных вмешательств.

Выводы. Таким образом, использование лазерной контактной уретеролитотрипсии способствует улучшению результатов лечения сложных камней мочеочечника, снижению количества интраоперационных, ранних и поздних послеоперационных осложнений. Использование данного метода в лечении сложных камней мочеочечника также способствовало более гладкому течению послеоперационного периода, позволило снизить затраты на лечение, сократить длительность пребывания больного в клинике и сроки реабилитации пациентов указанной категории.

Литература:

1. Боржівський А.Ц. Сучасні алгоритми лікування хворих на сечокам'яну хворобу. // Урологія. – 2005. - №2. - С. 39-42.2.
2. Серняк Ю.П., Рошин Ю.В. Современные методологические подходы к лечению камней мочеочечника. // Архив клинической и экспериментальной медицины. - 2013. - том 14, №1. - С. 51-54.
3. Hubner, W. A., Irby, P., Stoller, M. L. Natural history and current concepts for the treatment of small ureteral calculi. //Eur Urol. – 2013. – Vol.24. – P.172.
4. Anagnostou T, Tolley D. Management of ureteric stones EurUrol: 2014 Jun; 46 6 : 714-21.
5. Hofer M, Watterson JD, Wollin TA, Nott L, Razvi H, Denstedt JD. Holmium YAG Laser lithotripsy for upper urinary tract calculi in 598 patients, J. Urol 2012 Jan; 16 (1): 31-4.

6. Rofeim O, Yohanners P, Badhani GH. Does Laparoscopic ureterolithotomy replace shock-wave lithotripsy or ureteroscopy for ureteral stones ? Curr Opin Urol. 2011 May; 11 (3): 287-91.
7. Segura JW, Preminger GM, Assimos DG, Dretler SP, Kahn RI, Lingeman JE et al. Ureteral stones clinical guidelines panel summary report on the management of ureteral calculi. The American Urological Association. J Urol. 2013 Nov; 158 (5): 1915-21.
8. Strohmaier WL, Schubert G, Rosenkranz T, Weigl A. comparison of extracorporeal shock wave lithotripsy and ureteroscopy in the treatment of ureteral calculi: a prospective study. Eur Urol. 2009 Nov; 36 (5): 36-9.

БІОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНОЇ ВТОРИННИМ ХРОНІЧНИМ ПІСЛОНЕФРИТОМ, ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ МЕТОДОМ ДИСТАНЦІЙНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ЛІТОТРИПСІЇ В КОМПЛЕКСІ З ОЗОНОТЕРАПІЄЮ НА РІВНІ ПРО-ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ

Федорук О.С., Візнюк В.В., Степан В.Т., Владиченко К.А.

ДВНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Урологічне поняття сечового конкременту визначається як конкремент, який є симптоматичним, тобто викликає обструкцію або становить загрозу для виникнення вторинного пієлонефриту як одного з ускладнень. А за даними ряду авторів в 90-100% випадків, пієлонефрит супроводжує СКХ та відноситься до числа найбільш частих його ускладнень.

Метою нашого дослідження є вивчення стану про- та антиоксидантної системи організму у хворих на сечокам'яну хворобу, ускладнену вторинним хронічним пієлонефритом, при оперативному лікуванні методом дистанційної літотрипсії в комплексі з озонотерапією.

Обстежено 32 хворих (12 чоловіків та 20 жінок) із СКХ, ускладненою хронічним пієлонефритом, які перебували на стаціонарному лікуванні. Вік хворих коливався в межах 20 – 45 років. Діагноз підтверджений з допомогою лабораторних та інструментальних методів дослідження (УЗД, оглядова та екскреторна урографія).

Хворих розподілено на 2 групи: 1 група – 17 хворих, яким проводили традиційну антибактеріальну, протизапальну та дезінтоксикаційну терапію. 2 група – 15 хворих, яким проводили антибактеріальну, протизапальну та дезінтоксикаційну терапію в комплексі із озонотерапією. 3 група (контрольна) – соматично здорові люди, віком 20-45 років.

Озонотерапія проводилася з допомогою апарату «Бозон – Н», методом внутрішньовенних інфузій озонованого розчину NaCl 0,9% 200 мл № 7 щодня при цьому концентрація озону в розчині складала від 1,5 до 7,0 мг/л. В/в введення озонованого розчину проводили через 3-5 хв. після його отримання.

Показники стану про- та антиоксидантної систем визначали за наступними методиками: дієнових кон'югатів (ДК) та малонового альдегіду (МА) – за методикою І.Ф.Мещишена; глутатіону відновленого (ГВ) – за методикою О.В. Травникової у модифікації І.Ф.Мещишена та І.В.Петрової; каталази – за методикою М.А.Корольок та Л.І. Іванової.

Проведені дослідження стану прооксидантної системи крові показали, що до початку лікування у першій ($2,76 \pm 0,06$ Е 232/мл крові, $p < 0,01$) та другій ($2,92 \pm 0,04$ Е 232/мл крові, $p < 0,01$) групах спостерігали вірогідне збільшення ДК порівнюючи з контрольною групою ($2,46 \pm 0,06$ Е 232/мл крові). Відповідно і показники МА становили вірогідно вищі величини в першій ($3,23 \pm 0,07$ мкмоль/л) та другій ($3,42 \pm 0,07$ мкмоль/л) групах у порівнянні з контролем ($3,28 \pm 0,07$ мкмоль/л). Отримані результати вказують на зміщення балансу у бік надмірної активації прооксидантної системи. Під час проводимої терапії продовжувалось зростання даних показників в першій та другій групах: ДК $2,99 \pm 0,18$ ($p < 0,02$) та $3,06 \pm 0,06$ ($p < 0,01$) Е 232/мл крові; та МА $3,43 \pm 0,23$ та $3,45 \pm 0,07$ мкмоль/л відповідно. Але на 7 добу терапії дані показники в першій групі вірогідно знизилися (ДК - $2,56 \pm 0,06$ Е 232/мл крові, МА - $3,22 \pm 0,07$ мкмоль/л), та найбільше зниження показників спостерігалось в другій групі (ДК - $2,49 \pm 0,06$ Е 232/мл крові ($p < 0,01$), МА - $3,20 \pm 0,07$ мкмоль/л) у порівнянні з контролем.

Високу активність ферментів антиоксидантної системи, а саме каталази (К) (І група - $15,13 \pm 0,43$ ммоль/1гHb за 1хв., II група - $15,19 \pm 0,43$ ммоль/1гHb за 1хв.) ($p < 0,05$) та ГВ (І група – $0,81 \pm 0,02$ ммоль/л, II група – $0,81 \pm 0,02$ ммоль/л) ($p < 0,01$) до початку лікування встановлено в досліджуваних групах в однаковій мірі у порівнянні з контрольною групою (каталаза - $14,67 \pm 0,43$ ммоль/1гHb за 1хв.; ГВ - $0,79 \pm 0,02$ ммоль/л). В 2 групі після початку терапії в комплексі з озонотерапією відмічено зростання показників антиоксидантної системи (каталаза - $17,85 \pm 0,43$ ммоль/1гHb за 1хв; ГВ - $0,83 \pm 0,02$ ммоль/л, $p < 0,02$), та на 7 добу лікування рівень досліджуваних показників вірогідно

знизився в 2 групі (каталаза - $14,47 \pm 0,43$ ммоль/1гНб за 1хв., $p < 0,05$); ГВ - $0,77 \pm 0,02$ ммоль/л, $p < 0,01$) у порівнянні з першою (каталаза - $15,01 \pm 0,43$ ммоль/1гНб за 1хв; ГВ - $0,79 \pm 0,02$ ммоль/л) та контролем (каталаза - $14,67 \pm 0,43$ ммоль/1гНб за 1хв; ГВ - $0,80 \pm 0,02$ ммоль/л).

У відповідь на в/в введення озонованого розчину, в тканині нирок відбувається компенсаторне підвищення активності ферментів антиоксидантної системи та продуктів перекисного окислення ліпідів. Активізація ферментних та неферментних антиоксидантних систем організму спричинює зниження досліджуваних показників на 7 добу лікування даних хворих.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОЛИТОТОМИЯ: РАННИЕ И ПОЗДНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Шамраев С.Н., Черноус В.А., Шамраева Д.Н.

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

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

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Цель исследования - оценить трехлетние результаты лапароскопической пиелолитотомии в сравнении с открытым вмешательством.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ клинических данных 192 пациентов, перенесших пиелолитотомии на базах кафедры урологии ДонНМУ имени М.Горького (до 2015г.) и отдела эндоурологии и литотрипсии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» (2015-2016гг.). За период 2008-2016гг. выполнено 45 (23,6%) открытая пиелолитотомия (ОПЛТ) - 1 группа пациентов и 147 (76,4%) – лапароскопическая пиелолитотомия (ЛПЛТ) - 2 группа. Мужчин было 90 (46,9%), женщин – 102 (53,1%). Пациенты обследованы согласно стандартам урологической помощи (Приказ МОЗ Украины № 330). В послеоперационном периоде больные получали антибиотикотерапию согласно данным посева мочи. Дренажи удаляли по достижению дебита менее 25 мл. Через 6 мес после операции обследованы 112 (58,3%) пациентов, через 1 год – 102 (52,1%), через 3 года – 83 (43,2%). Осложнения оценивали по унифицированной системе хирургических осложнений (Clavien-Dindo, 2007). Хорошим результатом операции считали – отсутствие de novo камнеобразования в лоханке оперированной почки, отсутствие обструкции верхних мочевых путей на стороне удаленного камня ($RI > 0,7$), нормальный уровень креатинина плазмы крови, отсутствие обострений хронического пиелонефрита. Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с использованием методов вариационной статистики, реализованная пакетом программ Medstat, Statistica 8.0. и Excel.

Результаты исследования. У всех пациентов группы лапароскопии применяли трансабдоминальный доступ, при открытом вмешательстве – забрюшинный люмботомический доступ. У 32 (21,8%) пациентов второй группы ЛПЛТ комбинировали с чрестроакарной эндопиелолитозэкстракцией с помощью гибкого нефроцистоскопа 14 Ch. Достоверные различия исследуемых групп отмечены по следующим показателям: интраоперационная кровопотеря в 1 гр. составила 270 ± 12 мл против 50 ± 10 мл во 2 гр.; длительность послеоперационной госпитализации и уровень послеоперационных осложнений во 2 гр. был на 60% и 62% меньше по сравнению с 1 гр. (соответственно, $4,8 \pm 0,9$ против 12 ± 2 сут ($p < 0,05$), и 4% против 66% ($p < 0,01$)). Хороший результат у пациентов 2 гр. (ЛПЛТ) достигнут в 97% наблюдений, что на 61% превышает данный показатель 1 гр. (ОПЛТ) – 36%. Полученные данные соответствуют современным данным литературы. Так, например, Janeschek et al. (2013) доложил о ретроспективном анализе 26 исследований (case-control) с общим числом наблюдений 248 (за период с 1998 по 2011гг.): размеры удаленных камней лоханки варьировали от 13 до 55 мм, время операций – от 90 до 145 мин, кровопотеря – от 50 до 150 мл (в среднем 77 ± 42 мл), Stone-Free-Rate – от 71 до 100% (в среднем $93 \pm 8\%$). При этом, у 64 (25,8%) пациентов выполнена лапароскопическая (ЛСК) нефролитотомия, у 52 (21,0%) – сочетание доступа к камню в виде нефро- и пиелолитотомии, в оставшихся 132 (53,2%) наблюдениях – ЛСК пиелолитотомия.

Выводы. ЛПЛТ, при меньшем количестве осложнений (4%) по сравнению с ОПЛТ (66%), технически выполнима в условиях оснащенного урологического отделения, отвечает требованиям современной функциональной хирургии и должна рассматриваться в первую очередь перед открытым хирургическим вмешательством, если пациент не подлежит эндоскопическому лечению по поводу МКБ. ЛПЛТ может рассматриваться в редких клинических случаях, когда перкутанная

нефролитолапаксия, дистанционная литотрипсия или ретроградная интрапочечная хирургия конкрементов – ожидаемо будет малоэффективна за одну процедуру. Современными показаниями могут быть случаи сложной анатомии (камень в переднем дивертикуле почки, необходимость резекции полюса почки, тазовая дистопия почки, солитарный коралловидный конкремент 1-2 степени, большая экстрапаренхиматозная лоханка почки) или необходимости сопутствующей коррекции пиело-уретерального сегмента, аномалий скелета у пациента с нефролитиазом, сочетании нефролитиаза с ХПН 2-3 степени, а также при неуспехе предыдущего эндоскопического пособия или нежелании пациента ему подвергнуться. Особым показанием к ЛПЛТ может служить социально-экономическая необходимость, требующая разрешения клинической проблемы за одну лечебную сессию. Обязательным этапом ЛПЛТ следует считать чрестроакарную эндопиелоскопию с возможной литоэкстракцией для достижения большего послеоперационного Stone-free уровня.

СИМПТОМИ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ

ГИПЕРАКТИВНОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ – СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ

Антонян И.М., Туренко И.А., Бухмин А.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Расстройства мочеиспускания у детей, так же как и у взрослых, столь интимная проблема, что родители часто скрывают данный недуг и ребёнок длительное время остаётся без наблюдения врача и оказания необходимой помощи. Причины нарушения мочеиспускания у детей, которые заставляют родителей обратиться к врачу, разнообразны. Это инфравезикальная обструкция - гипоспадия, клапан уретры; инфекция мочевыделительных и половых путей (ИМП) - пиелонефрит, цистит, баланопостит, вульвовагинит и нейрогенные расстройства мочеиспускания. Наиболее частый вариант нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей это гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) [1,2,3,4].

Уродинамические нарушения формируют и характерную клиническую картину при гиперрефлекторном мочевом пузыре у детей которая включает в себя синдром императивного мочеиспускания, поллакиурию, императивные позывы, императивное недержание мочи в сочетании с энурезом.

Нами был проведен анализ детей, находившихся на лечении в клинике детской урологии ХМАПО и отделении психоневрологии института ОЗДП АМН Украины, где проходили лечение дети с различной пограничной патологией.

Материалы и методы. С 2012 по 2017 гг. под нашим наблюдением походили лечение 196 детей, страдающих гиперактивной дисфункцией мочеиспускания. Подавляющее большинство пациентов были девочки 163 (83,2%); у мальчиков ГАМП диагностирован в 33 (16,8%) наблюдениях. Возраст детей составил: 5-7 лет - 36 (18,4%); 8 - 12 лет - 62 (31,6%); 13-17 лет - 98 (50%).

Всем детям проводилось общепринятое урологическое обследование, регистрация ритма и объема мочеиспускания и определение остаточной мочи ультразвуковым методом. При диагностике гиперактивного мочевого пузыря мы учитывали возрастные особенности акта мочеиспускания у детей, а именно:

- Новорожденные и дети до 3-х месяцев мочатся – 25-30 раз в сутки
- Дети 1-го года - 16 раз в сутки
- Дети 3-х лет – 10 раз в сутки
- Дети 10-16 лет – 8 раз в сутки

При этом необходимо помнить, что количество посещений туалета зависит от конкретных обстоятельств, в которых находится ребенок [6]. В общей сложности поллакиурия наблюдалась у 68 (34,7%) пациентов.

Императивные позывы к мочеиспусканию в нашем наблюдении отмечались у 57 (29,1%) детей. При этом при возникновении позыва к мочеиспусканию для мальчиков было характерным потягивание за половой член, а для девочек внезапное приседание на корточки. Такая реакция объясняется подсознательным использованием бульбо-кавернозного рефлекса с целью подавить внезапную активность детрузора.

Характерным проявлением ГАМП у детей является ночное недержание мочи [7], что в нашем исследовании наблюдалось у 31 (17,7%) ребёнка.

У детей дошкольного возраста при гиперрефлексии детрузора наблюдаются выраженные расстройства уродинамики, обусловленные внутрипузырной гипертензией [5]. Следствием этого у ряда пациентов возникает пузырно - мочеточниковый рефлюкс, который наблюдался у 15 (8,5%) больных и рецидивирующая инфекция мочевых путей, отмеченная в 37 (21,1%) случаях. При этом у детей после ликвидации инфекции длительное время могут сохраняться императивные позывы, что в свою очередь требует назначения специфической терапии ГАМП.

Для развития нормальной функции удержания мочи и ритма суточного мочеиспускания необходимо выполнения ряда факторов среди которых основными являются:

- Развитие нормальной ёмкости мочевого пузыря
- Функциональное созревание сфинктера уретры
- Формирование рефлекторно - волевого контроля над пузырно-уретральной функцией [8].

Условия, при которых происходило формирование мочеиспускания важны, особенно это касается анамнеза первых лет жизни.

Решающую роль при формировании мочеиспускания играют родители. Важно своевременно приучить ребёнка к горшку, правильно использовать памперсы, которые в раннем возрасте существенно облегчают уход за ребёнком. Сегодня, к сожалению, всё чаще приходится иметь дело с родителями, которые привыкли к применению памперсов и поздно отказываются от них. Это в свою очередь приводит к нарушению и запоздалому формированию рефлекса мочеиспускания для которого важно наличие у ребёнка так называемой реакции на дискомфорт. В обычных условиях ребёнок чувствует, что он мокрый, реагирует беспокойством, и тем самым учится контролировать мочеиспускание, сдерживать позывы, что формирует достаточный объём мочевого пузыря.

При анализе функциональных расстройств мочеиспускания у взрослых было показано, что более чем в 25% наблюдений патологическая модель мочеиспускания сформировалась в детском возрасте [1].

Характерными патологическими особенностями мочеиспускания детского возраста, приводящими к нарушению опорожнения мочевого пузыря в дальнейшем, являются частые мочеиспускания т.е. не сдерживание лёгких и средних позывов, стремление реализовать каждый позыв к мочеиспусканию. В конечном результате это приводит к уменьшению физиологической ёмкости мочевого пузыря.

Следующим фактором является вредная привычка передерживать мочу. Возникает она вследствие нежелания прервать игру или когда ребёнок “спешит мочиться” - мочится лишь в том минимальном объёме, который снижает позыв, оставляя большой объём мочи в мочевом пузыре. Кроме этого, для девочек характерно “ленивое мочеиспускание”, когда внутрипузырное давление, необходимое для выделения мочи, создаётся за счёт мышц брюшного пресса, а не за счёт сокращения детрузора.

У старших детей происходит формирование вредных привычек: мочиться на всякий случай, мочиться за компанию и т.д. Поведение человека подчиняется воле мочевого пузыря. В этой связи начальным видом лечения большинства функциональных расстройств является «поведенческая терапия» направленная на отказ от вредных привычек [1].

В настоящий период времени выделяют следующие подходы к лечению ГАМП у детей:

- Поведенческая терапия
- Фармакотерапия, которая считается классической в контексте спектра всех видов лечения. Сочетание ее с другими видами консервативной терапии является оптимальным.
- Метод биологической обратной связи.
- Физиотерапия.

В настоящее время для фармакотерапии ГАМП применяются в основном препараты, блокирующие связывание ацетилхолина с мускариновыми рецепторами, находящимися в стенке МП [9]. Это препятствует возникновению непроизвольных сокращений детрузора и уменьшает симптомы urgency, учащенного мочеиспускания и urgency инконтиненции [10]. Помимо МП как М2-, так и М3-рецепторы локализируются в других тканях организма. М2-рецепторы обнаруживаются в ЦНС, сердце и желудочно-кишечном тракте, а М3-рецепторы – в слезной железе глаза, слюнных железах, желудочно-кишечном тракте и гладкой мускулатуре сосудов.

Так как антимускариновые препараты блокируют мускариновые рецепторы во всех тканях, где они расположены, это может привести к таким побочным явлениям, как запоры, сухость во рту, нарушения зрения и т. п. Снизить частоту возникновения побочных эффектов позволило появление селективных препаратов, воздействующих исключительно на М3-рецепторы. В настоящее время на фармацевтическом рынке существует достаточное количество антимускариновых средств, как неселективных (оксибутирин, толтеродин, тропия хлорид, пропиверин), так и селективных (солифенацин, дарифенацин).

Одним из наиболее часто применяемых при ГАМП препаратов у взрослых в настоящее время является солифенацин. Однако наш опыт показывает положительное влияние солифенацина и на пациентов детского возраста.

Основной курс лечения солифенацином в дозе 5 мг 1 раз в сутки, проведен у 98 пациентов. Общий курс лечения составил 4-6 недель.

Через 2 недели после начала терапии поллакиурия прекратилась у 41 (70,7%), а через 6 недель у 46 (79,3%) детей. При наличии императивных позывов лечение через 2 недели было эффективным у 23 (48,9%) детей, а к 6 неделе число положительных результатов возросло до 38 (80,8%). На фоне лечения ночное недержание мочи прекратилось у 26 (83,9%), однако курс лечения при этом был

более длительным от 1 до 3 месяцев. У 35 (94,6%) детей ранее имевших частые обострения ИМП прекратились рецидивы. После проведения курса лечения в 10 (66,7%) случаях ликвидирован ПМР.

Выводы. Солифенацин (Везикар) подходит для лечения ГАМП у детей, сочетая в себе доказанную безопасность и высокое качество субстанции и доступную стоимость курса. Высокая эффективность, хорошая переносимость, позволяет рекомендовать препарат солифенацин (Везикар) для терапии ночного недержания мочи, связанного с гиперактивным мочевым пузырём.

Литература:

1. Пугачев А.Г. Ромих В.В. Алферов С.Н. Клинические особенности функциональных нарушений мочеиспускания в детском возрасте. Лечащий врач, №9, 2004, с. 32–35.
2. Bauer S., Koff S.A., Jayanthi V.R. Voiding dysfunction children and non-neurogenic. Lun.: Walsh PS et al., ed. Campbell's Urology. 8th ed. Philadelphia Penna: WB Saunders Co; 2002: 2231–2283.
3. Vega-PJM, Pascual L.A. High-pressure bladder: an underlying factor mediating renal damage in the absence of reflux? BJU. Int, 2001, 4, 87(6), p 581–584.
4. Castro J., Soares E., Casimiro A., Nogueira G. Bladder malfunction, urinary infection and vesicoureteral reflux in children. Acta Med Port 1998, 7, 11(7), p 635–642.
5. Бадяева С.А., Кольбе О.Б., Кузнецова Н.И., Лабутина Н.В., Моисеев А.Б., Петросова С.А., Сазонов А.Н. Оценка эффективности применения препарата оксibuтинин у детей с гиперактивным мочевым пузырем. Педиатрия, №4 2006.
6. Возианов А.Ф., Сейсмивский Д.А., Бекмуратов У. Болезни мочевого пузыря у детей. - К.: Здоров'я, 1992. - 216 с.
7. Казанская И.В. Отпущенникова Т.В. Энурез: классификация, причины, диагностика и лечение // Вопр. совр. педиатрии. – 2003. - №3. – С. 68–70.
8. Вишневский Е.Л., Лоран О.Б., Вишневский А.Е. Клиническая оценка расстройств мочеиспускания. М., Тера, 2001, с 48–56.
9. Salvatore S, Soligo M, Proietti F, et al. Overactive bladder syndrome: considerations in pharmacotherapy and new perspectives. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005;120:129–33.
10. Dmochowski RR, Appell RA. Advancements in pharmacologic management of the overactive bladder. Urology 2000;56(Suppl. 6A):41–49.

СОПУТСТВУЮЩИЕ УРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ЭНУРЕЗЕ У ДЕТЕЙ

Бухмин А.В.¹, Туренко И.А.¹, Россихин В.В.¹, Кривошей А.В.¹, Суманов С.В.¹,

Михайлова Э.А.², Матковская Т.Н.²

¹ Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

² ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков
Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков

За последние 8 лет обследовано 520 детей, больных энурезом, в возрасте от 2 до 14 лет. Девочек было 298 (до 3 лет - 5, от 3 до 7 - 153, от 7 до 14 - 112), мальчиков - 222 (до 3 лет - 6, от 3 до 7 - 57, от 7 до 14 - 159).

У всех детей энурез выступал как проявление невроза, возникшего под влиянием тех или иных психотравмирующих факторов (невротический энурез) или как неврогенное расстройство, связанное с легкими остаточными явлениями внутриутробного или постнатального органического поражения головного мозга (особенно дизэнцефальных структур) инфекционной, травматической, интоксикационной этиологии (неврозоподобный энурез).

Обследование проводилось с помощью общепринятых клинических, лабораторных, ультразвуковых, рентгенорадиологических и специальных методов. Назначался общий анализ крови, производилось определение остаточного азота, мочевины, при необходимости изучались электролиты крови. Моча исследовалась с помощью двустаканной пробы. Скрытая лейкоцитурия выявлялась по методике Нечипоренко. Определялись активные лейкоциты. Проводили пробу Зимницкого. Методом посева мочи подсчитывали микробное число, исследовали вид микрофлоры и ее чувствительность к антибактериальным препаратам. Производили анализ кала и соскоба из анальной области на яйца глист. Рентгенорадиологическое исследование включало обзорную и экскреторную урографию, микционную уретроцистографию. При наличии признаков заболеваний нижних мочевых путей производили цистоскопию, а при подозрении на стенозирование уретры - калибровку ее.

У 298 обследованных девочек выявлены следующие заболевания: цистит - у 197 (65,8%), стенозы уретры - у 29 (10%), пиелонефрит - у 18 (6%), энтеробиоз - у 12 (4%), вульвовагинит - у 10 (3,4%), пузырно-мочеточниковый рефлюкс - у 10 (3,4%), дивертикул мочевого пузыря, - у 3 (1%) и нейрогенная дисфункция мочевого пузыря - у 3 (1%). У 16 девочек (5,4%) каких-либо заболеваний мочеполовой системы выявлено не было.

Из 222 обследованных мальчиков фимоз выявлен у 6 (2,7%), стриктура уретры - у 4 (1,8%), цистит у 7 (3,2%), камни мочевого пузыря - у 3 (1,4%), пузырно-мочеточниковый рефлюкс - у 2 (0,9%). У остальных 197 мальчиков (90%) заболеваний мочеполовой системы выявлено не было и энурез был расценен как первичный.

При обследовании 440 детей, страдающих различными урологическими заболеваниями, энурез выявлен только у 13 (2,9%) детей. Среди 30 больных почечнокаменной болезнью и 26 детей с врожденными аномалиями почек и мочеточников не было ни одного ребёнка с энурезом.

У 28 больных, у которых энурез сочетался с дневным неудержанием мочи при урологическом обследовании, обнаружен хронический цистит.

При контрольной цистоскопии, проведенной нами после лечения, отмечалось уменьшение или исчезновение признаков воспаления в мочевом пузыре. Заметно уменьшалось дневное неудержание мочи вплоть до полного исчезновения. Клинические признаки заболевания коррелировали с данными цистоскопии. Закономерного влияния хронического цистита на энурез установлено не было.

Таким образом, частота энуреза при различных урологических заболеваниях не превышает таковой среди здоровых детей (по нашим данным, энурез встречается у 3,7% детей школьного возраста г. Харькова). При этом, подтверждается необходимость детального обследования мочеполовой системы у детей с любыми формами энуреза в условиях урологического стационара. В большей степени это относится к энурезу у девочек, который в подавляющем большинстве случаев является вторичным и обусловлен заболеваниями мочеполовой системы.

КЛАСИФІКАЦІЯ СТРЕСОВОГО НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ЖІНОК

Горовий В.І., Капшук О.М., Яцина О.І., Трифонюк Л.Ю., Горовий О.В.

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Вступ. Згідно з рекомендаціями комітету по стандартизації термінології Міжнародного товариства з вивчення утримання сечі (ICS) під нетриманням сечі розуміють будь-яке мимовільне (неконтрольоване вольовими зусиллями та не зв'язане з бажанням пацієнта) виділення сечі [10]. Кожна четверта жінка після 30 років відмічає симптоми нетриманням сечі [6,7,15,16,19,23]. ICS виділяє наступні види нетримання сечі у жінок: стресове (раніше нетримання сечі при напруженні), імперативне (ургентне), змішане, енурез (нічне нетримання сечі), постійне та інші види нетримання сечі, які можуть бути ситуативними (під час статевих зносин, сміху) [10]. Частота стресового нетримання сечі (СНС) серед усіх видів нетримання сечі становить 50-80% [1,6,7,12]. Визначення СНС представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Визначення стресового нетримання сечі у жінок за даними ICS [10, 29]

Вид нетримання сечі	Симптом	Ознака	Уродинамічне дослідження
Стресове нетримання сечі	Скарга на мимовільне виділення сечі при фізичному напруженні, чханні чи кашлю	Спостереження мимовільного виділення сечі із уретри при фізичному напруженні, чханні чи кашлю	Мимовільне виділення сечі із уретри при підвищенні внутрішньоміхурового тиску та за відсутності скорочень детрузора

Мета дослідження – представити нову класифікацію СНС, яка б задовольняла вимоги практичних урогінекологів, була простою та зручною у використанні.

Матеріал і методи. Сучасні класифікації стресового нетримання сечі враховують дані об'єктивного, рентгенологічного та уродинамічного обстеження. Популярними були та залишаються 3-х ступеневі клінічні класифікації СНС, які були запропоновані у свій час як урологами, так і гінекологами [4,5,20,22]. У зв'язку з нечіткістю визначення різниці між I та II ступенями цих класифікацій через суб'єктивне визначення тяжкості фізичного навантаження рекомендуємо користуватись 2-х ступеневою клінічною класифікацією СНС за Тетрадовим [9], згідно якій при I ст. жінка втрачає сечу лише у стоячому положенні, а II ст. – у стоячому та лежачому. Міжнародна класифікація СНС за Blaivas J.G., Olsson C.A. [13], побудована лише на рентгенологічних даних та не враховує уродинамічні показники і пролапс тазових органів, який часто супроводжує СНС. Класифікація СНС за McGuire et al. [21], базується на рентгенологічних та уродинамічних даних. Для практичного застосування пропонуємо власну класифікацію СНС (табл. 2), яка є модифікованою класифікацією Ganabathi K. et al. [17] та враховує як клінічні прояви СНС, пролапс тазових органів, так і уродинамічні дані.

Класифікація стресового нетримання сечі за ступенем тяжкості захворювання

I ступінь. Нетримання сечі виникає лише у вертикальному (стоячому) положенні.

II ступінь. Нетримання сечі виникає як у вертикальному, так і в горизонтальному (лежачому) положеннях.

Таблиця 2

Класифікація СНС за даними клінічного та уродинамічного обстеження

Тип	Характеристика
0	Типові ознаки гіпермобільності уретри (Q-тір або паличковий тест) при напруженні, але без документального (візуального) підтвердження нетримання сечі незважаючи на проведені проби (стрес-тест, проба Вальсальви). Відсутній пролапс тазових органів
I	Типові ознаки гіпермобільності уретри при напруженні з документальним (візуальним) підтвердженням нетримання сечі, але без пролапсу тазових органів
II А	Стресове нетримання сечі (як при типі I) з наявністю пролапсу тазових органів у межах піхви (вагінального кільця)
II Б	Стресове нетримання сечі (як при типі I) з наявністю пролапсу тазових органів за межі піхви (вагінального кільця)
III	Недостатність функції сфінктерного апарату уретри без гіпермобільності уретри та пролапсу тазових органів. Звичайно відмічається виражене нетримання сечі при мінімальному напруженні
III А	Недостатність функції сфінктерного апарату уретри з гіпермобільністю уретри та наявністю пролапсу тазових органів у межах піхви (вагінального кільця)
III Б	Недостатність функції сфінктерного апарату уретри з гіпермобільністю уретри та наявністю пролапсу тазових органів за межі піхви (вагінального кільця)

Гіпермобільність уретри (підвищену рухливість шийки сечового міхура та проксимального відділу уретри) визначають також за даними цистографії, УЗД, МРТ та КТ. В класифікації для типів ІА, ІБ, ІІА та ІІБ потрібно вказати який пролапс тазових органів має місце (уретроцеле - опущення передньої стінки піхви лише із уретрою, цистоцеле – опущення передньої стінки піхви із сечовим міхуром, уретроцистоцеле - опущення передньої стінки піхви із сечовим міхуром та уретрою, метроцеле – опущення матки, ентоцероцеле – опущення очередини з її вмістом на рівні склепіння піхви, ректоцеле – опущення задньої стінки піхви) [7,16,23]. При типах ІІБ та ІІБ крім виконання антистресової операції пацієнтці необхідно усунути також і пролапс тазових органів. Недостатність сфінктерного апарату уретри, яка пов'язана з пошкодженням сфінктерного апарату уретри під час попередніх хірургічних втручань на піхві (у тому числі антистресових), тазових органах, у результаті перенесених травматичних пологів, променевої терапії, нейрогенних уражень, гормональних змін чи уродженою недостатністю сфінктерного апарату уретри визначають за даними уродинамічного дослідження: виявляють низькі показники затульного тиску уретри, абдомінального порогового тиску підтікання сечі (ALPP) та зворотного тиску уретри (URP). Останні два показники ми отримуємо за допомогою портативної уродинамічної системи Gynecare MoniTor (Johnson & Johnson) [3,7]. Виявлення недостатності сфінктерного апарату уретри важливе для вибору методу хірургічного лікування. Якщо при типах 0, I, ІА стресового нетримання сечі достатньо відновити розташування шийки сечового міхура та проксимального відділу уретри у високому залонному положенні (залонні кольпопексії та кольпосуспензії), то при недостатності сфінктерного апарату уретри (тип ІІІ, ІІІА, ІІІБ) необхідно підвищити внутрішньоуретральний тиск шляхом стиснення уретри за допомогою субуретральних слінгів (залонних чи трансобтураторних), ін'єкцій об'ємоморфуючих препаратів у підслизовий шар уретри або ж встановлення штучного сфінктера уретри. Тип ІІБ вимагає хірургічної корекції пролапсу одночасно із антистресовою операцією (застосовують абдомінальні "підвішуючі" піхву кольпосуспензії та кольпопексії чи субуретральні слінги). Загальною тенденцією сьогодні є виконання субуретрального слінгу навіть при типах 0, I, ІА СНС тому, що не завжди за допомогою уродинамічних досліджень вдається достовірно встановити недостатність сфінктерного апарату уретри і немає гарантії, що цей стан не виникне після "підвішуючих" піхву та проксимальний відділ уретри операцій.

В Україні гінекологи користуються як Міжнародною 4-х ступеневою класифікацією пролапсу тазових органів, так і 3-х ступеневою за Маліновським [7]. У зв'язку зі складністю застосування для урологів Міжнародної класифікації пролапсу тазових органів POP – Q [14], пропонуємо використовувати класифікацію за Baden – Walker [13] (Рис. 1).

Класифікація пролапсу тазових органів за Baden – Walker (1972)

Ступінь 1. Опущення тазових органів на половину відстані до вагінального кільця.

Ступінь 2. Опущення тазових органів до вагінального кільця.

Ступінь 3. Опущення тазових органів на половину відстані нижче вагінального кільця.

Ступінь 4. Повне (максимальне) опущення тазових органів.

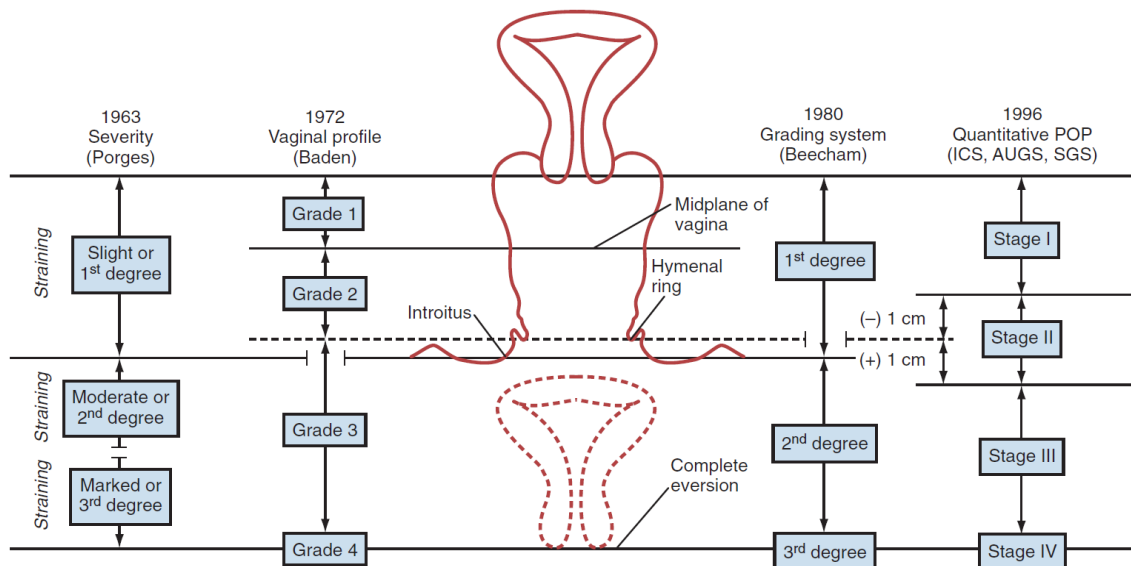


Рис. 1. Схематичне зображення основних класифікацій пролапсу тазових органів [7,18,25].

Пропонуємо записувати діагноз у хворих із СНС наступним чином (у дужках вказується вид пролапсу тазових органів за Baden – Walker): СНС I ст., тип I - хвора втрачає сечу лише у вертикальному положенні, відсутній пролапс тазових органів. СНС I ст., тип IА (цистоцеле I ст., ректоцеле I ст.) – хвора втрачає сечу лише у вертикальному положенні та має початкові ступені пролапсу передньої та задньої стінок піхви. СНС II ст., тип III - хвора втрачає сечу у вертикальному та горизонтальному положеннях, уродинамічні показники сфінктерного апарату уретри нижче норми, відсутній пролапс тазових органів. СНС II ст., тип IIIА (цистоцеле II ст., ректоцеле II ст., метроцеле II ст.) - хвора втрачає сечу у вертикальному та горизонтальному положеннях, уродинамічні показники сфінктерного апарату уретри нижче норми, має місце пролапс передньої та задньої стінок піхви, а також матки до вагінального кільця.

Результати досліджень. Ретроспективний аналіз 265 жінок із СНС, які знаходились на стаціонарі в урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні за останні 30 років, показав, що I ст. СНС за Тетрадовим А.Н. (1968) мала місце у 194 (73,2 %) жінок, II ст. – 71 (26,8 %); тип 0 зустрічався у 13 (4,9 %) пацієнток, тип I – 201 (75,8 %), тип IА – 32 (12,1 %), тип IБ – 1 (0,4 %), тип III – 13 (4,9 %), IIIА – 4 (1,5 %), тип IIIБ – 1 (0,4 %). Змішане СНС з переважанням стрессового компонента відмічено у 36 (13,6 %) жінок, пролапс тазових органів мав місце у 38 (14,3 %) пацієнток. Стосовно консервативного лікування жінок із СНС без пролапсу тазових органів (або пролапсу у межах піхви), то необхідно відмітити, що згідно рекомендацій ICS та EUA вони показані всім жінкам незважаючи на клінічну ступінь тяжкості захворювання [18,19]. Ми в своїй практиці неодноразово зустрічались із випадками одужання після консервативної терапії жінок із II ст. СНС за Тетрадовим А.Н., а тому обов'язково проводимо консервативне лікування всіх жінок із СНС, яке дозволяє приблизно у 50% досягти одужання, 25-30% - покращення і вибрати кандидатів для хірургічного втручання [2,7].

Висновки. Представлена класифікація СНС апробована протягом тривалого часу, проста у використанні, враховує ступінь тяжкості захворювання, клінічні та уродинамічні дані, дозволяє

вибрати відповідний метод лікування, а тому рекомендуємо її для застосування у практичній роботі урогінекологів.

Література:

1. Александров В.П., Куренков А.В., Николаева Е.В. Стрессовое недержание мочи у женщин. – Санкт-Петербург: Издательский дом СПб МАПО. – 94 с.
2. Горовий В.І. Застосування ендоуретральної та інтравагінальної електростимуляції сфінктерного апарату уретри та м'язів тазового дна при консервативному лікуванні стресового нетримання сечі у жінок // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2009. - №4 (60). – С. 24 – 26.
3. Горовий В.І., Головенко В.П., Сміюха О.А. Досвід застосування портативної та малоінвазивної уродинамічної системи Gynecare Monitor для діагностики нетримання сечі у жінок // Урологія. – 2010. - №2 (53). – С. 63 – 69.
4. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1986. – С. 382 - 439.
5. Лернер Г.Я. Оперативное лечение частичного недержания мочи у женщин методом позадилоной вагинопексии (Методические рекомендации). – Тюмень, 1990. – 18 с.
6. Переверзев А.С. Клиническая урогинекология. – Харьков: Факт, 2000. – 360 с.
7. Практична урогінекологія: курс лекцій / За ред. Горового В.І. – Вінниця: Вінницька обласна друкарня, 2015. – 728 с.
8. Стресове нетримання сечі у жінок / Горовий В.І. та ін. – Вінниця: РВВ ВАТ «Вінблдрукарня», 2003. – 304 с.
9. Тетрадов А.Н. Недержание мочи при напряжении у женщин. – Кишинев: Карпа Молдовеняскэ, 1968. – 208 с.
10. Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from standardization sub-committee of the International Continence Society // Neurourology and urodynamics. – 2002. - Vol. 21. – P. 167 – 178.
11. Abrams P., Artibani W. Understanding stress urinary incontinence. – Lier, Belgium: Ismar Healthcare, 2004. – 96 p.
12. Baden W.F., Walker T.A. Physical diagnosis in the evaluation of vaginal relaxation // Clin. Obstet. Gynecol. – 1972. – Vol. 15. – P. 1055–1069.
13. Blaivas J.G., Olsson C.A. Stress incontinence: classification and surgical approach // J. Urol. – 1988. – Vol. 139. – P. 727 - 731.
14. Bump R.C., Mattiasson A., Brubaker L.P. et al. The standartization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1996. – Vol. 175. – P. 7 - 10.
15. Campbell-Walsh Urology / Kavoussi L.R. et al. – 10th ed. - Elsevier Saunders, 2012. - 3754 p.
16. Cardozo L., Staskin D. Textbook of female urology and urogynaecology. – 2nd ed. - Informa Healthcare. – 2006. – P. 631 – 642.
17. Ganabathi K., Zimmern P., Leach G.E. Evaluation of voiding dysfunction // Geriatric Urology / O'Donnell P.D. – Boston: Little, Brown and Company, 1994. – P. 203 – 219.
18. EAU Guidelines on urinary incontinence in adults / Burkhard F.C. et al. – EAU, 2017. – 91 p.
19. Incontinence / Abrams P. et al. – 5th ed. – ICUD – EAU, 2013. – 1982 p.
20. Ingelman Sundberg A. Urinary incontinence in women, excluding fistulas // Acta. Obstet. Gynec. Scand. – 1952. – Vol.31. – P. 266 - 273.
21. McGuire E.J., Lytton B., Korhorn E.I., Pepe V. The value of urodynamic testing in stress urinary incontinence // J. Urol. – 1980. – Vol. 124. – P. 256-258.
22. Stamey T.A. Urinary incontinence in female: the Stamey endoscopic suspension of the visical neck for stress urinary incontinence // Campbell's Urology / Edited by Walsh P.C. et al. – 6th ed. – Vol.3. – Philadelphia: W.B. Saunders, 1992. – P. 2829 - 2850.
23. Urogynecology and reconstructive pelvic surgery / Walters M.D., Karram M.M. – 3rd ed. – Philadelphia: Mosby Elsevier, 2007. – 600 p.

ГЕНІТАЛЬНИЙ ДИРОФІЛЯРІОЗ

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

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова, м.Вінниця

Вступ. Дирофіляріоз (від лат. “diro” та “filum” – «зла нитка») – трансмісивний зоонозний біогельмінтоз, що викликається паразитуванням нематоди *Dirofilaria* у підшкірній клітковині різних частин тіла, слизовій оболонці та кон'юнктиві органа зору, статевих органах (калитці, яєчку, статевому члені), молочних залозах, внутрішній оболонці тканин і органів черевної порожнини людини [1-10]. Зараження людини відбувається трансмісивним шляхом через укуси комарів роду *Aedes*, *Culex* та *Anopheles*, які є проміжними хазяїнами. Джерелом зараження комарів є заражені домашні тварини – собаки, кішки, рідше – дикі тварини (вовки, лисиці). Передача інвазії людині здійснюється комаром, інфікованим личинками дирофілярій. У облігатних хазяїнах (вищевказані родини ссавців) гельмінти паразитують під шкірою, запліднені самки за добу народжують до 30 тисяч мікродирофілярій, які циркулюють у кровоносному руслі тварини (тривалість їх життя – до 2 років). При кровосмоктанні хворих собак мікродирофілярії потрапляють в організм комара, де ростуть, двічі линяють і через 15-20 днів мігрують у нижню губу комара. При укусі остаточного господаря личинки розривають кутикулу хоботка комара та проникають у шкіру нового господаря, у тому числі і людини. Безпосередньо від собак і кішок людина не заражується, а лише від укусу комарів, і є їх факультативним господарем. В організмі людини більшість личинок гине на ранніх стадіях, інші ростуть, але не перетворюються у статевозрілу форму, хоча повністю виключити можливість мікродирофіляриємії не можна [5,11]. Найбільш типовим патогенетичним наслідком хронічного перебігу дирофіляріозу є запальна реакція, яка розвивається навколо загинувших дорослих мікродирофілярій у вигляді абсцесу, фурункулу, кісти та ін. Захворювання спорадичне, інкубаційний період – від 1 місяця до 2 років, найчастіше 5-7 місяців. За офіційними статистичними даними санепідстанова за період 1996-2004 рр. в Україні було зареєстровано 300 випадків дирофіляріозу серед людей збудником *Dirofilaria repens* (жодного у Вінницькій області) [1], а в 2008 р. – 710 [2]. В останні 10-15 років значно зросла захворюваність серед людей дирофіляріозом у всьому світі [2,4]. Крім територій із жарким та теплим кліматом, захворювання поширюється на країни світу із помірним кліматом. В Україні дирофіляріоз трапляється на всій території, носить місцевий характер і частіше в Запорізькій, Чернігівській, Дніпропетровській областях та м. Києві [1].

Дирофілярії – ниткоподібні гельмінти білого кольору довжиною від 50-60 мм до 130-300 мм та шириною 0,03-1,2 мм. Дирофілярії – живородні і дуже плідні паразити, личинки яких мають довжину 300-320 мкм, циркулюють по кровоносних та лімфатичних судинах, можуть проникати в будь-які

органи і тканини і спричинити різну патологію (ендокардит, ендартеріт, емболію), передаватися внутрішньоутробно від матері до плоду. Для людини небезпечні *Dirofilaria repens* а *Dirofilaria immitis*. Останній паразит може уражати паренхіматозні органи, легені, серце. Найбільш часта форма локалізації гельмінта в тілі людини – підшкірна (67%) та підкон'юнктивальна (27%), частка генітального дирофіляріозу складає 2,9-4,8% [1,5]. В літературі написані випадки локалізації гельмінта в ділянках калитки та яєчка [3,6-9], статевого члена [10], у тому числі і у дітей. Комар є основним, але не єдиним розповсюдником захворювання: описані одиничні випадки інвазії після укусів кліщів, вошей, сліпнів, блох [5]. Тільки у виняткових випадках гельмінти тварин, не властиві людині, розвиваються в організмі людини до статевозрілої стадії. Личинки гельмінтів, потрапивши в організм незвичного хазяїна, виявляють тенденцію до міграції. Розрізняють вісцеральний та підшкірний дирофіляріоз. При підшкірній формі дирофіляріозу утворення пухлини на місці зараження виникає через 1 місяць до 2 років. Першим симптомом підшкірної форми є безболісна пухлина, у місці локалізації паразита хворі відчувають свербіж, біль, інколи відмічають гіперемію шкіри. Характерним є міграція гельмінта, що виражається у пересуванні пухлини під шкірою. Ця відстань становить від кількох до десятків сантиметрів на добу. Посилення міграції гельмінта спостерігають під час дії на шкіру УВЧ при фізіотерапії, а також після прогрівання компресами та зігріваючими мазями. У залежності від локалізації гельмінта хворі звертаються за допомогою до лікарів різного профілю (хірургів, онкологів, окулістів, оториноларингологів з приводу атероми, пухлини, фіброми, флегмони шкіри, а до уролога – з приводу фунікуліту, епідидимоорхіту, атероми калитки. Для уточнення діагнозу використовують УЗД, МРТ, КТ уражених ділянок, у ряді випадків дирофіляріоз виявляють після розсічення фіброзної капсули гельмінта. Як правило, гельмінт розташовується в сполучнотканинній капсулі із серозно-гнійним ексудатом. Враховуючи, що в організмі людини паразитує лише один статевонезрілий гельмінт (не продукує мікродирофілярії), застосування мікрофіляріоцидних препаратів не показано [4,5]. Деякі автори рекомендують призначати препарати, які містять альбендазол (ворміл, медизол, немозол) [1].

Мета дослідження – представити рідкісний випадок генітального дирофіляріозу.

Матеріали та методи. Хворий К., історія хвороби №6533, 1995 року народження, житель Одеської області, студент Вінницького медуніверситету, звернувся в урологічне відділення Вінницької обласної лікарні з скаргами на пухлинне утворення в лівій половині калитки, яке інколи викликає свербіж. Хворіє близько 1 місяця, коли вперше відмітив це утворення. Пройшовши курс урології вирішив звернутися до уролога. Об'єктивно: в лівій половині калитки по передній поверхні у м'ясистій оболонці пальпується безболісне пухлинне утворення 1,0 x 0,8 см без ознак флюктуації та гіперемії шкіри. Лабораторні показники та рентгенографія легень без змін. З діагнозом атерома лівої половини калитки направлений на УЗД калитки та її органів. Під час УЗД виявлене пухлинне утворення із капсулою та трубчастими структурами, які змінювали свою конфігурацію, що відповідає паразитарній кісті. 31.03.17 виконана операція – видалення паразитарної кісти лівої половини калитки. Під час операції в м'ясистій оболонці калитки виявлено пухлинне утворення (щільний інфільтрат) розміром 0,8 x 0,6 см, яке було висічено. Яєчко з придатком не змінені. Порожнина калитки дренована гумовим рукавичковим дренажом, до якого пошарово зашита калитка. При розсіченні капсули утворення виділилась сливкоподібна рідина сіро-білого кольору та живий гельмінт (Рис. 1).



Рис. 1. Видалена дирофілярія (вказана стрілкою) із капсулою у розчині формаліну

Гістологічне заключення: дирофілярія із гнійно-продуктивним запаленням тканин навколо паразита. Післяопераційний період без ускладнень, хворий 5 днів отримувач цефтріаксон та доксициклін. Рана калитки зажила первинним натягом. Оглянутий через місяць – змін у ділянці рани не виявлено. Із епідеміологічного анамнезу в'яснено, що хворий влітку 2016 р. не виїжджав за межі Одеської області, відмічав укуси комарів.

Висновки. Дані літератури стосовно генітального дирофіляріозу, а також власний випадок повинен насторожити практичних урологів стосовно можливого дирофіляріозу при виявленні пухлинних утворень чоловічих статевих органів та необхідності виконання УЗД. Особиста профілактика полягає у захисті від укусів комарів за допомогою репелентів та інсектицидів, носіння спеціального одягу, накидок на голові, зачинення вікон та дверей.

Література:

1. Бодня К.І. Дирофіляриоз в Україні // Інфекційні хвороби. – 2006. - №2. – С. 76 – 82.
2. Габрук І.А., Канішина Т.М. Випадок дирофіляриозу // Актуальні питання сучасної медицини / Збірник наукових робіт лікарів та вчених провідних клінік Вінниччини, присвячений 200-річчю від дня народження М.І. Пирогова. – Випуск 8. – Вінниця, 2010. – С. 119 - 121.
3. Григорьева М.В., Дворовенко Е.В. Дирофіляриоз оболочек мошонки у детей // Детская хирургия. – 2008. - №2. – С. 49.
4. Дуда О.К., Вовк І.О. Дирофіляриоз: сучасне уявлення, принципи діагностики та лікування // Мистецтво лікування. – 2014. - № 5-6. – С. 4 - 6.
5. Князюк А.С. Случай дирофиляриоза в урологической практике // Проблемы здоровья и экологии. – 2016. - №2 (48). – С. 95 - 99.
6. Кочеров А.А., Лобанов А.В., Чупрынин А.В. Случай острого орхоэпидидимита, вызванного гельминтом (*dirofilaria repens*) // Урологические ведомости. – 2015. – Том V, №1. – С. 104 - 105.
7. Литовка В.К., Журило И.П., Гуныкин А.Ю. и др. Дирофиляриоз оболочек яичка у ребенка // Здоровье ребенка. – 2012. - №5. – С. 96 - 98.
8. Петров С.Н. Случай дирофиляриоза у ребенка 4 лет // Детская хирургия. – 2008. - №2. – С. 48 - 49.
9. Пыков М.И., Григорьева М.В., Лаврова Т.Р., Супряга В.Г. Диагностика и лечение дирофиляриоза оболочек яичек у детей // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2005. - №3. – С. 85 - 88.
10. Стрельцова О.С., Крупин В.Н., Гребенкин Е.В. и др. Дирофиляриоз полового члена // Вестник урологии. – 2016. - №1. – С. 86 - 92.
11. Федянина Л.В., Шатова С.М., Ракова В.М. и др. Микрофиляриемия при дирофиляриозе человека, вызванном *dirofilaria repens* ralet et henry, 1911. Описание случая // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2013. - №2. – С. 3 - 7.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ІДІОПАТИЧНОГО ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА З НЕТРИМАННЯМ СЕЧІ

Дехтяр Ю. М., Костєв Ф. І.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Вступ. Гіперактивний сечовий міхур (ГАСМ) представляє собою симптомокомплекс, при розвитку якого з'являються досить сильні позиви до сечовипускання (ургентність), з наявністю або без асоційованого з ургентністю нетримання сечі (НС), що зазвичай супроводжуються частим сечовипусканням і ноктурією, при цьому відсутні явні патологічні зміни в самому сечовому міхурі (СМ) та немає порушень хімічного складу сечі [1]. Результати епідеміологічних досліджень показали, що поширеність симптомів ГАСМ виявляється в 7-27% випадків у чоловіків і в 9-43% випадків у жінок. Поширеність симптомів ГАСМ зростає з віком у обох статей. 38% чоловіків і 49% жінок у віці до 39 років відчувають симптоми ГАСМ, а у віці 40-59 років таких хворих вже 51% серед чоловіків і 56% серед жінок.

Так само, повідомлялося, що НС також більш поширене серед жінок. Якщо поширеність ГАСМ з або без НС у жінок майже однакова (9,3% і 7,6%), то у чоловіків поширеність ГАСМ з НС (2,6%) набагато нижче, ніж поширеність ГАСМ без НС (13,4%) [2]. Проте, НС збільшується з віком у обох статей, у жінок після 44 років з 2 до 19% і у чоловіків до 64 року від 0,3% до 9%. У жінок спостерігається стійке зростання поширеності ГАСМ з НС протягом усього життя, у чоловіків основне збільшення поширеності ГАСМ з НС відбувається тільки після 65 років.

Крім того, ургентне сечовипускання і НС, зі слів хворих, найбільш «неприємні» симптоми ГАСМ [3]. Вони завдають найбільший негативний вплив на якість життя, нерідко викликаючи нервово-психічні розлади, а у важких випадках завдають соціальні проблеми на рівні спілкування з родичами та колегами по роботі, змушують змінювати звичний спосіб життя пацієнтів, залишити улюблену роботу і проводити більшу частину свого часу вдома, поблизу туалету.

Метою дослідження було визначити диференційований підхід до медикаментозної терапії хворих на гіперактивний сечовий міхур з ургентним нетриманням сечі.

Об'єкт і методи. В урологічній клініці на базі КУ «Міська клінічна лікарня №10» м. Одеси з вересня 2013 року по травень 2017 року проведено обстеження та лікування 96 хворих (12 чоловіка і 84 жінок) з симптомами нижніх сечових шляхів (НСШ), що відповідали критеріям діагностики Міжнародного товариства з утримання сечі (ICS) для ГАСМ з ургентним НС. Відповідно до рекомендацій ICS діагноз ГАСМ встановлювали при доведеній відсутності патологічних станів, що викликають перераховані вище симптоми (пухлина, камінь СМ, ін.). Ключовими симптомами ГАСМ у хворих цієї групи були ургентність (раптове, «вимушене») бажання спорожнити СМ, яке важко або неможливо відкласти) і УНС - мимовільна втрата сечі, пов'язана з епізодом ургентності або яка виникає відразу після нього.

Всім пацієнтам проводили урологічне, гінекологічне, неврологічне обстеження для виключення соматичних захворювань, здатних спричинити симптомокомплекс ГАСМ. У всіх пацієнтів була організована реєстрація ритму спонтанних сечовипускань шляхом заповнення щоденників сечовипускання протягом трьох діб у звичних домашніх умовах. Заповнення щоденника сечовипускання починали з часу підйому пацієнта і завершували до моменту підйому на наступний день. При цьому, пацієнти відзначали час відходу до сну, що давало можливість згодом підрахувати кількість сечовипускань, ургентних позивів і епізодів НС в нічний час. Всіх хворих було детально

інструктовано щодо правильного заповнення щоденників сечовипускання. При цьому хворим було рекомендовано не змінювати свій звичайний розпорядок дня і питний режим.

Результати дослідження. Медикаментозна терапія ГАСМ сьогодні - це прагнення змінити нейромедіаторний вплив на НСШ. Поставлену задачу вирішували тим, що застосовували комбіновану терапію конкурентного антагоніста м-холінорецепторів, що локалізуються в СМ Толтеродин тартрат, по 2 мг на 2 рази на добу і лікарською формою з групи антиконвульсантів, що має структурну схожість з нейротрансмітером ГАМК, Габапентином у перший день по 1 капсулі (300 мг) 1 раз на добу, на другий день по 1 капсулі 2 рази на добу, в подальшому – по 1 капсулі 3 рази на добу загальним курсом 8 тижнів.

З 96 пацієнтів дев'ять припинили прийом лікарських засобів дочасно, через відсутність, на їх думку, позитивного ефекту від лікування та появи побічних симптомів, таких як сонливість, седация, сухість у роті, запаморочення і підвищену стомлюваність. Тому результати лікування оцінювали у 87 хворих.

Отримано статистично значуще зменшення частоти полакіурії, ноктурії та епізодів ургентності. Так, частота сечовипускання за 3 доби демонструє достовірні відмінності в порівнянні з початком лікування. Вже через 2 тижні лікування частота полакіурії в середньому знизилась на 67%, через 6 тижнів на 72% та на 70% (з $85,4 \pm 2,5$ до $25,1 \pm 0,7$) через 8 тижнів лікування. Частота епізодів нічних сечовипускань починає достовірно змінюватися через 2 тижні (на 59%), через 4 тижні виявлено ще більш виражені відмінності частоти ноктурії (на 65%), та до кінця лікування частота ноктурії знизилась на 69 % (з $23,2 \pm 2,5$ до $7,1 \pm 0,3$). Частота імперативних позивів і ургентного нетримання сечі за 3 доби також починає достовірно знижуватися починаючи з 2 тижня, досягаючи до кінця лікування зменшення на 72% та 68% відповідно.

Оцінку ефективності комбінованої терапії проводили також і за шкалою ізольованої оцінки інтенсивності симптому ургентності IUSS (International Urgency Severity Scale). За шкалою IUSS інтенсивність ургентності оцінюється в балах: 0 - відсутність ургентності; 1 - легкий ступінь, коли пацієнт може легко переносити імперативний позив, не перериваючи своїх занять (> 60 хвилин); 2 - середній ступінь, коли виникла імперативність заподіює дискомфорт і змушує скоріше завершити розпочате заняття, щоб відвідати туалет (від 10 до 60 хвилин); 3 - важкий ступінь, коли імперативність заподіює виражений дискомфорт і змушує негайно припинити розпочате заняття, щоб відвідати туалет.

За результатами лікування, через вісім тижнів, була відмічена виражена позитивна динаміка стосовно інтенсивності ургентних позивів до сечовипускання. Так наприкінці другого тижня терапії за шкалою IUSS інтенсивність ургентності знизилась на 27%, а на кінець восьмого тижня на 51% (з $2,7 \pm 0,2$ балів до $1,3 \pm 0,1$ балів). Також, формально, середній ефективний об'єм СМ збільшився в середньому на 129,5% (з $82,7 \pm 3,6$ мл до $189,8 \pm 5,1$ мл). Судячи з добового профілю сечовипускання, терапія в хворих супроводжувалася істотною перебудовою резервуарної функції СМ. Як до лікування, так і після лікування хворі, від сечовипускання до сечовипускання, виділяли різну кількість сечі. Однак кількість сечовипускань об'ємом до 100 мл зменшилася з 65% до 25%; одночасно на 25% відповідно збільшилася їх кількість в діапазоні 100 мл - 200 мл і 200 мл - 300 мл. Кількість використаних гігієнічних прокладок була 6,2 / 72 години до початку лікування і знизилася до 1,5 після проведення терапії, різниця дорівнює 2,7 / 72 години. Тридцять пацієнтів відмовилися від використання прокладок зовсім.

Висновки. Запропонований спосіб лікування ГАСМ з нетриманням сечі шляхом поєднаного призначення м-холінолітика Толтеродин тартрат з антиконвульсантом Габапентином дозволяє досягти суттєво вираженого клінічного ефекту, забезпечити більш ефективне усунення основних об'єктивних та суб'єктивних симптомів захворювання, що проявляється в зменшенні частоти полакіурії на 70%, ноктурії на 65%, частоти епізодів ургентності на 72 % та інтенсивності ургентності на 51%, частоти епізодів НС на 68%, що вказує на результативність терапії при добрій переносимості лікувальних засобів та забезпечує ефективне лікування на суттєво новому рівні з використанням новітніх досягнень у галузі центральних механізмів регуляції функціональної активності НСШ людини.

Література:

1. Gormley E. A., Lightner D. J., Burgio K. L. et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. 2014.
2. Thüroff JA, Abrams P, Andersson KE, et al. EAU guidelines on urinary incontinence. Eur Urol. 2011 Mar; 59(3):387- 400.
3. Дехтяр Ю. М., Костев Ф. І. Типологія розладів акту сечовипускання у хворих на ідіопатичний гіперактивний сечовий міхур. Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. 2017. № 2/1 –С. 139- 146.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ РОЗЛАДІВ СЕЧОВИПУСКАННЯ У ХВОРИХ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ДГПЗ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОПЕРЕДНЬОГО ЛІКУВАННЯ АЛЬФА1-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ

Ємець Д.О.

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

Введення. Симптоми нижніх сечових шляхів, що розвиваються в 5-35% пацієнтів із ДГПЗ після хірургічного лікування, істотно знижують якість життя хворих, викликаючи тяжкі фізичні і моральні страждання, що актуалізує необхідність подальшого вивчення проблеми. При цьому правильне визначення індивідуального ризику виникнення СНСШ є вирішальним при призначенні відповідного лікування для кожного хворого.

Незважаючи на значне число робіт, присвячених вивченню механізмів розвитку СНСШ у пацієнтів, оперованих із приводу ДГПЗ, не завжди можливо визначити причину незадовільних симптоматичних результатів хірургічного лікування, що утрудняє застосування адекватних мір його лікування й профілактики.

З огляду на широку поширеність застосування α_1 -АБ для консервативного лікування хворих із ДГПЗ і тривалий період їх прийому до моменту хірургічного лікування, ми вивчили, ефект їх скасування після операції на частоту виникнення іритативних симптомів у ранньому післяопераційному періоді (при виключенні інших провокуючих моментів, таких як сечова інфекція, супутніх неврологічних захворювань тощо).

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження стали 168 хворих на ДГПЗ. Більшість осіб склали вікову когорту 60-69 років – 46,3 $\pm$ 3,2%. Біля третини осіб виявилося у віці 70-79 років – 33,0 $\pm$ 1,1%. Переважаючим був контингент хворих із тривалістю ДГПЗ у межах 5-10 років – 58,7 $\pm$ 3,9%.

Перелік α_1 -АБ, застосованих у лікуванні ДГПЗ спостережуваними пацієнтами напередодні операції, був представлений уроселективними препаратами (празозин, альфузозин, доксазозин) – 55,6%, а також суперселективним α_1 А- α_1 -АБ тамсулозином – 40,6%. Всім пацієнтам застосовані клінічні, біохімічні, імуноферментні й мікробіологічні тести, анкетування за шкалами IPSS й QOL; спеціалізовані апаратні методики: урофлоуметрія, трансректальна ультразвукова доплерографія. Отримані результати піддавали статистичній обробці методами варіаційної статистики.

Результати дослідження. Встановлено, що У 20,48 $\pm$ 6,78 % пацієнтів у ранні терміни після хірургічного лікування ДГПЗ, незалежно від його виду, зберігаються або виникають симптоми накопичення, частота яких достовірно вища в тих пацієнтів, котрі до операції тривалий час уживали α_1 -адреноблокатори й відразу після операції припинили їх застосування, ніж у тих, що в післяопераційний період це лікування продовжили. Аналогічної залежності виникнення СНСШ від доопераційного застосування інгібіторів 5- α -редуктази у післяопераційному періоді в разі їх відміни не зафіксовано. Об'єктивним підтвердженням з'явилися результати дослідження особливостей кровообігу в стінці цистоуретрального сегменту в післяопераційному періоді. У хворих на ДГПЗ виявлено пригнічення кровопостачання цистоуретрального сегмента й передміхурової залози при її гіперплазії, котре достеменно було більш вираженим і триваліше компенсувалось у пацієнтів з наявністю іритативної симптоматики, ніж у хворих з відсутністю симптомів накопичення. При цьому відміна α_1 -АБ після операції в осіб, які раніше їх систематично вживали, достовірно уповільнювала динаміку відновлення параметрів кровотоку в цистоуретральному сегменті з 5 до 6 місяців. Також виявлено позитивний кореляційний зв'язок між рівнем гіперкатехолемії і частотою та виразністю іритативних симптомів у ранньому післяопераційному періоді ($r=0,57$), що, у сукупності з гемодинамічними порушеннями, може служити патогенетичним маркером синдрому відміни α_1 -АБ і фактором розвитку іритативної симптоматики.

На основі результатів дослідження був розроблений алгоритм лікування і профілактики СНСШ у післяопераційному періоді у пацієнтів із ДГПЗ із урахуванням фактора застосування уроселективних адреноблокаторів для консервативної терапії ДГПЗ до операції. У тому випадку, якщо у хворого застосовувалась до операції тривала терапія α_1 -адреноблокаторами, то пацієнтові в обов'язковому порядку показане продовження курсу прийому препарату у післяопераційному періоді протягом не менше за 6 місяців, з огляду на динаміку відновлення кровообігу у цистоуретральній зоні (за даними доплерографії) і нормалізації катехоламінового балансу. Протягом останнього (шостого) місяця після операції застосовується схема східчастого зниження дози препарату до остаточного скасування.

Клінічне застосування запропонованого алгоритму лікування і профілактики СНМП у післяопераційному періоді у пацієнтів, оперованих із приводу ДГПЗ, розробленого на основі специфіки призначення α 1-АБ вірогідно в півтора рази знизило ймовірність розвитку порушень сечовипускання за іритативним типом і в 1,2 рази їх тривалість, що поліпшило результати хірургічного лікування і якість життя оперованих пацієнтів.

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА У ЧОЛОВІКІВ

Зайцев В.І., Федорук О.С., Люк І.І., Владиченко К.А., Степан В.Т.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Гіперактивний сечовий міхур (ГСМ) є важливою соціальною та медичною проблемою, яка донедавна практично не висвітлювалась офіційною медициною, хоча стосувалась значної частини населення. Цій проблемі приділялась непропорційно мала увага, що було обумовлено як власне медичними причинами (адже захворювання не призводить до смертельних випадків та рідко – до інвалідності), так і психологічними проблемами відповідної категорії пацієнтів (відчуття незручності, сорому, яке сприяє замовчуванню захворювання). Відсутність адекватної інформації як у пресі, так і в медичних джерелах, призвела також до того, що більшість лікарів, на жаль, досі не можуть адекватно діагностувати та пролікувати ГСМ.

Традиційно ми прив'язували появу дизурії у чоловіків до захворювань простати – або запальних, або новоутворень, перш за все доброякісної гіперплазії (ДГПЗ). Це призвело до появи терміну «симптоми з боку нижніх сечових шляхів» (тобто дизурія, пов'язана з ДГПЗ) та до значної трансформації протоколів лікування ДГПЗ, де тепер на перший план виходить лікування саме означених симптомів, а не тільки самої простати, як це було раніше. Ще років 10-15 назад лікування дизурії у чоловіків було спрямоване на ліквідацію першопричини (як тоді вважалося). У випадку простатитів – перш за все антибактеріальна терапія з додаванням великої кількості інших препаратів та фізіотерапії. У випадку ДГПЗ – спочатку це було виключно оперативне лікування, а з 80-х років минулого століття воно поступово але невпинно замінюється різноманітними медикаментозними методами.

Один з головних міфів щодо ГСМ, який досі превалує в уявленнях багатьох лікарів, полягає в тому, що нібито основну частину хворих становлять жінки. Однак останні епідеміологічні дослідження показали, що серед приблизно 22 мільйонів людей у 6 Європейських країнах, які мають симптоми ГСМ, перевага жінок досить незначна – 13% проти 11% у чоловіків. Такий стереотип пов'язаний перш за все з тим, що жінки звертаються за медичною допомогою частіше в зв'язку з виникненням нетримання сечі, а також тому що у чоловіків цей діагноз ставиться вкрай рідко, а ознаки ГСМ приписують, як правило, захворюванням простати.

Якщо у чоловіка є клініка ГСМ, то незалежно від існування патології простати, у нього можна виставляти діагноз «гіперактивний сечовий міхур» (паралельно, при необхідності, приміром, з діагнозом гіперплазії простати чи простатиту) з відповідними висновками щодо лікування. Слід відзначити, що у реальній практиці не завжди на момент огляду присутня ургентність, тому завдання лікаря ретельно розпитати щодо проявів дизурії. У той же час, ми вважаємо, що при наявності вираженої дизурії у чоловіків при зменшеній ємності сечового міхура навіть без ургентності (яка є ключовою для діагностики ГСМ), загальні підходи до її лікування повинні відповідати принципам лікування ГСМ.

У такій ситуації саме зменшення ємності сечового міхура є ключем для вибору тактики лікування. Для визначення цього використовується заповнення пацієнтом протягом 48 чи 72 год. добового графіку сечовипускання, у якому відзначається час сечовипускання та об'єм сечі. Крім того, пацієнт має позначати появу дизурічних проявів (імперативних покликів, нетримання сечі, болю тощо). Ми однозначно вважаємо, що цей простий тест, який присутній в усіх рекомендаціях (та досі значно недооцінений в Україні) та не вимагає ніяких фінансових затрат, повинен використовуватись у всіх таких пацієнтів. Дослідження та власний довід довели, що такий графік значно більш об'єктивний, ніж просто опитування хворого.

Одним з перших препаратів, які були спрямовані саме на лікування порушень функції сечового міхура у чоловіків був Омнік та інші адреноблокатори. Їх використання, без сумніву, спричинило серйозну революцію у методах лікування ДГПЗ і саме завдяки цьому стала значно зменшуватись частка оперативних втручань у цих пацієнтів (і ця тенденція продовжується). Хоча урологи отримали потужний інструмент консервативного лікування дизурії, але практика показала, що не всі пацієнти з

дизурією були задоволені ефектом лікування і час вимагав розширення наших можливостей допомоги таким хворим.

Натепер «золотим стандартом» холінолітиків є Везикар (соліфенацину сукцинат). Велика кількість проведених досліджень показали його вірогідно більшу ефективність та меншу частоту побічних дій у порівнянні з оксибутиніном та детрузитолом. Препарат має тривалий ефект, пероральний прийом може використовуватись із разовим денним дозуванням. Проведено більше 10 багатоцентрових досліджень везикару, які показали, що він ефективний у лікуванні усіх симптомів ГСМ.

Важливі дані були отримані з великого дослідження STAR, яке порівнювало везикар та найкращий до його появи холінолітик детрузитол у формі сповільненого звільнення (в Україні не зареєстрована). Дослідження було проведено у 17 країнах Європи на 1355 пацієнтах протягом 12 тижнів з продовженням до 1 року. Воно показало, що по абсолютній більшості показників везикар був кращим за детрузитол, ефективний при лікуванні всіх симптомів ГСМ, а обидва препарати по зменшенню всіх симптомів були вірогідно кращими, ніж плацебо.

За результатами продовженого дослідження після 1 року лікування везикаром була показана добра переносимість для більшості дорослих пацієнтів незалежно від віку, раси та статі. Важливим моментом була відсутність розвитку толерантності при тривалому лікуванні при наростанні ефективності препарату з часом. При цьому більше 60% пацієнтів позбулись нетримання сечі, а 40% пацієнтів з ургентними покликами позбулись їх в кінці дослідження. 81% пацієнтів закінчив довготривале лікування, в кінці дослідження 85% пацієнтів оцінили переносимість лікування везикаром як “задовільну”. Препарат має здебільшого незначні побічні ефекти, які, як правило, легко переносяться. Він має найбільш низьку кількість випадків головної сторонньої дії - сухості в роті (11%), ніж у інших сучасних ХЛ.

У той же час, як і інші ХЛ, везикар досі використовується переважно у жінок. Натепер з'явилося достатньо нових даних щодо можливості використання ХЛ у чоловіків (переважно з ДГПЗ при наявності ознак ГСМ, найчастіше у комбінації з адреноблокаторами). Опублікований нещодавно метааналіз показав, що було проведено всього 16 міжнародних багатоцентрових досліджень використання комбінації адреноблокаторів та ХЛ у чоловіків із ДГПЗ. Найчастіше останні роки була випробувана комбінація тамсулозину та везикару. Загалом в ці дослідження було включено 1353 пацієнта і їх тривалість найчастіше була 12 тижнів. Не зупиняючись на детальному аналізі результатів, слід сказати, що отримані дані принципово не відрізнялись між різними дослідженнями (що саме по собі є достатньо рідкою ситуацією). У всіх дослідженнях було відзначено зменшення балів IPSS, особливо за рахунок симптомів накопичення, та покращилась якість життя пацієнтів. Цікаво, що узагальнені аналізи при цьому не показали достовірних змін максимальної швидкості потоку сечі від початку до кінця дослідження з незначним збільшенням залишкової сечі. Надзвичайно важливим є те, що ніякого достовірного збільшення таких ускладнень терапії ХЛ, як збільшення залишкової сечі та гострої затримки сечі, не було відзначено.

Ще один цікавий висновок, до якого приводять результати цього метааналізу стосується того, що при наявності ознак ГСМ терапію ХЛ (як монотерапію чи у комбінації з адреноблокаторами) слід починати одразу, не втрачаючи час на монотерапію адреноблокаторами, яка у таких хворих не дуже ефективна.

Найбільше за кількістю пацієнтів та єдине за великою тривалістю (до 1 року) дослідження такого роду – NEPTUNE I та його відкрите продовження NEPTUNE II, в якому досліджувалась комбінація Омнік ОКАС та двох доз везикару (6 та 9 мг). В нього були включені пацієнти з ДГПЗ (точніше із симптомами з боку нижніх сечових шляхів) з достатньо активною симптоматикою (IPSS >13), присутністю виразною ургентності та залишковою сечею не більше 150 мл. Об'єм простати був обмежений 75 мл, а максимальна швидкість потоку сечі – від 4 до 12 мл/сек (тобто з достатньо вираженою обструкцією). Всього в нього було включено 1334 чоловіки, які отримували терапію загалом до 52 тижнів і його результати були оприлюднені нещодавно.

Головними отриманими результатами було підтвердження кращої ефективності використання комбінації адреноблокатора та ХЛ при лікуванні таких пацієнтів. Загальний бал IPSS зменшився майже наполовину (на 48%), причому практично однаково зменшились як симптоми накопичення (на які переважно впливають ХЛ), так і симптоми спорожнення (на які переважно впливають адреноблокатори). Найбільше при цьому зменшились епізоди ургентності (на 57%) та нетримання сечі (НС) (на 78%).

Іншим, не менш важливим, було питання сторонніх ефектів такого тривалого лікування, перш за все – появи затримки сечі. Загалом гостра затримка сечі (ГЗС) виникла впродовж року у 8 пацієнтів (0,7%, або 7/1000 чоловіко-років лікування), що подібно до 0,4% ГЗС у 12-тижневому дослідженні SATURN, що вказує на схожу незначну кількість такого ускладнення. Крім того, важливим фактом є відсутність збільшення ризику ГЗС при тривалому лікуванні пацієнтів із ДГПЗ. Слід вказати, що половина пацієнтів мала об'єм простати 36-74 мл (75 мл була верхня межа включення в дослідження), що вважається одним з головних факторів ризику для появи ГЗС – і ці пацієнти входили в групу ризику. Цікаво також, що абсолютна більшість випадків ГЗС припадало на перші 4 міс лікування, що ще раз підтверджує відсутність збільшення її ризику при тривалому лікуванні.

Отримані за рахунок наведених досліджень факти доводять доцільність та безпечність використання ХЛ самостійно чи у комбінації з аденоблокаторами у чоловіків з ДГПЗ. Але на наш погляд, не тільки ними обмежується контингент чоловіків, яким використання ХЛ може принести користь. Чисельні дослідження показали ефективність застосування аденоблокаторів у інших груп чоловіків (яка часто перетинається з ДГПЗ) – при наявності хронічного простатиту або синдрому хронічного тазового болю (ХТБ). Натепер аденоблокатори нарівні з антибіотиками є головними (і часто єдиними) рекомендованими препаратами для лікування хронічного простатиту, вони же рекомендовані для лікування ХТБ. Наша практика та роботи інших авторів вказують на велику частку пацієнтів із простатитом та ХТБ, у яких присутні симптоми накопичення – перш за все часті денні та нічні сечовипускання. У таких пацієнтів не так часто спостерігається ургентність та НС, але негативний вплив дизурії на якість життя, емоційний стан та сексуальну функцію не слід недооцінювати. Перевагою цих пацієнтів перед чоловіками з ДГПЗ є низький ризик ГЗС, що певним чином знімає психологічний бар'єр у лікарів при вирішенні використати ХЛ у цих пацієнтів. Серйозних робіт по використанню ХЛ при хронічному простатиті та ХТБ ми не знайшли, але наш невеликий досвід та розуміння основ виникнення дизурії у чоловіків свідчить про те, що включення ХЛ як елементу комплексної терапії таких пацієнтів має під собою певне підґрунтя та потенціал. В цьому аспекті можна згадати історію використання ХЛ при ДГПЗ, коли від абсолютного нерозуміння доцільності застосування ХЛ багато урологів за рахунок появи нових досліджень та власного досвіду впевнились у можливості збільшення ефективності лікування ятих пацієнтів, у яких інші методи лікування не дали результату.

Таким чином, накопичений на теперішній момент досвід свідчить про великі можливості застосування холінолітиків у чоловіків з різною патологією та потенціал подальших досліджень у цьому напрямку. Адекватне призначення ХЛ дає виразний ефект та є безпечним. На наш погляд, у майбутньому є гарна перспектива збільшення кількості чоловіків, у яких використання ХЛ може дати додатковий результат при лікуванні дизурії, який неможливо досягнути іншими методами лікування.

ЕПІГЕНЕТИЧНА СТРУКТУРА ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Костєв Ф.І., Бахчїєв Р.В., Красилюк Л.І., Кульбїда М.П., Літовкін К.В.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Вступ. Більшість випадків раку передміхурової залози розвивається на тлі доброякісної гіперплазії передміхурової залози, що обумовлює інтерес до доброякісної гіперплазії з точки зору молекулярно-генетичних змін, як можливих причинних факторів малигнізації.

Вважається, що епігенетичні зміни у вигляді гіперметилування промоторної зони гена-супресора пухлинного росту є характерною ознакою раку. Однак, нами раніше встановлено, що гіперметилування промоторної зони зустрічається при ДГПЗ від 57,6% до 81,8% в залежності від досліджуваного гена. Цей факт потребує вивчення впливу епігенетичних змін на морфогенез пухлинного процесу передміхурової залози.

Мета. Вивчити молекулярно-генетичну структуру доброякісної гіперплазії передміхурової залози з позиції визначення епігенетичних змін у вигляді гіперметилування CpG-острівців генів-супресорів пухлинного росту GSTP1, APC і RARβ.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати обстеження 76 хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози у віці 41-89 років. Верифікація діагнозу базувалась на морфологічному дослідженні матеріалу тканин ПЗ, що був отриманий в результаті виконання мультифокальної біопсії простати (МФБ) – 104 втручання, трансуретральної резекції простати (ТУР) – 28 втручань, чресміхурової простатектомії (ЧПЕ) – 9 втручань.

Молекулярно-генетичне дослідження метилювання промоторної зони генів GSTP1, APC та RAR β було виконано всім прооперованим хворим.

Для аналізу даних використано методи багатомірного статистичного аналізу (кластерний та дискримінантний).

Результати. Результати кластерного аналізу у просторі 5 показників: об'єм передміхурової залози; рівень ПСА; рівні метилювання 3-х генів демонструють що група хворих на ДГПЗ є неоднорідною.

Хворі на ДГПЗ розподіляються по двох великих кластерах (А та В), що мають суттєві відмінності між собою. Ці кластери практично не розрізняються за середнім об'ємом передміхурової залози та рівнем ПСА, проте чітко розрізняються за середніми рівнями метилювання усіх 3-х генів. Кожний з кластерів А та В в свою чергу ще подібноється – на 3 та 2 підкласи, відповідно. Таким чином, загалом, у когорті пацієнтів, хворих на ДГПЗ, можна виділити п'ять підкласів із достатньо великими відстанями поміж ними.

Хворі, яких об'єднує кластер А, мають значно вищі рівні метилювання генів, ніж ті хворі, що увійшли до кластеру В. Ця розбіжність між кластерами особливо виражена для гена GSTP1.

Висновки. Доведено, що доброякісна гіперплазія передміхурової залози має епігенетично гетерогенну структуру, за характером метилювання промоторної ділянки досліджених генів. Всі досліджені хворі розподілились на два великих кластера, тільки за рівнем метилювання. Великі кластери, в свою чергу, розподіляються на підкласи, які між собою теж розрізняються лише за рівнем метилювання. Молекулярно-генетична гетерогенність доброякісної гіперплазії передміхурової залози потребує подальшого вивчення. Серед хворих, які переважно увійшли до підкласу А2, найбільша кількість випадків простатичної інтраепітеліальної неоплазії. Можна припустити, що саме ці хворі мають ризик виникнення раку передміхурової залози в майбутньому і потребують більш ретельного нагляду, та інших термінів повторного обстеження.

СИМПТОМЫ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН

Фуксзон А.С., Литвинов А.И., Серняк П.Ю.

г. Киев

Симптомы нижних мочевых путей (СНМП) у женщин и мужчин очень похожи, но, несомненно, чаще всего они обусловлены различными причинами. Причиной появления таких признаков может быть достаточно большое количество предрасполагающих факторов, которые можно разделить на две категории: патологические изменения со стороны мочевого пузыря и патологические изменения в мочеиспускательном канале и сфинктере. Ни одно из заболеваний, вызывающих СНМП, не исключает наличия какого-либо другого, они очень часто оказывают совместное влияние на степень тяжести расстройств мочеиспускания.

Симптомы наполнения при патологии стенки мочевого пузыря.

ГАМП - это синтетический термин, который в настоящее время используют для описания как симптома, так и заболевания. Симптомокомплекс ГАМП подразумевает учащение мочеиспусканий, наличие императивных позывов и (в ряде случаев) императивное недержание мочи. Данный симптомокомплекс возникает при заболеваниях, сопровождающихся непроизвольными сокращениями детрузора, сенсорной ургентностью, уменьшением емкости мочевого пузыря.

Данное патологическое состояние выявляют также у половины женщин со стрессовым недержанием мочи. Несомненно, что в конечном счете в основе большинства случаев гиперактивности детрузора лежат неврологические нарушения.

Под сенсорной ургентностью подразумевают постоянные позывы к мочеиспусканию, не связанные (что необходимо подтвердить при уродинамическом исследовании) с нестабильностью детрузора.

Причиной функциональной обструкции является диссинергия детрузора и сфинктера, а также так называемое дисфункциональное мочеиспускание. Последнее патологическое состояние обусловлено тем, что пациентка не в состоянии полностью расслабить сфинктер мочеиспускательного канала во время мочеиспускания.

По мнению ряда авторов, дисфункциональное мочеиспускание является одним из наиболее частых причин функциональной ИВО у женщин. Еще одним патологическим состоянием, приводящим к СНМП, является первичная обструкция шейки мочевого пузыря, возникающая при отсутствии релаксации гладкомышечной ткани проксимальных отделов мочеиспускательного канала

во время сокращения детрузора.

Причиной нарушенной сократимости детрузора как правило, являются нейрогенные расстройства. Данная группа патологических состояний включает повреждения спинного мозга, сахарный диабет, spina bifida, рассеянный склероз, тяжелые хирургические вмешательства на органах таза. Декомпенсация детрузора чаще возникает после длительной ИБО.

Диагностические тесты при СНМП у женщин.

Прокладочный тест позволяет достаточно легко определить степень недержания мочи в течение короткого периода. Описано достаточно большое количество методик выполнения данного исследования. Чаще других используют следующую методику, проводя исследование в течение 72 ч. Прокладки меняют каждые 6 ч, взвешивая используемые. Потери мочи менее 8 г в день считаются нормой.

Объем остаточной мочи является прекрасным тестом для изучения фазы опорожнения мочевого пузыря. В норме объем остаточной мочи не превышает 25-50 мл. Количество остаточной мочи резко возрастает при снижении контрактильности детрузора или при уретральной обструкции.

Имаджинговые исследования верхних отделов мочевого тракта необходимы в первую очередь у пациенток с высоким риском развития уретерогидронефроза. В эту группу входят женщины с развившимся микроцистом, диссинергией детрузора и сфинктера, уретральной обструкцией, генитальным пролапсом 3-4-й степени. Наиболее предпочтительным в данной ситуации является ультрасонографическое исследование.

Цисто-уретроскопия играет вспомогательную роль при диагностике расстройств мочеиспускания у женщин, но значение этого исследования трудно переоценить при подозрении на опухоль, наличие конкрементов, а также для выявления патологических изменений в слизистой оболочке мочевого пузыря и мочеиспускательного канала (например, при интерстициальном цистите).

Урофлоуметрия позволяет оценить связь между внутрипузырным давлением, развивающимся во время акта мочеиспускания, и сопротивлением, которое оказывает мочеиспускательный канал.

Уродинамическое исследование. Основными целями уродинамического исследования являются: уточнение причин патологической симптоматики у пациентки; исследование функции детрузора и сфинктера; выявление факторов риска развития поражения вышележащих отделов мочевого тракта.

Эти факторы риска включают диссинергию сфинктера и детрузора, снижение растяжимости стенки мочевого пузыря, ИБО и нарушение контрактильности детрузора. В тех случаях, когда уродинамическое исследование не выполняют в виде рутинного теста, оно весьма желательно в следующих ситуациях: другие методы диагностики оказались неинформативными; пациентка жалуется на недержание мочи, но этот симптом не выявляется при клиническом исследовании; пациентка обратилась в связи с неэффективностью предшествовавшего оперативного вмешательства по поводу недержания мочи; патологические симптомы развились после обширных вмешательств на органах таза (брюшно-промежностной резекции прямой кишки, радикальной гистерэктомии и т.д.); у пациентки имеют место известные или предполагаемые неврологические нарушения, которые могли бы обусловить нарушение функций мочевого пузыря или сфинктера (миелодисплазия, повреждения спинного мозга, рассеянный склероз, грыжа межпозвоночного диска, инсульты, болезнь Паркинсона и пр.).

Принципы лечения

Существует три подхода к лечению нарушений мочеиспускания у женщин:

лечение причинной патологии;

проведение терапии, направленной на ликвидацию симптомов заболевания;

паллиативное лечение (например, перемежающаяся катетеризация).

Стрессовое недержание мочи. Медикаментозное лечение с использованием эстрогенов, применявшееся в прошедшие десятилетия, в настоящее время подвергнуто сомнению. Лечение данного заболевания с использованием антидепрессанта, ингибитора обратного захвата серотонина, дулоксетина оказалось достаточно эффективным при легких и среднетяжелых формах заболевания. Механизм действия препарата основан на повышении тонуса тазового нерва за счет накопления дулоксетина в ядре Онуфа.

В то же время, хирургическое лечение (субуретральные ленты и операция Burch) остается основным методом лечения стрессового недержания мочи. Стрессовое недержание мочи у 29% пациенток сочетается с ГАМП, иногда проблемы, связанные с гиперактивностью детрузора появляются de novo после выполненного оперативного вмешательства.

В нашем наблюдении при подозрении на сочетание стрессового недержания мочи и ГАМП за месяц до предполагаемого оперативного вмешательства назначали Детрузитол (Pfizer) по 2 мг 2 раза в сутки. При этом 2 (8,3%) из 24 пациенток отказались от оперативного лечения в связи со значительным улучшением в плане недержания мочи, остальным оперативное вмешательство было проведено после ликвидации императивных позывов к мочеиспусканию. Ни у одной из пациенток в послеоперационный период на фоне приема Детрузитола не отмечено рецидива развития симптомов ГАМП.

Гиперактивность детрузора. Идеальным лечением в данной ситуации явилось бы выявление и устранение предрасполагающих факторов (таких, которые имеют место при стрессовом недержании мочи, инфекциях, конкрементах, неврологических заболеваниях и т. д.), но у большинства пациенток это не представляется возможным. В настоящее время антихолинергические препараты остаются средствами первой линии при лечении ГАМП. Другие методы лечения включают тренировки с использованием биологической обратной связи, электростимуляцию большеберцового нерва, внутривезикулярные инъекции ботулотоксина, энтероцистопластику.

В настоящее время проведено достаточно большое количество исследований сочетанного применения Детрузитола с α -блокаторами (доксазозин) при СНМП у мужчин. Была доказана более высокая эффективность комбинированного лечения пациентов мужского пола. Очевидно, необходимо проведение исследований эффективности данной терапии и у женщин с СНМП, обусловленным гиперактивностью детрузора.

Инфравезикальная обструкция. Наиболее логичным методом лечения ИВО является, несомненно, ликвидация самой обструкции. Конечно, при анатомической обструкции требуется хирургическое вмешательство. В то же время, фармакотерапия является точкой приложения при функциональной обструкции. В случае функциональной обструкции мышцы сфинктера мочеиспускательного канала (неисчерченные и поперечнополосатые) не расслабляются в достаточной степени во время мочеиспускания. В данной ситуации эффективны препараты различных групп, включая α -блокаторы, антихолинергические средства, миорелаксанты центрального действия.

Снижение контрактильности детрузора. В настоящее время отсутствуют эффективные методы лечения аконтрактильности детрузора. Оптимальным решением данной проблемы может быть только интермиттирующая катетеризация! В идеале, возможно, будет создан препарат, повышающий сократимость детрузора.

Дисфункциональное мочеиспускание. В основе данного патологического состояния лежит невозможность полного расслабления сфинктера во время мочеиспускания. Это обусловлено приобретенной поведенческой реакцией. Оптимальным методом лечения является «перетренировка» пациентки, обучение ее правильному режиму расслабления мышц промежности. В случае неэффективности данного метода проводят эмпирическую терапию с использованием транквилизаторов, центральных миорелаксантов, дилатации мочеиспускательного канала.

Сенсорная ургентность. Первой линией терапии является диагностика и лечение устранимых факторов (инфекции нижних мочевых путей, уретральная обструкция, рак, конкременты или инородные тела мочевого пузыря). В тех случаях, когда это не представляется возможным (например, при интерстициальном цистите), существует целый ряд терапевтических возможностей. Наиболее рациональным является применение препаратов, снижающих чувствительность мочевого пузыря или повышающих порог болевой чувствительности (инстилляцией димексида, капсаицина, инъекции ботулотоксина). Альтернативой является снижение проницаемости гликозаминогликанового слоя (пентосан), вплоть до хирургического лечения - аугментации мочевого пузыря или цистэктомии.

Выводы. СНМП у женщин могут быть классифицированы как симптомы наполнения, опорожнения или как их комбинация. Причиной развития такой симптоматики является ограниченное число заболеваний, которые, в свою очередь, делятся на две большие категории: заболевания мочевого пузыря и заболевания мочеиспускательного канала и ее сфинктера. Для диагностики заболеваний, вызывающих СНМП у женщин, клиницисту необходимо прибегнуть к тщательному и всестороннему исследованию пациентки.

Лечение СНМП у женщин напрямую зависит от обусловившего их заболевания и имеет три базовые составляющие: лечение причинной патологии, проведение терапии, направленной на ликвидацию симптомов заболевания, паллиативное лечение (например, перемежающаяся катетеризация).

ПОЗА МЕЖАМИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ...

ХАРЬКОВСКИЙ «КОМИТЕТ ЗДОРОВЬЯ» - БОРЕЦ С ВЕНЕРИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПРОСТИТУЦИЕЙ

Россихин В.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Интересна общественная деятельность проф. И.И. Маклецова. Так, широкий разгул венерических заболеваний в Харькове до революции и в смутные 20-ые годы объяснялся таким явлением как проституция, с которой старался бороться «Комитет здоровья», активным членом которого был И.И. Маклецов (заместитель Председателя).

Приведем заметки И.И. Маклецова к отчету о деятельности «Комитета». Отчет изобилует рассуждениями и интересными данными, иллюстрирующими особенности Харьковского региона (*заметки адаптированы к хронологическому и событийному порядку*).

Мнение о том, что Харьков хотя бы когда-нибудь в своей истории был городом разнузданной морали, не выдерживает критики. Здесь не было крупного порта, где тон задавали бы истосковавшиеся по женщинам матросы. Патриархальную тишину нашего города 4 раза в год нарушали знаменитые харьковские ярмарки, на которые съезжалось огромное количество народа, когда спрос на платную любовь резко возрастал. Соответственно, формировалось и предложение.

Помимо классической формы предоставления интимных услуг в шинках и банях в город, в поисках заработков, стекалось огромное количество солдатских вдов и так называемых «накрытых девок», от которых отказались родные.

Местом их обитания в XVIII веке были харьковские слободы — Захарьковская, Немышлянская, Ивановка, а главное требование, которое к ним предъявлялось — не заниматься любовью с мужчинами более низкого сословия.

Вторая немаловажная причина, стимулировавшая проституцию в Харькове — относительно большое количество в городе военных. В XVIII, да и вплоть до последней четверти XIX века никого не интересовало, где находится солдат ночью и чем он занимается — главное, чтобы утром явился на поверку.

Понятие «публичная девка» на Харьковщине появляется лишь в начале XIX века. Первой харьковской проституткой, имя которой до нас дошло, можно считать некую Стрельникову. Известно, что она жила на Заячьем острове на реке Нетечи (сегодняшняя Нетечинская) и принимала клиентов у себя на дому. Стоимость ее услуг колебалась от 10 до 15 копеек, что по тем временам равнялось цене одной курицы.

Совращенные дочери мещанок и не имеющие средств к существованию сироты из благородных сословий составляли отдельную касту. Для них занятие проституцией было не только средством борьбы за то существование, к которому они привыкли, но и способом удачно выйти замуж. Многие из них лелеяли именно такую мечту. Их становилось все больше, и в 1815 году волна проституции захватила центральные улицы Харькова. Харьковские власти начинают бороться за нравственность.

Первыми пострадали фарфоровые фигурки фривольного содержания, в большом количестве продававшиеся на ярмарках — их предписывалось уничтожать на месте.

Жриц любви изгоняли с центральных улиц, а повторно попавшихся — штрафовали. Особо нахальных отправляли в тюремный замок, где с 1819 года была устроена женская камера.

Но это мало помогло. Тогда правительство имп. Николая I предприняло отчаянный шаг — «ЭТО» решили легализовать.

В 1841 году Министерством внутренних дел были составлены правила содержания борделей. Таким образом, проституция была узаконена, и в Харькове появляются первые публичные дома.

Для них отвели место за рекой Харьков, в районе улицы Нетеченской и Михайловской (современной Красношкольной) набережной — с середины XIX века и до 1880 года именно здесь был район «красных фонарей», в котором насчитывалось около 150 притонов.

Только на Нетеченской было сосредоточено 20 публичных домов, в которых обитали 92 проститутки. Самостоятельно на этой же улице обитало еще 36 путан.

Кстати, фонари совершенно необязательно были красными, согласно правилам, они должны быть цветными, чтобы посетители не путали и не ломились в дома к обычным гражданам, живущим рядом. Некоторые здания, в которых тогда были «заведения», сохранились по сей день.

В Харьковские бордели приходили в основном мастеровые, а позже — промышленные рабочие, которые платили за удовольствие рубль.

Содержательницами таких легальных публичных домов средней руки были в основном мещанки, часто в прошлом сделавшие успешную карьеру на ниве полового бизнеса. Их прибыль за год доходила до 11 тысяч рублей серебром.

Но были и совершенно исключительные случаи. Например, содержательница одного публичного дома совместно с владельцем гостиницы средней руки организовала любопытный бизнес. Хозяин гостиницы приглашал к приезжим, желающим поразвлечься, ее девушек. Те исполняли стриптиз, а присутствующие устраивали аукцион. Первым даму выбирал тот, кто платил больше денег. Подогретые винными парами и зрелищем приезжие сорили купюрами, а организаторы этого шоу получали кругленькую сумму. И все это — в середине XIX века!

Самый высокооплачиваемый бордель Харькова в то время содержала киевская мещанка Ольга Надежина. У нее было 17 отлично вышколенных девиц из разных сословий, в том числе и дворянок, что называется, на любой вкус. Она содержала своего врача, работниц зарплатой не обижала, а ее доход составлял фантастическую сумму — 45 тысяч серебром. Для сравнения - доход от сахарного завода с тремя тысячами сезонных рабочих в те времена составлял 26 тысяч.

Знаменитые желтые билеты тоже были введены в середине XIX века в момент легализации проституции. Их выдавали вместо паспорта на год. Они представляли собой таблицу из четырех страниц, в которую записывались результаты еженедельного медицинского и полицейского осмотров.

Эти билеты обязаны были иметь не только те публичные женщины, которые «работали» в публичных домах, но и так называемые «раструски», занимавшиеся «этим» в индивидуальном порядке и зарабатывавшие не так уж много — в месяц не более 60 рублей (это цена 1 десятины земли до реформы 1861 года).

Правда, самая красивая харьковская публичная девка Авдотья Козлова однажды поставила рекорд — получила 3 тысячи рублей серебром за одну неделю от некоего чиновника Министерства внутренних дел, который так ею увлекся, что уехал из Харькова только после неоднократных напоминаний губернатора.

Для многих юношей дореволюционной России бордели были настоящей школой жизни. Их водили туда старшие братья, друзья и даже отцы. И не только. Студентам Казанского университета в качестве поощрения за хорошую учёбу университетское начальство выдавало оплаченные билеты на посещение публичного дома.

Вокруг домов терпимости жизнь была ключом, а сами они обрастали сопутствующей инфраструктурой. Поблизости обязательно вели приём доктора, лечащие «секретные болезни». Располагались специфические фотосалоны, работники которых снабжали клиентов пикантными снимками и всегда были готовы подсказать, где найти прекрасную незнакомку, изображённую на фотографии. В начале XX в. в Москве насчитывалось более 30 родильных приютов, куда ежемесячно подкидывали около 60 новорождённых. Через 15 лет столько подкидышей оставляли у дверей приюта уже ежедневно. В основном от «побочных продуктов любви» таким образом избавлялись проститутки. *(К сожалению, данных по Харькову-дореволюционному в Харьковском городском архиве не найдено. Авт.)*

Иногда Харьков потрясали настоящие эротические скандалы. К примеру, однажды одна девица (согласно газетным источникам, не назвавшим её имени - была она «не совсем в себе») пришла в дом к чертежнику чугуевского юнкерского училища и осталась там на некоторое время. Через несколько лет, когда она уже была замужем, узнав, что чертежник получил дворянский титул, она подала на него в суд за соращение. В качестве улики она предъявила платье с якобы пятнами крови. Что это было на самом деле — установить было невозможно, поскольку анализ крови к тому моменту еще не делали. Чертежника спас хороший адвокат, который, сопоставив показания свидетелей, в том числе и прислуги, установил, что времени на соращение у него было всего лишь около минуты, включая раздевание и одевание. *(Чем-то эта ситуация напоминает историю Моники Левински).*

К 1880 году публичные дома с Нетеченской решили перенести. Причиной стало недовольство жителей этой улицы, которые буквально завалили губернатора прошениями о переносе района «красных фонарей». Эти прошения живописали буйства и непотребства, пьяные драки и вредное влияние на подрастающее поколение. «Несем мы через то позор и соблазн, в высшей степени убивающие нравственность не только слуг наших, но даже родных детей», — писали жители, по вечерам боявшиеся высунуть нос за порог своего дома.

Тем не менее окончательно вопрос о переносе домов терпимости в другое место решился только после открытия здесь 4-й женской гимназии Миклашевского — ведь по существующим правилам публичные дома не могли находиться рядом с учебными заведениями и не ближе 150 саженей (то есть 320 метров) от церкви.

В результате «заведения» перекочевали в район Фонарного переулка, Мало-Мясницкой и Плехановской улицы, где и находились вплоть до 1915 года. (Так что все остальные «адреса» публичных домов, о которых много и охотно говорят старожилы (например, в районе Конторской или Университетской улицы) — не более, чем городские предания. Там публичные дома могли находиться только нелегально).

Вместе с тем, далеко не всем дамам полусвета хотелось получить желтый билет и остаться без паспорта, особенно из «благородных». Точно так же, как дворянкам не к лицу было официально становиться бандершами.

Потому в Харькове процветали тайные дома свиданий. Один из них находился на Примеровской улице, в доме № 24, принадлежавшем дворянке Ольховской. Она рано овдовела, средств к существованию у нее не было. Потому вместе с подружкой сначала занялась сводничеством — присылала к приезжим проституток под видом благородных женщин среднего и высшего круга. Разразился скандал, сводниц наказали, но урок не пошел впредь — через 10 лет эти же дамы организовали у себя в доме тайный бордель.

Таких случаев по Харькову были десятки, но не нужно думать, что власти смотрели на это сквозь пальцы.

Для надзора за проституцией и выявления нелегалок в полиции существовали специальные агенты, которых никто не знал в лицо. Первоначально они были из дворянского сословия, а позже — из мещан.

Вообще же все, что касается проституции, в Харькове находилось под строгим контролем полиции.

Особой статьей была борьба с порнографическими картинками. Самым злостным продавцом таких карточек был содержатель магазина «Женева» на Московском проспекте. Он выставил в витрине такие карточки огромного размера, и проходящие гимназисты подолгу простаивали возле нее. А родители жаловались в полицию и просили принять меры.

Главной причиной, по которой государство контролировало проституцию, было не столько желание собрать налоги, сколько необходимость контролировать венерические заболевания. В середине позапрошлого века в харьковском гарнизоне, например, на излечении ежегодно находилось до сотни солдат.

Чиновники установили, что все они заразились не в публичных домах, куда нижних чинов не пускали, а у раструсок, и часто даже не помнили — где именно. Кстати, начиная с 1905 года, из городского бюджета ежегодно выделялось 850 рублей для содержания венерических больных и 600 рублей — для агентов по надзору за проституцией. В подобном объеме ассигнований немалая заслуга харьковского «Комитета». В начале XX века были даже составлены списки проституток Харькова, которые дошли до наших дней. Согласно им, число проституток в борделях не превышало 250 человек, а на улицах — не более 300; итого — 550 человек на город с населением в 283 тысячи жителей.

И. И. Маклецов два раза в неделю вел консультативный прием больных военнослужащих в Александровской больнице (I Советская больница на ул. Карла Маркса – сегодня и до революции - Благовещенская) и неоднократно выступал с короткими сообщениями в военных частях о гонорейных уретритах, сифилисе, артритях и иных венерических заболеваниях.

Уже в 30-ые годы, будучи заведующим кафедрой урологии УИУВ, в лекционном курсе и общественных выступлениях. И.И. Маклецов отмечал:

«...Типичные клиенты борделя – люди одинокие или несчастные в браке, страдающие от комплекса неполноценности, считающие себя неудачниками. Они убеждены в том, что не способны на нормальные взаимоотношения с женщинами, не представляют для них интереса и т. д. Цель сутенеров – любой ценой удержать «постоянников», а фактически – полностью обобрать их, вытрясти все деньги. Проводится массированная психологическая обработка: клиенту внушают, что его интимная жизнь возможна только при регулярном посещении соответствующего заведения. Впрочем нередко дельцы используют и гораздо более простые способы отъема денег: клиентов просто обворовывают или грабят, подсыпают им морфин в кофе или шампанское...»

Чем дольше человек продолжает играть в любовь за деньги, тем сложнее ему будет выпутаться из этого порочного круга. Первый шаг к выздоровлению – это понять, что сомнительные услуги проституток никогда не заменят здоровых, полноценных отношений между людьми. Необходимо обратиться за помощью к специалистам, которые помогут побороть пагубную зависимость и наладить личную жизнь.

Почему же, несмотря на риск венерических заболеваний и реальный шанс стать жертвой криминала, значительная часть мужского населения не брезгает обществом «ночных соблазнительниц»? По результатам исследований акад. В.М. Бехтерева, от 10 до 25% мужчин хотя бы один раз в жизни становились их клиентами.

Нередко знания о сфере половых услуг черпаются из завлекательных эротических фильмов, репортажей прессы и т.д. Но в жизни все происходит не так. Вместо очаровательных «прелестниц» клиента ожидают пьющие, курящие, запуганные и нередко употребляющие морфин, больные венерическими заболеваниями девицы. Немалая часть «сотрудниц» домов терпимости находится в этих заведениях против своей воли.

Побои, лишение пищи и сна и другие издевательства над павшими женщинами стали повседневным явлением в сфере интимных услуг. У посетителей притонов не хватает смелости приглядеться к телам своих избранниц. На них можно нередко заметить и шрамы от побоев, и ожоги от сигарет. Обычно эти женщины ненавидят всех мужчин. И часто пытаются выместить свою злобу на обычных посетителях.

Но почему же молодые девушки и женщины выбирают этот сомнительный путь? Причин может быть много: отсутствие жилья и средств к существованию, разочарование в себе и своих способностях заработать на жизнь другими способами... И все же большинство проституток сами отдают свои жизни на откуп циничным дельцам. Их привлекли мифы и легенды, распространяемые сутенерами, они купились на обещания богатой и беззаботной жизни. Кто-то из наивных девушек надеется стать любовницей или даже женой знатного господина. На самом деле красивые сказки не имеют ничего общего с действительностью. Никаких «элитных борделей» – за редчайшими исключениями, только подтверждающими правило, – в природе не существует. Это дешевая приманка для наивных «золушек».

Предпринимаются попытки обелить проституцию. Например, порой можно слышать утверждения, что проститутки совершают полезное дело, давая возможность желающим получить сексуальную разрядку. Таким образом якобы уменьшается число изнасилований.

Кто-то заявляет, что бывшие проститутки являются лучшими женами... На самом деле проституция разрушает человеческую личность, наносит непоправимый вред физическому и психическому здоровью....»

В 1915 году (I Мировая война) согласно предписанию МВД все публичные дома были закрыты, а помещения некоторых из них переданы воинским частям. Но проституция не исчезла — она ушла в тень, где до сих пор сохранилась.

- **ДОБАВЛЕНИЕ от автора-составителя по теме «Красные и «девочки» , а также - «День сегодняшний»**

Февраль 1917 г. уничтожил систему медико-полицейских мер контроля за проститутками. Ленин предлагал расстреливать «девочек» сотнями, хотя среди части революционных теоретиков-романтиков бытовало мнение, что проститутки - те же пролетарии, поскольку никого не эксплуатируют, а вынужденно торгуют своим телом. И для перевоспитания заблудших женщин достаточно лишь приобщить их к общественно полезному труду. Однако в условиях Гражданской войны и военного коммунизма задача эта оказалась трудновыполнимой. Труженицы постели, не желающие стать пролетарками, мозолили властям глаза. В мае 1919 г. большевики организовали трудовой лагерь для проституток с достаточно мягким режимом. Не помогло. В конце того же года на станцию Разлив, где ранее прятался от Временного правительства Ленин, решили упрятать около полутысячи проституток, устроив там лагерь со строгим режимом.

Уголовного наказания за занятие проституцией советская власть не предусматривала, и в начале 1920-х репрессивные меры по отношению к девицам лёгкого поведения сменились воспитательными. Появились десятки женсоветов и других общественных организаций, множество комиссий по борьбе с этим злом. Во время безработицы бирже труда поступило указание в первую очередь обеспечивать работой бывших проституток. Бывали случаи, когда вполне добропорядочные женщины, чтобы получить работу, на бирже труда причисляли себя к «ночным бабочкам».

Заботу о падших проявляла и жена Кирова, которая руководила профилакторием, где таких девиц наставляли на путь истинный. Порядки в нём были мягкими, а пребывание добровольным. «Девочки» ударными темпами перековывались и даже участвовали в первомайских демонстрациях. Только потом выяснилось, что профилакторий они считали местом ночлега, из его окон договаривались о встречах с проходящими по улице мужчинами.

Короче, проститутки не хотели перевоспитываться. Более того, присылаемые «для укрепления» в эти заведения передовые работницы сами нередко под воздействием подшефных вступали на тропу порока.

В 30-х гг. профилактории по-тихому передали в систему ГУЛАГа. Советский Союз провозгласил себя единственной страной в мире, в которой проституция ликвидирована окончательно.

Явления «не было», но проститутки никуда не делись. После И.В. Сталина, во времена активного построения коммунизма, их подвергали административной высылке за «антиобщественный образ жизни» и тунеядство. Вплоть до начала перестройки отдельных статей, карающих за проституцию, в СССР не предусматривалось. В 1987 г. «ночных бабочек» решили-таки испугать административным наказанием - штрафом в 100 рублей. Штрафы и наказания действуют и сегодня.

ИРАН. Смертная казнь. На практике почти не применяется, так как легко обходится при помощи института «временных браков». Например, на 1 ночь.

КИРГИЗИЯ. Арест на 30 суток, изъятие орудий преступления (секс-игрушек, секс-одежды).

РОССИЯ. Штраф до 2000 рублей. Организация проституции – до 10 лет заключения.

КИТАЙ. Впервые пойманные проститутки - штраф до 500 юаней (60 долларов) и 5 суток ареста. Штраф и срок за повторное задержание увеличивается в 10 раз.

США. От 6 мес. тюрьмы, штраф от 5000 долларов. В штате Невада проституция легализована.

ШВЕЦИЯ. Штраф до 7000 крон (около 35 000 рублей) - наказывают покупателя! интимных услуг.

История медицины и нравов

ПУБЛИЧНЫЙ ДОМ В ЦАРСКОЙ РОССИИ...

(составлено на основе лекционных записей проф. И.И. Маклецова и проф. Ф.В. Клепикова - «Бордели в царской России. О правилах, порядках и «аттракционах»)

Россихин В.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования



Сегодня нет отбоя от любителей поговорить на темы традиционных семейных ценностей, которые будто бы очень сильно почитались в Российской империи. Гораздо меньше вспоминают о том, что в Российской империи была официально разрешена проституция, и промысел «ночных бабочек» был поставлен под полный контроль властей.

Справедливости ради стоит отметить, что проституцию в России легализовали вовсе не из-за особой извращенности или неожиданного либерализма властей. Просто император Николай I

понял, что наказаниями и запретительными мерами бороться со второй древнейшей профессией совершенно бесполезно. Первым же начал бороться с проституцией еще сам император Петр Великий, который, вернувшись из Амстердама, тут же запретил открывать публичные дома рядом с казармами полков - во избежание массовых случаев заражения "нехорошими" инфекциями (сифилис – вот главный враг русского солдата!). Гулящих же девок, пойманных с солдатами, император призывал безжалостно ссылат на принудительные работы. Екатерина II в своем "Уставе о благочинии", принятом в 1782 году, постановила сутенеров и устроителей публичных домов наказывать заключением в смиренный дом на срок от двух недель до полгода. Ее сын Павел I приказал ссылат проститутки из Москвы и Санкт-Петербурга в Иркутск и обязывает публичных женщин носить желтые платья, «дабы отличаться от других дам».

Но все жестокости были бесполезны: проституция все равно цвела в России пышным цветом, а венерические болезни были главной заботой всех военных лекарей. И тогда Николай I специальным указом легализовал проституцию, установив за ней строгий врачебно-полицейский надзор.

Проститутки, женщин старше 16 лет, ставили на учет во врачебно-полицейских комитетах, отбирали у них паспорта, а взамен выдают особые свидетельства – «желтые билеты».

В «Правилах для содержательниц домов терпимости» были установлены возрастные ограничения как для самих проституток – только с 16 лет, так и для содержательниц публичных домов – с 35 лет, а также регламентировано место размещения борделей – не ближе чем 150 саженей – то есть, около 300 метров – от церквей, училищ и школ.

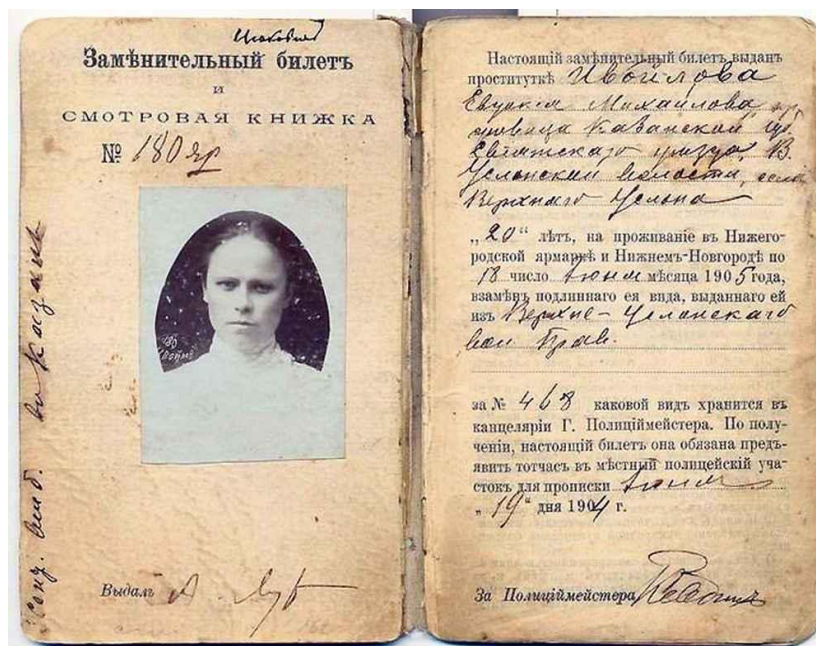
Публичный дом в царской России был заведением серьезным. Действовал запрет на любые вывески, а расстояние от него до церквей, школ и училищ должно было быть «достаточно большим». Внутри публичного дома разрешалось иметь пианино и играть на нем. Все остальные игры были запрещены, особенно настороженно упоминались тут шахматы. Также было запрещено украшать дом портретами царственных особ.

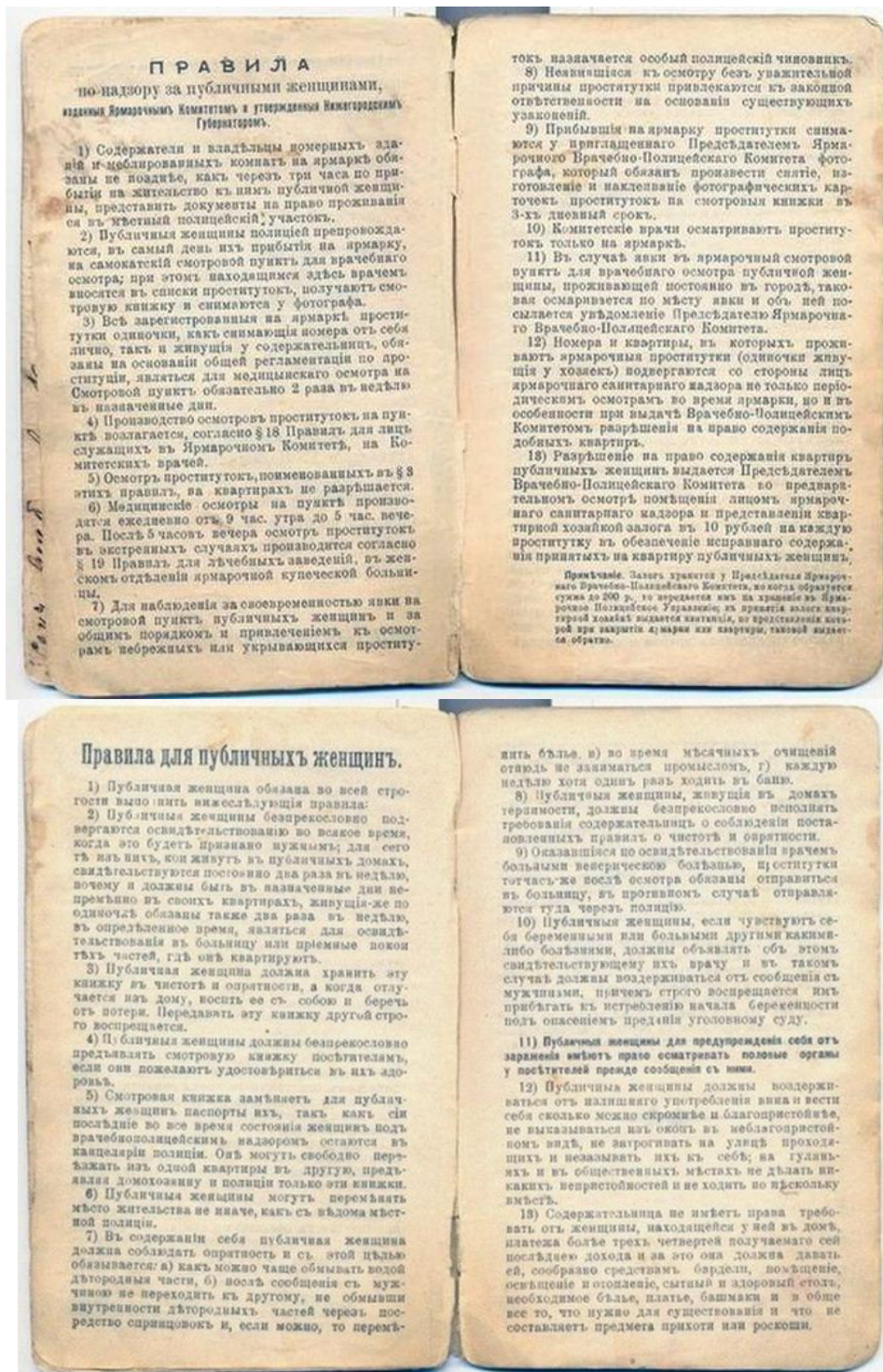
Делились бордели на три категории: высшая оплата до 12 рублей (не более 7 человек в сутки), средняя до 7 рублей (до 12 человек), низшая до 50 коп. (до 20 чел. в сутки). Неисполняющих требования проституток заключали под стражу в «Калинкин дом».

Так как проституция считалась официальной профессией, то публичные дома облагались налогом. Оговаривался и расчет за услуги: 3/4 полагались хозяйке, 1/4 — девушке. Правила эти, скорее всего, соблюдались когда как.

Из Правил содержательницам борделей, утвержденных министром внутренних дел 29 мая 1844 года:

1. Бордели открывать не иначе как с разрешения полиции.
2. Разрешение открыть бордель может получить только женщина от 30 до 60 лет, благонадежная.
8. В число женщин в бордели не принимать моложе 16 лет...
10. Долговые претензии содержательницы на публичных женщин не должны служить препятствием к оставлению последними борделя...
15. Кровати должны быть отделены или легкими перегородками, или, при невозможности сего по обстоятельствам, ширмами...
20. Содержательница подвергается также строгой ответственности за доведение живущих у ней девок до крайнего изнурения неумеренным употреблением...
22. Запрещается содержательницам по воскресным и праздничным дням принимать посетителей до окончания обедни, а также в Страстную неделю.
23. Мужчин несовершеннолетних, равно воспитанников учебных заведений ни в коем случае не допускать в бордели..





Ивановская
10-й
Медико-санитарная
1891 г.
Владимиръ.

МЕДИЦИНСКИЙ БИЛЕТЪ

ВЫДАННЫЙ ПОЛИЦІЕЙ ПРОСТИТУТКЪ

Жаениковой Анаст
Михайловны

Самойлова 1889 года.

Полковника Пристава Ванкоф

12 Сентября	здорова
22 —————	здорове
29 Сентября	здорова
6 Октября	здорова
10 —————	здорова
13 —————	здорова
20 —————	здорова
24 —————	здорове
27 —————	здорове
24 Октября	здорове
28 —————	здорове

Еще один вариант "желтого билета"

18

МЕДИЦИНСКИЙ БИЛЕТЪ № 1278

Предъявительница сего *Мендиръ, Юлия*
Новоселъ, Александровна

Лѣтъ *26* Глаза *с*
 Ростъ *ср* Брови *р*
 Лице *ч* Носъ *у*
 Ротъ *у* Подбородокъ *у*
 Волосы *р* Особ. примѣты:

Билетъ этотъ выданъ по *Мин. 1872* *рождения*
Юлии ср. по 13 сентября 1875 года
 являющемуся въ Комитетъ *Синд. 26* дня 1875 года.

Инспекторъ *Душманъ*

Отвѣтна полиціи о мѣстѣ жительства:

по <i>наеско</i> Части, <i>4</i> Уч.,	Части, Уч.,
по <i>Волосъ</i> д. № <i>5</i>	по ул., д. №
<i>у окнѣ</i> кв. №	, кв. №
Приставъ <i>Муринъ</i>	Приставъ
Части, Уч.,	Части, Уч.,
по ул., д. №	по ул., д. №
, кв. №	, кв. №
Приставъ	Приставъ

Болѣзненные пошлины 60 коп. внесены въ *44* *члннн* *Синд. 26*
Синд. 26 *Синд. 26* 1875 года.

Дѣлопроизводитель *Приставъ Муринъ*

И еще один вариант "желтого билета" - со специальной маркой об уплате пошлины.

Билетным предписывалось посещать баню, не уклоняться от медицинского освидетельствования, и ни в коем случае не использовать косметики.

Власти были к ним лояльны: в кабинеты для осмотра разрешали приходить под вуалью, а в документе 1888 года, переизданном в 1910 году, инструкции Министерства Внутренних Дел для чинов сыскных отделений говорилось: п. 18 «...каждый чин сыскной полиции при исполнении ... должен быть с лицами женского пола вежлив, серьезен и сдержан в особенности».

Развитие института проституции в России шло по классической схеме. Существовал слой элитных проституток из высшего слоев общества – в обиходе этих женщин в Петербурге называли «камелиями» по ассоциации с романом А. Дюма-сына «Дама с камелиями». Известно, что «камелии» вели такую же жизнь, как и аристократы, в обществе которых вращались эти дамы. «Встают они поздно, - отмечал в 1868 году анонимный автор «Очерка проституции в Петербурге», - катаются по Невскому в каретах и наконец выставляют себя напоказ во французском театре».

Резиновые издѣлія.

Настоящіе парижскіе и американскіе резиновые предохранители безъ швовъ самой тончайшей выдѣлки для мужчинъ.

Бѣлые	дюж.	—	руб. 80 коп.
Красные	"	—	80 "
„Экстра“ съ резервуарами	"	1	20 "
„Prima-Prima“ „Derby-Степск“	"	2	50 "
„Микадо“	"	2	50 "
„Микадо“ съ резерв.	"	3	— "
Американскіе „New tip“	"	2	50 "
„Non plus ultra“ (шелков.)	"	2	50 "
„Кеафъ“ со шпорами	"	5	— "
Тоже лучшаго сорта	"	6	— "

Парижскія и американскія надѣія приготовлены изъ чистой латекса тонкой резины, благодаря чему не рвутся и не ломаются.

Парижскіе и американскіе предохранители изъ рыбьяго пузыря для мужчинъ

„Секунда“	дюж.	2	руб 50 коп.
„Перфектъ“	"	4	— "
„Риваль“	"	5	— "
„Эфъ-Эфъ“	"	7	— "

Предохранители изъ рыбьяго пузыря—это отборный сортъ пузырей изъ семки и другихъ благородныхъ рыбъ.

Шпоры (безъ презервативовъ) дюж. 3 руб.
Шпоры-пальцы (для надѣванія на палецъ) дюжина 5 руб.

Искусственные резиновые органы.

Мужскіе:

- Твердый** съ яйцами. Устроенъ для наполненія жидкостью и выпускающаго въ соответствующій моментъ. Служить для пользования мимо собственнаго.

I сортъ	15 руб.
II " "	10 "
- Футляръ** для надѣванія на собственный, съ мяшкомъ (суспенсиономъ) для яицъ. Онъ самостоятельно упретъ и замѣняетъ собственный, если послѣдній не дѣйствуетъ.

I сортъ	20 руб.
II " "	15 "
- Надувающийся**, посредствомъ имѣющагося при немъ краника, съ яйцами. Также какъ № 1, устроенъ для наполненія жидкостью и выпускающаго въ соответствующій моментъ.

I сортъ	25 руб.
II " "	20 "

Всѣ съ подвязками для прикрѣпленія къ телу, въ родѣ подтяжекъ.

Прейскурант одного из домов терпимости.

Был институт женщин из публичных домов — согласно статистике, в 1901 году в России было зарегистрировано 2400 публичных домов, в которых работало свыше 15 000 женщин.

Наконец, были одиночные «жрицы любви» — т.н. «билетные проститутки» (см. выше) многочисленный контингент продажных женщин. В 1901 году их, по разным оценкам, насчитывалось от 20 до 40 тысяч человек. Большая часть их была сосредоточена в крупных городах: так, на 1000 жителей Петербурга приходилось более 3 проституток, а на 1000 москвичей — уже 15 публичных девиц.

Кем были эти женщины? В России это в основном женщины из крестьянок (около 48%) и мещанок (около 36%). А вот в Петербурге состав «жриц любви» уже другой: домашняя прислуга (33%), работницы различных швейных мастерских (24%) и фабричные работницы (14%).

Проститутки были не просто «жертвами общественного темперамента», они составляли особый разряд общества — так называемых «разрядных женщин». Хочешь заниматься первой древнейшей профессией — на здоровье, но будь любезна встать на учет в полиции, сдать паспорт, а вместо него получить знаменитый «желтый билет» — официальное свидетельство того, что эта женщина больше не относится к числу «порядочных», скатившись в категорию отверженных обществом, и что полиция не только может, но даже обязана регулярно организовывать медицинские осмотры.

Стать жертвой этого порядка можно было очень легко — для этого достаточно попасться хотя бы раз с клиентом при полицейской облаве или просто по доносу квартирохозяина — и все, путь назад, к обычным людям был отрезан. Имея на руках желтый билет, женщина имела право зарабатывать на жизнь только одним способом — своим телом. Вернуть себе паспорт обратно было довольно сложно, да и незачем — кому нужна была бывшая «гулящая». Так что, как правило, попавшие в этот капкан женщины профессию не меняли до самого своего конца, и часто он наступал довольно быстро.

Но и в общей массе проституток можно было выделить две категории — уличные и жившие в публичных домах. Как правило, в уличные женщины шли или новички, не освоившиеся со своей новой жизнью, или, наоборот, опытные профессионалки, зачастую уже больные, отработавшие свое в публичных домах и постепенно, с утратой привлекательности и молодости, скатывавшиеся все ниже и ниже. Уличный промысел считался самым дном, ниже которого опуститься уже нельзя.

Несравненно более везучими считались те, кому удавалось попасть в легальные публичные дома, которые тоже делились по разрядам — от дорогих и фешенебельных, где могли удовлетворить самые разнообразные прихоти и фантазии посетителей, до мерзких грязных притонов, посещаемых в основном, представителями криминального мира.

Кроме того, существовала и любительская - "безбилетная" - проституция. Прежде всего, конкуренцию дорогим публичным домам создавали модные кабаре и кафе-шантаны с цыганскими ансамблями - например, знаменитый "Ярь" в Петербурге. Все знали, что артисток за определенную сумму можно ангажировать на вечер.

Были любительницы, которые продавали себя через объявления в газетах. Наконец, огромную конкуренцию "билетным" девицам составляли обычные деревенские крестьянки, не желавшие вставать на учет в полиции. К Примеру, полиция в Нижнем Новгороде каждый год отлавливала до тысячи неучтенных куртизанок крестьянского происхождения, которые приезжали специально на Нижегородскую ярмарку - обслуживать богатых купцов.

Основным источником пополнения обитательниц публичных домов были все-таки низшие сословия — их контингент, как правило, составляли крестьянки и мещанки, — необразованные, не умеющие и не знающие ничего, кроме своей основной профессии, женщины. Очень редко попадались и представительницы дворянства или просто интеллигентные, образованные женщины, но это были исключения. Именно поэтому цены на обладание «интеллигентной проституткой» достигали тысячи рублей — изысканный деликатес на любителя и стоил соответственно.

Как же попадали женщины в публичные дома? Обычно, самым банальным для того времени путем — барин обольщал горничную, работницу на фабрике совращал мастер, затем про это узнавали — и женщина оказывалась на улице. А тут их поджидали заботливые «хозяйки» средних лет, которым требовались именно такие, обязательно симпатичные «служанки».

Девушек для начала немного подкармливали, обещали щедрый заработок, и уже потом объясняли суть будущей работы. Большинство, намыкавшись по улицам, безропотно соглашались, боясь потерять кров над головой. Иногда содержательницы борделей набирали девиц из новеньких, только начавших работать на улице и не потерявших еще привлекательности, и тем самым сразу переводили их в более высокий разряд гулящих.

А иногда девушки попадали в лапы «мадам» буквально прямо из дома, только приехав из деревни или другого города на поиски работы. Далее шла опробованная схема — и работа находилась, — только, правда, немного не та, на которую бедняги рассчитывали. Впрочем, большинство и не роптало, и даже считало себя везучими, — ведь им не приходилось больше работать с утра до ночи, бояться потерять кусок хлеба и жить впроголодь.

Класс борделя зависел от уровня сервиса: число дам «в соку» (от 18 до 22 лет), наличие «экзотики» («грузинских княжон», «маркиз времен Людовика XIV», «турчанок» и т.п.), а также сексуальными изысками.

Само собой, отличались и мебель, и женские наряды, вина и закуски. В борделях первой категории комнаты утопали в шелках, а на работницах сверкали кольца и браслеты, в публичных домах третьего разряда на кровати был лишь соломенный матрас, жесткая подушка и застиранное одеяло. По словам доктора Ильи Конкаровича, занимавшегося в XIX веке исследованием проституции, в дорогих домах проститутки своими хозяйками принуждаются к самому утонченному и противоестественному разврату, для каковой цели в самых шикарных из таких домов даже устроены бывают особые приспособления, дорого стоящие, но тем не менее всегда находящие себе покупателей.

Существуют дома, культивирующие у себя какой-то один вид извращенного разврата и приобретшие себе своей специальностью широкую известность. Эти бордели предназначались для небольшого числа состоятельных постоянных клиентов. Об одной из затей дорогих домов терпимости есть возможность рассказать подробнее. Речь идет о комнатах, отделанных зеркалами. Туда собиралось несколько пар, зажигали спиртовые светильники, и начиналась попойка. Через некоторое время куртизанки принимались танцевать и раздеваться... в конце концов, все кончалось оргией, многократно отраженной в зеркалах при дрожащем свете спиртовок. Говорят, «аттракцион» пользовался популярностью. «Архив судебной медицины и общественной гигиены» отмечает что «публичные женщины религиозны лишь в бытовом смысле слова... они стараются не принимать гостей на Пасху, иногда спрашивают, есть ли у тех крест...».

По данным нескольких исследований проституции в России, среди причин, толкавших женщину на этот путь, чаще всего назывались социальные мотивы: нужда, скудость средств, усталость от тяжелой физической работы. Горький, Куприн, Андреев и многие другие писатели не раз отражали их жизнь, порою не без романтизма (особенно Горький). Но романтизм был специального, русского кроя — и здесь опять приходится вспомнить В.П. Безобразова, заметившего: «Надо признаться, что русский народ никак не умеет облагораживать разврат, как его этому ни учат в Париже и в Петербурге».

«СЛАДКАЯ СМЕРТЬ» (Обзор по теме «Смерть, сопряженная с сексом»)

Россихин В.В., Яковенко М.Г.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно в мире во время секса умирают около 50 тысяч человек. Главная причина – переоценка своих сил, но есть и совершенно уникальные случаи.

По данным исследователей из кардиологического общества США, наибольшую часть погибших от секса (90 процентов), составляют мужчины, при этом 75 процентов из них перед смертью как раз изменяли своим женам. Согласно статистике, шансы отправиться на тот свет во время секса у мужчин в 20 раз выше, чем у женщин.

Главные причины смерти от секса связаны с общим состоянием здоровья и в первую очередь с состоянием сердечно-сосудистой системы. По этой же причине в мир иной во время получения удовольствия чаще других уходят мужчины почтенного возраста, поскольку секс – это все же большая нагрузка на организм. Также среди причин смерти во время секса называются повышенное давление, ожирение, нарушение углеводного обмена. Фигурируют порой и нервное напряжение, накал страстей и эмоций, а то и переедание и чрезмерное употребление алкоголя перед самым актом.

А есть и ну очень специфические причины вроде заражения крови во время анального секса. И вообще, причинами могут быть не только факторы, связанные со здоровьем, но и неосторожность во всем. В чём угодно — от выбора места для интимных ласк и неумелого использования всяких секс-приспособлений до излишних сексуальных невозддержанности и экстрима.

Интересные исследования были проведены во Франции-2016. Проанализировав данные 3028 пациентов, у которых была констатирована остановка сердца во время секса (данные Европейского госпиталя имени Жоржа Помпиду) установлено, что мужчины умирали из-за того, что их партнерши стеснялись позвать на помощь. При этом, только один из восьми человек выживал при сердечном приступе, случившемся во время полового акта. В то же время примерно половина людей выживала в тех случаях, когда инфаркт возникал при любых других обстоятельствах. Был сделан вывод, что причиной более частых смертей при занятии любовью является шок сексуальных партнеров, которые теряются в такой ситуации и не догадываются немедленно вызвать скорую помощь. А как известно, каждая минута промедления при сердечном приступе снижает шансы выживания больного на 10%. Европейская практика показывает, что тем пациентам, у которых сердечный приступ случался во время интимной близости, приходилось дожидаться врачей в два раза дольше других.

Кардиологическое общество США утверждает, что большую часть погибших от секса, согласно их исследователям, составляют представители сильного пола – их более 90 процентов. И что интересно – 75 процентов из них скончались, изменяя законной супруге.

Согласно другой статистике шансы "усопнуть" во время сексуальных утех у мужской половины в 20 раз больше, чем у женской. Причиной такой "несправедливости" являются некоторые физиологические особенности. Хотя это не значит, что женщины не умирают от секса. В основном во время наслаждения люди умирают от сердечного приступа, инсульта или инфаркта. Угроза погибнуть во время занятия любовью нависает преимущественно над людьми почтенного возраста. Секс, как не крути, – это огромная нагрузка для любого организма. Причинами отхода в мир иной могут также стать изначальные проблемы со здоровьем: повышенное давление, ожирение, нарушение углеводного обмена.

Стоит избегать нервных напряжений, чрезмерного накала страстей и эмоций перед самым половым актом или во время него, а также не злоупотреблять едой и алкоголем на свиданиях, после которых последует секс.

С одной стороны, смерть во время секса называют "сладкой" и даже "королевской", с другой — это как-то стыдно. Ведь люди увидят тебя в непотребном виде, а потом на всех углах будут сыпать шуточками. С третьей стороны, это — неплохой способ войти в историю. С четвертой — в год таких смертей происходит около 50 000, так что попасть в анналы непросто. Ниже представлен список самых знаменитых людей, которых смерть застала в самый приятный момент жизни.

Как гласят некоторые исторические источники, от секса умерли полководец Чингисхан, философ Авиценна и художник Рафаэль Санти. А также:

АТИЛЛА ГУН. Знаменитый варвар и разрушитель Рима уже имел внушительный любовный багаж в виде 7 жен, когда на его пути повстречалась маленькая 12-летняя бургундка Хильда. Говорят,

глаза у нее были такой красоты, что великий воин не смог устоять. И скончался в первую же брачную ночь, нанеся непоправимую травму психике своей малолетней супруги. Хотя другие говорят, что Атилла страдал носовыми кровотечениями, и просто истек кровью на брачном ложе.

КАРЛ ВЕЛИКИЙ. Несмотря на то, что к моменту своей кончины на 72 году жизни, Карл Великий уже почти был причислен к лику святых (официально он стал святым через пару месяцев после своей смерти), и говорить об этом не принято, своё название «королевская», смерть получила именно благодаря Шарлеманю. Надо заметить, что коллапс случился с ним прямо на законной супруге, но понабежавшие со всех сторон священники попытались этот факт нивелировать. Папа Бенедикт XIV святость Карла узаконил, и все сошлись на том, что престарелого воина разбил ревматизм, и он скончался после нескольких дней лихорадки.

ЛОРД ГЕНРИ ПАЛМЕРСТОН. Премьер-министр умер в 1865 году, в возрасте 80 лет. Что, безусловно, достижение, учитывая, какая нервная у премьер-министров работа. Но то, при каких именно обстоятельствах он умер — еще большее достижение. Ведь лорд ушел в мир иной прямо с бильярдного стола, на котором он общался с одной из британских подданных, если точнее с молодой служанкой. А вот по официальной ханжеской версии Палмерстон умер от пневмонии.

7.07.1882 г. генерал Скобелев умер в номере гостиницы «Англия», в объятиях известной проститутки того времени Шарлотты Альтенроз (она же Ванда, Элеонора, Роза).

ФЕЛИКС ФОР. Французский политик и Президент Французской республики с 1895 по 1899 годы не чужд был простых человеческих удовольствий. И едва ли кто-то осудит президента за то, что вечером 16 февраля 1899 года он позвонил своей любовнице Маргерит Стенель и попросил ее заскочить после работы. Еще позже вечером охранники президента слышали его короткий крик. Они ворвались в кабинет и обнаружили коленопреклонную Маргерит перед бездыханным политиком. Фор был прозорлив и точно знал, когда уйти из жизни! Общественность страсть как не любит президентов, которые занимались в своем кабинете оральным сексом и имели при этом наглость выжить (вспомним Клинтона). На могиле Фора Жорж Клемансо оставил эпитафию «Il voulait être César, il ne fut que Pompée», что можно перевести и как «Он хотел быть Цезарем, а кончил, как Помпей», или, что вернее: «Он хотел быть Цезарем, а закончил минетом» (pomper — на сленге обозначает именно это).

ЭРРОЛЛ ФЛИНН Звезда Золотого Века Голливуда, красавчик и секс-символ 30-40х годов, ставший невероятно популярным, благодаря фильмам «Приключения Робина Гуда» и «Одиссея Капитана Блада» как-то отправился в Канаду со своей очередной пассией, 15-летней старлеткой Беверли Аадленд, чтобы продать яхту. Что произошло дальше — тайна покрытая мраком. Однако, он вдруг скорострельно скончался ночью в Ванкувере от сердечного приступа в одном номере с малолетней соблазнительницей. Лишь несколько лет спустя, уже повзрослев, барышня призналась, что смерть «спровоцировала любовь».

НЕЛЬСОН РОКФЕЛЛЕР Вице-президент США (1974-1977 гг) скончался одним заурядным январским вечером во время «сексуального акта» со своей помощницей Меган Маршак. Именно так было записано в его свидетельстве о смерти. Произошел сей казус прямо на столе в рабочем кабинете, который тут же наводнили «люди в штатском» — привели Нельсона в божеский вид, то есть одели и усадили в кресло. Одно но: прибывший на место доктор, установил у бывшего уже вице-президента редкий феномен — посмертный приапизм, и списать смерть на случайный сердечный приступ не было никакой возможности.

МАЙКЛ ХАТЧЕНС. Звезда некогда весьма популярной группы INXS в официальном акте о смерти записан самоубийцей. В это верят и его многочисленные фанаты. Однако все не так просто. Смерть случилась в номере отеля. Майкла нашли удушенным ремнем из змеиной кожи. Несколько лет спустя его девушка, которая, кстати, по ее первоначальным утверждениям, находилась в соседней комнате отеля и “ничегошеньки не слышала”, призналась, что Майк очень любил странные сексуальные игры. Особенно приятна была ему асфиксия во время секса. Просто на сей раз девушка немного перестаралась.

ДЭВИД КЭРРАДАЙН Звезда «Убить Билла» и вечный друг/противник Чака Норриса считается последним из известных секс-мертвецов. Несчастный случай с актером произошел в Бангкоке летом 2009 года. Как и Майкл Хатчинс, Кэррадайн увлекался секс-асфиксией. Только, почему-то, в гордом одиночестве. По-крайней мере, когда его тело обнаружили, в номере, запертом изнутри, он был совершенно один, а к его телу крепились две веревки — одна была обмотана вокруг шеи, вторая — вокруг пениса. Зачем была нужна вторая — никто так и не понял.

И КСТАТИ О ПАПАХ РИМСКИХ Папа, вроде бы — лицо Святое, наместник Бога на Земле, но, оказывается, и с ними случались казусы в виде *flagrante morto* (смерти со спущенными штанами).

Папа Иоанн XII (955-964) был до смерти забит мужем одной очаровательной женщины в момент соития духовного лица с обольстительницей. А вот Папе Павлу II (1467-1471) повезло меньше, или, напротив, больше. Он скончался во время секса с мальчиком-служкой. Причем мальчик исполнял, так сказать, активную роль.

- Жан Даниэлу - кардинал, автор многочисленных брошюр о благе нравственности. 20 мая 1974 года поднимался в квартиру к стриптизерше, жившей над борделем. С собой у кардинала было огромная сумма денег. Деньги, Мими так и не получила — у 69-летнего Даниэлу случился сердечный приступ и он скончался на месте. Воистину — ожидание, порой, волнительнее, чем встреча.

Смерти бывают нелепыми. Но еще более нелепыми они кажутся, когда люди занимаются сексом — этим проявлением активной жизни.

Роберт Жиль. В 2001 году американский турист скончался в одном из отелей на Филиппинах, рассматривая порнографические фото 21-летней женщины. 53-летний калифорниец настолько возбудился, что его сердце не выдержало такого испытания.

Сандра Ореллана. Женщина погибла, упав с гостиничного балкона, который находился на восьмом этаже здания. Причина — Сандра неудачно поменяла позу во время занятия сексом со своим боссом и, потеряв равновесие, перевернулась через перила.

Марио Буженау и его подруга. В 1999 году румынская футбольная звезда вместе с подругой не могли дотерпеть до нормальной постели и устроили отчаянный секс прямо в «мерседесе» футболиста в его собственном гараже. Правда, в порыве страсти Марио забыл выключить двигатель автомобиля. Оба умерли в объятиях от отравления выхлопными газами.

Кирстен Тейлор. Пенсильванская супружеская чета Тоби и Кирстен Тейлор регулярно «подзаряжали» себя элеткрошокерами и прочими электроприборами во время интима. Но в январе 2008 года случилось непоправимое — муж случайно убил жену, «приголубив» ее оголенным электрошнуром от банального фена.

Саси и Томио Хидака. Эти 34-летние японские мужчина и женщина ждали своей свадьбы долгие десять лет. Все это время они, как зеницу ока, холили и лелеяли свое целомудрие. И когда настал момент их первой брачной ночи, сердца обоих молодоженов не выдержали. Конец, достойный пера Шекспира...

Роза Вела. Для 22-летней перуанки поистине средневековая затея мужа стала роковой. Супруг, отправляясь в длительную командировку, надел на любимую ... пояс целомудрия. Однако замок, которым он скрепил верность супруги, оказался ржавым. Поранившись железкой, Роза получила заражение крови и умерла.

Агибис Хунгао. В 2002 году некто господин Хунгао устроил в отеле Dragon (Манила, Филиппины) несколько необычный секс. В «групповухе» участвовали его жена и любовница. Но когда женщины с криком о помощи выбежали в лобби гостиницы, было уже поздно — любвеобильный Агибис умер от сердечного приступа. Врачи записали в заключении о смерти, что ее причиной стали «передозировка виагры и неумеренные сексуальные извращения».

Ганнибал Кантори. Цирковой дрессировщик животных в мае 1993 году задушил свою жену, а затем покончил жизнь самоубийством. По данным полиции Бухареста, где произошла трагедия, в предсмертной записке артист признался, что он не смог пережить ужас, который испытал однажды, застав свою супругу за занятием сексом ... с лошадью!

Эдуардо Кристомар. Однажды после дикой попойки в августе 2002 года несколько мужчин из Антиполо (Филиппины), которые давно дружили друг с другом, устроили соревнование, чей пенис больше (национальное филиппинское игрище). На свое несчастье один из участников Эдуардо Кристомар с пьяных глаз стал громко высмеивать слишком, по его мнению, скромные «достоинства» одного из друзей. Тот был не менее пьян, и не долго думая, выхватил пистолет и разрядил всю обойму в голову обидчика.

Саймон Берли. Если кому-то взбредет в голову попробовать получить сексуальное наслаждение посредством неких приспособлений, то прежде чем начать экспериментировать, стоит проверить надежность приспособления. А вот этого как раз и не сделал 38-летний поклонник садомазохизма Саймон Берли. Он решил поиграть в повешение: сам встал на стул в качестве «приговоренного», а его подруга Элизабет Хэллам исполняла роль нацистского палача. Если бы только знал несчастный, что он может оказаться приговоренным без всяких кавычек, он наверняка не вручил бы «гестаповке» совершенно тупой нож, которым та не смогла вовремя перерезать веревку, насмерть затянувшуюся на шее Саймона.

Фрэнк Бартон. Есть ли возрастной предел для сексуальных извращенцев? Такой вопрос вызывает история смерти Фрэнка Бартон — 85-летнего жителя английского Хэмпшира. В 2004 году он был найден мертвым. Скончался старик во время ... сексуальной садомазохистской игры. Полиция, которая явилась в дом Бартон по заявлению соседей, не видевших достопочтенного мистера Бартон два месяца, обнаружила тело с завязанным купальной шапочкой ртом (смерть наступила от удушья) и пенисом, сильно стянутым веревкой.

Анита Харолд и Ричард Ланг. Трагедия произошла в ноябре 2002 года. Влюбленная парочка отравилась за город в Восточном Йоркшире, чтобы заняться своим излюбленным совместным делом – сексом на заднем сидении автомобиля. На свою беду, они остановились на берегу речки и, забыв поставить машину на «ручник», предались любовным утехам. Их страстные движения были настолько энергичны, что машина сильно раскачалась и покатила с горки прямо в реку. До сих пор никто не знает, что стало причиной смерти влюбленных – то ли невероятный секс, заставивший обоих забыть об элементарных мерах безопасности и выключивший напрочь всякое осознание реальности, либо заклинивший замок в дверях автомобиля...

Джимми Ферроццо и Тереза Хилл. «Condor» в Сан-Франциско стяжал славу не только первого в США бара, в котором был официально разрешен стриптиз, но и печальную известность места едва ли не самой нелепой смерти на сексуальной почве. ЧП случилось в ноябре 1983 года. Надо сказать, что в этом баре была одна «изюминка» — с потолка в центр большого танцевального зала во время вечеринок опускался белый рояль, на котором танцевали полуголые девицы. В ту роковую ночь, сразу после закрытия заведения, охранник Джимми и стрипт-танцовщица Тереза решили срочно заняться сексом, и непременно на крышке рояля. В процессе партнеры не заметили, как случайно привели в действие гидравлический механизм, который стал стремительно поднимать удобный для секса музыкальный инструмент к потолку. В результате Фероццо был раздавлен насмерть на месте, а его партнерша, оказавшаяся под мужским телом, с перебитыми внутренностями прожила еще несколько часов.

В литературе описан 12 случаев смерти женщин во время орального секса, элементарно захлебываясь (Как говорят в народе - "Не в то горло пошло"...). Также известен случай, когда девушка просто сбилась с ритма во время орального секса и в порыве страсти откусила мужское достоинство. Парень, конечно, выжил, но разве это уже жизнь?

Небходимо отметить такой пикантный момент, что оральный секс в пять раз опаснее для мужчин, чем для женщин. Об этом сообщил профессор Дитмар Турнер (Ditmar Turner) из Медицинского университета Граца (Австрия) в преддверии Ежегодного конгресса Австрийского общества отоларингологии (2017). Эксперт объяснил, почему мужчины болеют раком гортани из-за ВПЧ гораздо чаще женщин. До недавнего времени рак гортани был в основном уделом курящих и употребляющих много алкоголя мужчин в возрасте от 50 лет. Однако теперь картина изменилась: заболевшие помолодели на 10 лет, болеют в основном мужчины, но также у женщины. Причина — модное увлечение оральным сексом и передача вирусов папилломы человека (ВПЧ) через такой контакт. В связи с распространением ВПЧ число случаев рака гортани уверенно растет с конца 1990-х годов. При этом более подверженными раку гортани при заражении вирусами через рот являются мужчины, так как при оральных ласках женщины являются гораздо более заразными. В Европе ежегодно по этой причине заболевают 12,7 тыс. мужчин и 2,5 тыс. женщин. Во избежание заражения рекомендуется воздерживаться от оральных ласк со случайными партнерами. Если же такой контакт состоялся, то следует следить за ощущениями в горле и обращаться к врачу при появлении чего-то необычного.

Вернемся к случаям гибели во время секса. К примеру, не следует переоценивать свои силы, как это сделал 28-летний Сергей, житель Коломны («Московский комсомолец», 2001, № 10128 «Случай в Коломне»). «...Он поспорил с двумя подругами, что сможет продержаться с ними в постели на протяжении 12 часов. Девушки, в случае его победы, обещали вознаградить парня 200 тысячами рублей. Сергей очень хотел выиграть, и перед началом акта принял три! таблетки виагры!!! Результат не заставил долго ждать. Его мужское достоинство вскоре отекло и посинело, в результате чего началась гангрена. Позже в больнице, куда юношу доставила "Скорая помощь", он скончался от сепсиса, вызванного каврнитом».

Представляем еще несколько необычных смертей во время занятия любовью. В одном из городов Страны восходящего солнца мужчина был найден мертвым под 6000 килограммами печатной продукции о сексе. До сих пор неизвестно, умер японец от инфаркта до того, как его завалило порножурналами, либо сердечный приступ спровоцировала «интересная литература», упавшая сверху. Погибшему было 50 лет.

Более четырех лет назад на страницах СМИ государства Зимбабве появилась история о смерти молодой пары во время занятия сексом – на влюбленных напал лев. Молодые люди решили уединиться в условиях дикой природы, однако не заметили, как неожиданно к ним подобрался царь зверей. На момент обнаружения тел мужчина был абсолютно голым, однако на нем находился презерватив.

Не менее любопытная история произошла в США. 51-летняя обладательница бюста внушительных размеров буквально задушила своего возлюбленного во время полового акта. По предварительным данным, Донна Лэнж находилась под воздействием опьяняющих веществ для усиления либидо, поэтому не заметила, как ее ухажер задохнулся под тяжестью большой груди.... (Источник: <https://newinform.com/47803-seks-i-smert-tri-samyh-udivitelnyh-gibeli-vo-vremya-polovogo-akta>)

Уникальный случай произошел в Германии, где 61-летнего мужчину обвинили в надругательстве над его 53-летней подругой. Такое решение было принято после заключения о том, что ее гениталии были повреждены предметом с острыми краями, а сама женщина впоследствии была задушена. На самом же деле, как оказалось, что внушительных размеров трещина во влагалище у женщины образовалась из-за резкого введения полового члена и повышенной сухости самого влагалища (что часто бывает у женщин преклонного возраста). Обычно такие трещины незначительны и быстро заживают, но в конкретном случае трещина достигла в размерах восьми сантиметров, в кровь женщины при этом попал воздух, развилась воздушная эмболия, приведшая к летальному исходу.

Этот случай невообразим и удивителен, но смерть во время секса может быть и более понятна. Так, секс нередко сравнивают со спортом - и во время того, и во время другого усиливается кровообращение, возрастает нагрузка на организм, в особенности на сердечнососудистую систему, что провоцирует ряд фатальных состояний.

Инсульт обычно диагностируется, когда ускорение сердечного ритма и повышение артериального давления от занятий сексом создают дополнительную нагрузку на сосуды головного мозга, один из которых разрушается. "Кровоизлияние в мозг может случиться во время полового акта, а смерть наступит в течение получаса", - предупреждает Европейские рекомендации по гипертоническому синдрому.

То же самое может сказаться и на работе сердца. Учащенный пульс и повышенное давление - это опасность не только для сосудов в головном мозгу, но и для коронарных, что может выразиться в развитии инфаркта, особенно если до этого у человека случались нарушения сердечного ритма.

Легочная эмболия - еще одна причина смерти при занятиях любовью. Тромб может оторваться в любое время и привести к закупорке легочной артерии. К слову, легочная эмболия может быть причиной смерти не только при сексе, но и при длительных авиационных перелетах или долговременном ограничении в движении.

Справедливости ради нужно отметить, что частота таких смертей невысока. Центром судебной медицины во Фракфурте было проведено исследование (2010-2015г.г.), в ходе которого в результате вскрытия установили, что из 30 000 умерших только 60 человек умерли во время занятий любовью. Большинство жертв оказались мужчинами, предавшимися любовным утехам с новой партнершей.

По данным Харьковского областного судебно-медицинского общества смерть, сопряженная с сексом, наблюдается в среднем в 12-13 случаев в год. Эта цифра представляется заниженной, так как летальные исходы пациентов с инфарктами миокарда и инсультами, госпитализированных и умерших в стационаре, в судебно-медицинскую статистику не входят.

ДЛЯ НОТАТОК

ДЛЯ НОТАТОК

ДЛЯ НОТАТОК