

Министерство здравоохранения и социального развития
ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»
Главное управление администрации Алтайского края по здравоохранению
Алтайское краевое общество урологов

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**X региональная научно-практическая
конференция урологов Западной Сибири**

Сборник научных трудов под редакцией
доктора медицинских наук, профессора А.И. Неймарка.
Научные труды опубликованы в авторской редакции

Барнаул
2011

*Посвящается 20-летию создания
кафедры урологии и нефрологии
Алтайского государственного
медицинского университета*

Предисловие

Нынешняя конференция урологов Западной Сибири – юбилейная, десятая. Важно отметить, что сибирские конференции привлекают все большее внимание как сибирских урологов, так и специалистов ведущих урологических клиник России и ближнего зарубежья: Казахстана, Узбекистана, Белоруссии. Основная задача этих конференций – ознакомить широкую урологическую общественность, прежде всего урологов Алтайского и Красноярского краев, Новосибирской, Томской, Кемеровской и Омской областей, не только с состоянием урологической службы в регионе, но и с достижениями и успехами российской и зарубежной урологии. Мы надеемся, что конференция принесет пользу в решение проблем сибирской урологии.

Содержание

I. ДИАГНОСТИКА УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

<i>Ф.А. Акилов, У.А. Худайбергенов, Х.Б. Худайбердиев, Е.Г. Шорохова, Т.Ю. Нуралиев</i> Диагностика инфекции мочевого тракта в условиях первичного звена здравоохранения с помощью тест-полоски	18
<i>Ж.Б. Бекназаров, Е.Х. Нурматов</i> Математическое моделирование и прогнозирование скорости мочеиспускания при клапанах уретры у детей	19
<i>И.П. Бобров, Т.М. Черданцева, В.В. Климачев, В.М. Брюханов, В.Я. Гервальд, А.Ф. Лазарев, А.М. Авдалин</i> Характеристика активности аргентофильных белков ассоциированных с областью ядрышкового организатора (AgNOR) при раке почки: клиничко-морфологические параллели	20
<i>В.М. Брюханов, Т.М. Черданцева, И.П. Бобров, В.В. Климачев, В.Я. Гервальд, А.Ф. Лазарев, А.М. Авдалин</i> Пролиферативные процессы и нефросклероз в перитуморозной зоне рака почки	21
<i>А.А. Волков, А.С. Болоцков, А.Р. Духин</i> Трансректальное ультразвуковое исследование простаты с доплерографией у больных с СНМП/ДГПЖ	22
<i>А.А. Волков, А.Р. Духин</i> Применение Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS у больных с СНМП/ДГПЖ и эректильной дисфункцией	23
<i>А.А. Волков, А.Р. Духин</i> Морфологическое исследование биоптатов простаты у больных ДГПЖ	25
<i>Г.А. Волкова, В.Ф. Журавлев, А.С. Репин, Е.В. Репина, Ю.Ю. Винник, В.Ю. Бургарт, Н.Д. Томнюк, В.Р. Кембель</i> Безболевая макрогематурия как одно из клинических проявлений опухоли мочевого пузыря	26
<i>Г.А. Волкова, А.С. Репин, В.Ф. Журавлев, Е.В. Репина, Ю.Ю. Винник, В.Ю. Бургарт, Н.Д. Томнюк, В.Р. Кембель</i> Атипичная клиника острого пиелонефрита и особенности дифференциальной диагностики	27
<i>А.М. Галстян</i> Трансректальная биопсия простаты под ультразвуковым наведением в диагностике рака предстательной железы	28
<i>М.Я. Гаткин, И.Э. Сибуль, А.М. Суковатицин</i> Современная диагностика опухолей мочеточников	29
<i>И.С. Мудрая, В.И. Кирпатовский, С.В. Ревенко, А.В. Нестеров, И.Ю. Гаврилов</i> Оценка симпатогогусной регуляции нормального и обструктивного мочевого пузыря импедансным методом	31

<i>Ф.П. Капсаргин, Л. Кадена, С.В. Кириллова, К.В. Симонов</i> Эффективная вычислительная технология построения математических моделей по данным наблюдений	33
<i>Л.Ф. Капсаргина Ф.П. Капсаргин, В.М. Трояков А.А. Дорофейчик</i> Алгоритм диагностики камней почек	34
<i>И.А. Колмацуй, С.Ю. Юрьев</i> Диагностическое значение лейкоспермии у больных хроническим простатитом	35
<i>В.В. Климачев, В.М. Брюханов, Т.М. Черданцева, И.П. Бобров, А.Ф. Лазарев, А.М. Авдалян, В.Я. Гервальд</i> Тучные клетки перитуморозной зоны как фактор прогноза при раке почки	36
<i>Ю.С. Кондратьева, А.И. Неймарк</i> Частота встречаемости урогенитальных инфекций мочевого тракта у женщин, страдающих хроническим циститом	37
<i>М.Ю. Лазарев, О.В. Абаимов, Д.Н. Величко</i> Клиническое значение трансректальной мультифокальной биопсии предстательной железы в дифференциальной диагностике и раннем выявлении рака простаты	39
<i>В.Ф. Оношко</i> Анализ прогностических факторов при обструкции верхних мочевых путей	40
<i>И.С. Попов, А.И. Неймарк, А.В. Газаматов</i> Конгестивные расстройства предстательной железы, как фактор, ухудшающий репродуктивный прогноз у юношей, страдающих варикоцеле	41
<i>А.Ю. Прудко, А.Н. Нечипоренко, И.Н. Шапоров, Н.А. Галицкая, Н.А. Нечипоренко</i> Магнитно-резонансная и многосрезовая спиральная рентгеновская компьютерные томографии у женщин с генитальным пролапсом и стрессовым недержанием мочи	43
<i>И.Э. Сибуль, Н.И. Музалевская, Н.А. Ноздрачев</i> Роль эндоскопических методов в диагностике бессимптомной гематурии ...	46
<i>И.А. Тюзиков</i> Диагностическое значение транзиторной гиперпролактинемии в практике андролога	47
<i>У.А. Худайбергенов, Т.Ю. Нуралиев, М.К. Рахимов</i> Ранняя диагностика урологических заболеваний среди сельского населения Хорезмской области	49
<i>А.П. Чемезов, Л.Н. Светлова</i> Роль условно-патогенной флоры в разных отделах урогенитального тракта у инфертильных мужчин	50

Т.М. Черданцева, И.П. Бобров, В.М. Брюханов, В.В. Климачев, А.Ф. Лазарев, В.Я. Гервальд, А.М. Авдалян
Морфофункциональная характеристика активности белков ассоциированных с областью ядрышкового организатора (AgNOR) в дифференциальной диагностике светлоклеточного рака почки52

Т.М. Черданцева, И.П. Бобров, В.М. Брюханов, В.В. Климачев, В.Я. Гервальд, А.Ф. Лазарев, А.М. Авдалян
Неоангиогенез в перитуморозной зоне при раке почки – дополнительный фактор прогноза опухоли53

М.Г. Шатохина
Применение метода МРТ в диагностике болезни Пейрони54

II. МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

О.И. Аполихин, М.И. Катибов
Пути улучшения функциональных результатов радикальной простатэктомии58

Ю.Г. Бабышкин, Ю.И. Журавлев, А.В. Соловьев, А.М. Галстян, Р.С. Шаряфетдинова
Диагностика и лечение мочеполовых свищей у женщин59

А.И. Балугев, О.Г. Кузьменков
Лапароскопическая уретеролитотомия, как альтернативный метод оперативного лечения мочекаменной болезни61

А.А. Волков, И.М. Спицын
Лечение конкрементов почек у декретированных групп населения62

Г.А. Волкова, Т.А. Большакова, Е.В. Репина, А.С. Репин, З.А. Павловская, Е.В. Громов
Лечебная тактика при «каменной дорожке»63

Г.А. Волкова, Т.А. Большакова, Ф.П. Капсаргин, А.С. Репин, Е.В. Репина, Е.В. Громов, В.Ф. Журавлев
«Каменная дорожка» как осложнение дистанционной литотрипсии64

В.Ю. Бургарт, Ф.П. Капсаргин
Органосохраняющие операции при лечении почечноклеточного рака65

А.М. Горицкий, И.С. Кунин, И.И. Титяев, В.В. Савич, С.В. Ярмошук, А.Ю. Юрочкин, С.С. Андреев
Резекция при раке почки66

А.В. Гудков, В.С. Бощенко, И.А. Черненко
Анализ эффективности и безопасности применения электроимпульсной литотрипсии в лечении конкрементов почки, ЛМС и верхней трети мочеточника67

<i>А.А. Еркович, Л.П. Радченко, Н.В. Шангурова, Н.Ф. Захарова, И.Н. Печурина, Е.Ю. Темникова, К.К. Дмитриева К.А. Самойлова, Е.В. Герасимова, Н.Д. Темников, О.Ю. Боденко</i> Первые данные об отдаленных результатах хирургического лечения стрессовой инконтиненции и пролапсов гениталий	70
<i>А.П. Иванов, И.А. Тюзиков</i> Экспериментальное обоснование патофизиологических преимуществ резекции почки перед нефрэктомией при почечно-клеточном раке	71
<i>Е. В. Ильинская, В. П. Рублевский, И. Г. Егорова</i> Результаты лечения больных с раком мочевого пузыря по материалам клиники за 2005–2009 гг.	73
<i>В.И. Исаенко, Р.А. Халитова, Н.А. Пекарева, И.В. Феофилов, Д.И. Цыплаков, Г.Ю. Ярин, М.М. Бобоев</i> О подковообразной почке	75
<i>Ф.П. Капсаргин</i> Малоинвазивные методы хирургического лечения МКБ	77
<i>Ф.П. Капсаргин, А.Г. Бережной, В.Ю. Бургарт, М.П. Мылтыгаев</i> Требования к пункционному доступу при перкутанной нефролитотомии	78
<i>Ф.П. Капсаргин, В.Ю. Бургарт, М.А. Фирсов, Е.А. Алексеева</i> Опыт эндоскопического лечения уретеролитиаза	79
<i>Ф.П. Капсаргин, А.Н. Вохмин, В.Ю. Бургарт</i> Сочетание малоинвазивных методов в оперативном лечении рецидивного уролитиаза	80
<i>Ф.П. Капсаргин, А.В. Капкан, А.В. Романенко, Л.Ф. Капсаргина</i> Дистанционная литотрипсия при лечении камней мочеточников	81
<i>М.И. Катибов, О.И. Аполихин</i> Сравнение радикальной простатэктомии и брахитерапии по клиническим и экономическим результатам	82
<i>В.И. Ковалевская, И.В. Радьков, А.И. Презов, М.А. Гридюшко, А.В. Гогонов, П.И. Ковалевская</i> Оперативное лечение пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы	85
<i>Б.К. Комяков, Б.Г. Гулиев, Р.Г. Шиблиев, А.С. Шитилов</i> Хирургическая тактика при обструкции пиелоуретерального сегмента	86
<i>С.М. Кустов, Ю.В. Зенина, А.А. Ковалев</i> Наш подход к лечению пациентов с «острым орхоэпидидимитом»	89
<i>К.Б. Лелявин, А.В. Тараненко</i> Инцидентальный рак предстательной железы у больных, перенесших радикальную цистпростатэктомию по поводу рака мочевого пузыря	90

<i>Д.Г. Лобанов, П.И. Шустер, О.П. Хлебов, А.О. Хлебов, Б.Б. Борчишин, Д.Н. Ежов</i> Лапароскопические операции в урологии: шестилетний опыт и перспективы направления	93
<i>А.И.Неймарк, М.Я.Гаткин, И.В. Вишняков, И.Э.Сибуль</i> Экстренная нефростомия	94
<i>А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко</i> Органосохраняющие операции при раке почки t1a0m0: результаты десятилетних наблюдений	95
<i>А.В. Носков, В.В. Яновой, К.А. Целев, А.И. Блинец, В.Н. Завгородний, П.Г. Семеняк, О.Г. Просвирнова</i> Гемодинамические критерии в определении показаний к оперативному лечению нефроптоза	97
<i>А.Ю. Окладников, П.В. Говорушкин</i> Применение комбинированной уретропластики в случае протяженной стриктуры висячего отдела уретры	99
<i>В.Ф. Онопко, С.А. Сысин., С.В. Егоров</i> Результаты пластических операций при обструкции верхних мочевых путей	100
<i>В.Н. Павлов, Я.В. Кондратенко, А.В. Алексеев, А.А. Измайлов</i> Изучение показателей азотистого и водно-электролитного обмена у пациентов с раком мочевого пузыря при различных способах оперативного лечения	102
<i>Е.В. Помешкин, Н.И. Кордубайлова, Е.В. Уткин</i> Хирургическая коррекция пролапса гениталий с использованием сетчатых эндопротезов	103
<i>С.А. Ракул, П.П. Митрофанов, Р.Д. Галимов</i> Эндовидеохирургия в лечении больных раком почки	105
<i>С.А. Ракул, П.П. Митрофанов, Р.Д. Галимов</i> Интраоперационные осложнения при эндовидеохирургической нефрэктомии	106
<i>В.П. Рублевский, Б.В. Рублевский, Е.В. Ильинская, О.В. Громов</i> Мочекаменная болезнь, острый гнойный пиелонефрит – оптимизация применения ретроперитонеоскопии	106
<i>В.П. Рублевский, Б.В. Рублевский, Е.В. Ильинская, О.В. Громов</i> Ретроперитонеоскопия: 27-летний опыт	108
<i>В.В. Савич, И.И. Титяев, С.С. Андреев, В.В. Осадчий, К.В. Удалов, Д.С. Касьянов, С.С. Мирошник, М.В. Скворцов, А.А. Афонин</i> Исходы и удовлетворенность пациентов с болезнью Пейрони после графтинга с применением аутоветны	110

<i>А.В. Соловьев, А.А. Осинцев, М.П. Дианов, К.К. Антонов, Т.М. Королева</i> Радикальная цистэктомия в лечении инвазивного рака мочевого пузыря	110
<i>В.А. Соломеев, Д.В. Грядунов, Т.А. Алейникова</i> Эндоскопическое лечение стриктуры уретры	112
<i>В.А. Соломеев, И.В. Казаков, Д.В. Грядунов</i> Способ отведения мочи при обширных ятрогенных повреждениях мочевого пузыря	113
<i>М.Ю. Солуянов, М.А. Смагин, Д.Б. Велигур</i> Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений после ТУР простаты	115
<i>М.Ю. Солуянов, О.А. Шумков, Е.Г. Королева, М.В. Чекалина</i> Результаты лечения пролапса тазовых органов у женщин с использованием mesh-пластики: один год наблюдений	116
<i>Р.С. Тиллабоев, У.М. Рустамов, Ж.И. Абдуллажанов, А.Р. Юлдашев</i> К вопросу лечения мочекаменной болезни у беременных	117
<i>В.Я. Фарбирович, С.Я. Худяшов, М.В. Кондратьев, О.А. Устинова, Ю.И. Журавлев, Ю.Г. Бабышкин, Р.С. Шаряфетдинова</i> Опыт лечения лигатурных камней мочевыделительной системы	117
<i>В.Я. Фарбирович, С.А. Худяшов, О.А. Устинова</i> Лечение пациентов с мочекаменной болезнью в клинике урологии КемГМА	119
<i>И.В. Феофилов, В.И. Исаенко, Е.О. Крживоблоцкий, Ю.В. Чикинев</i> Поздние кровотечения после перкутанных операций на почке: диагностика и лечение	121
<i>И.В. Феофилов, В.И. Исаенко, Т.Н. Моисеенко, Ю.В. Чикинев</i> Лапароскопическая нефрэктомия – первые результаты	122
<i>И.В. Феофилов, В.И. Исаенко, С.С. Шкуратов, С.П. Деревянко, Ю.В. Чикинев</i> Возможности хирургического лазера в эндоурологии	125
<i>М.А. Фирсов, А.Н. Вохмин, Н.А. Костюк, А.В. Пучко, А.Н. Юнкер, А.В. Андрейчиков</i> Индивидуальный подбор метода хирургического лечения аденомы простаты	126
<i>А.О. Хлебов, В.Г. Лобанов, О.П. Хлебов</i> Послеоперационный период лапароскопической нефрэктомии	127
<i>И. Ю. Чудновец, А. В. Гатилов, Н. В. Борозенец</i> Первый опыт лапароскопической простатэктомии	128
<i>А.К. Шадманов, У.М. Рустамов, Р.А. Бобоев, Ж.И. Абдуллажанов</i> Чрезкожное дренирование кист почек со склеротерапией с использованием аутокрови	129

А.К. Шадманов, У.М. Рустамов, Р.А. Бобоев, Ж.И. Абдуллажанов
К вопросу о малоинвазивных методах лечения
солитарных кист почек 130

*А.К. Шадманов, У.М. Рустамов, А.Р. Салиев,
М.А. Шадманов, Д.И. Юлдашев*
К вопросу хирургической тактики при кровотечениях
и тампонаде мочевого пузыря 132

III. МЕТОДЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ю.Г. Аляев, В.И. Руденко, А.В. Артемов, И.В. Дьяконов, А.З. Винаров
Альфа-адреноблокатор «Туллозин» (Тамсулозин)
у больных мочекаменной болезнью 134

О.И. Аполихин, А.В. Сивков, В.В. Ромих, Л.Ю. Кукушкина, А.В.Захарченко
Результаты применения высоких доз препарата Солифенацин
у пациентов с нейрогенной детрузорной гиперактивностью 135

И.А. Бережнова, Л.Н. Алипова, Т.Ю. Маркова, Л.Н. Юсова, Г.В. Коршунов
Особенности статинотерапии у лиц пожилого и старческого возраста
с хронической сердечной недостаточностью и хронической
болезнью почек 137

В.Г. Беспалов, Я.Г. Муразов, А.В. Панченко, О.Ф. Четик
Изучение химиопрофилактической активности селена
на комбинированной модели канцерогенеза предстательной железы 139

А.А. Волков, И.М. Спицын
Предупреждение рецидивов мочекаменной болезни после
оперативного лечения у больных декретированных групп населения 141

Р.Д. Галимов, С.А. Ракул
Результаты длительного наблюдения за больными раком
предстательной железы на фоне гормонального лечения 141

А.В. Давыдов
Применение препарата «Леволет®Р» в комплексной терапии
хронического бактериального простатита 143

А.В. Давыдов
Использование препарата Омник Окас в лечении
больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы 145

В.И. Исаенко, О.Н. Боденко
Дексалгин в урологической практике 146

А.И. Кормилкин, Д.В. Островский
Применение $\alpha 1$ -адреноблокатора Теразозин («Сетегис» фирмы «Egis»)
при камнях дистального отдела мочеточников 148

Г.П. Красильников, Г.В. Светикова, Е.В. Помешкин, Д.В. Троегубов
Диагностика и лечение острого гестационного пиелонефрита
в условиях многопрофильной больницы 149

<i>Е.В. Кульчавеня, А.А. Бреусов, Е.В. Брижатюк, Д.П. Холтобин</i> Эффективность вакцины Уро-Ваксом при рецидивирующих инфекциях мочеполовой системы	151
<i>М.Ю. Лазарев, О.В. Абаимов</i> Оценка эффективности и переносимости селективного альфа1-адреноблокатора «Сетегис» у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Клиническое исследование	154
<i>М.С. Лозовский, Е.С. Редкачева</i> Артезин в комплексной литокинетической терапии камней мочеочечников	155
<i>А.И. Неймарк, И.И. Клепикова</i> Применение препарата Генферон в лечении больных с хроническим уретропростатитом на фоне ИППП	156
<i>А.И. Неймарк, Н.А. Ноздрачев</i> Влияние препарата Дальфаз СР на сексуальную функцию пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы	158
<i>А.И. Неймарк, Н.В. Шелковникова</i> Атрофический цистоуретрит и вульвовагинит у женщин	160
<i>И.С. Попов, А.И. Неймарк, А.В. Газаматов</i> Целесообразность проведения простатотропной терапии у юношей с варикоцеле в комбинации с конгестивными расстройствами предстательной железы	160
<i>М.В. Раздорская, И.В. Снегирев, А.В. Мазырко, Б.А. Неймарк</i> Нарушения мочеиспускания у женщин в климактерии	162
<i>С.П. Селиванов, С.Н. Исаева, А.В. Петлин, Т.А. Ковалик, Т.И. Шабунина</i> Неoadьювантная химиотерапия инвазивного рака мочевого пузыря с системным и внутрикостным введением химиотепрепаратов	164
<i>В.Ю. Старцев, С.В. Смирнова, П.С. Солтан</i> Новые возможности улучшения эректильной функции у людей пожилого возраста	165
<i>В.Ю. Старцев, П.С. Солтан</i> Значение использования комбинированных растительных комплексов у больных с урологической патологией	167
<i>Р.С. Тиллабоев, У.М. Рустамов, Ж.И. Абдуллажанов, А.Р. Юлдашев</i> Лечебная тактика при остром пиелонефрите у беременных	169
<i>В.Я. Фарбиревич, В.А. Даниленко, О.А. Устинова</i> Комбинированное применение Кондиллина в лечении кондилом и папиллом полового члена	170

<i>Е.Ю. Хлебнова, Ф.П. Капсаргин</i> Опыт применения бактериофагов в амбулаторной практике уролога	171
<i>Е.Ю. Хлебнова, Ф.П. Капсаргин</i> Сравнительный анализ консервативной терапии М-холинолитиками в амбулаторной практике лечения гиперактивного мочевого пузыря	172
<i>А.Ю. Цуканов</i> Применение БАД «Пролит» в лечении больных рецидивным нефролитиазом	174
<i>А.Ю. Цуканов</i> Эффективность и безопасность приема препарата Уротол при лечении гиперактивного мочевого пузыря у женщин	175
<i>А.Ю. Цуканов, А.А. Калашиян</i> Исследование применения М-холиноблокаторов у пациентов с симптомами нижних мочевых путей и увеличенной простатой	176
<i>Т.И. Шабунина, С.П. Селиванов, А.В. Петлин, Т.А. Ковалик, С.Н. Исаева</i> Неoadьювантная внутривезикулярная химиотерапия больных раком мочевого пузыря без мышечной инвазии	177
<i>М.В. Шведова, О.В. Шатохина, Т.А. Ковалик, С.П. Селиванов, А.В. Петлин</i> Комплексный подход в диагностике трихомониаза у больных хроническим простатитом	179
<i>П.И. Шустер</i> Андрогензаместительная терапия – основа патогенетической терапии пациентов с уролитиазом, метаболическим синдромом и эректильной дисфункцией	180
<i>Я.В. Яковец, А.И. Неймарк, Е.А. Яковец</i> Возможности и показания к проведению комплексной терапии в лечении больных доброкачественной гиперплазией простаты (ДГП), осложненной эректильной дисфункцией	182
<i>Е.А. Яковец, А.И. Шевела, В.Е. Ретин, Ю.Н. Козлова</i> Применение бактериофагов при лечении урологических заболеваний	184
<i>Я.В. Яковец, Е.А. Яковец</i> Возможности использования антибактериальной терапии в лечении хронического пиелонефрита (ХП) с учетом резистентности микробактериальных организмов	185
<i>Я.В. Яковец, Е.А. Яковец</i> Возможности комплексной терапии хронических воспалительных заболеваний мочевого пузыря	186
<i>Я.В. Яковец, Е.А. Яковец</i> Комбинированное лечение и профилактика хронических инфекций мочевыводящего тракта в современных условиях	187

IV. МЕТОДЫ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ, ФИЗИОТЕРАПИИ И КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А.В. Давыдов, И.В. Каблова

Лечебное действие минеральных вод на основные патогенетические сдвиги у больных нефролитиазом190

Ю.Л. Демидко, Е.А. Безруков, Д.В. Бутнару, Л.С. Демидко

Тренировка мышц тазового дна под контролем биологической обратной связи в лечении недержания мочи после радикальной простатэктомии191

И.А. Колмацуй, Е.Ф. Левицкий, Л.В. Барабаш

Хронобиологическая оптимизация физиолечения у больных хроническим простатитом193

И.А. Колмацуй, А.А. Зайцев, Е.Ф. Левицкий

Оценка эффективности лечения у больных хроническим простатитом195

А.С. Колтаков, Л. М. Украинская, И.В. Каблова

Комплексное лечение хронического цистита на курорте «Белокуриха»196

Е.В. Лебедев

Опыт использования минеральной воды «Серебряный ключ» в лечебно-восстановительной практике198

А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк, Н.А. Ноздрачев, А.П. Скопа, А.Б. Лебедев

Влияние минеральной воды «Алтайская золотая» на функциональные показатели почек у больных нефролитиазом200

А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк, К.А. Сизов, И.В. Снегирев

Терапия пациенток с хроническим циститом с применением методики озонотерапии201

А.И. Неймарк, А.В. Давыдов, А.П. Скопа, Н.А. Ноздрачев

Применение минеральной воды «Алтайская золотая» в комплексном лечении больных хроническим калькулезным пиелонефритом203

В.В. Протоцак, А.Ю. Шестаев, Е.А. Андреев, Г.Н. Пономаренко

Оценка эффективности лечения заболеваний мочевого пузыря методом наружного и внутритканевого лекарственного электрофореза205

В.В. Протоцак, А.Ю. Шестаев, К.Х. Чибиров, Е.А. Андреев, А.В. Рассветаев

Возможности лечения нейрогенной детрузорной гиперактивности методом внутривлагалищного лекарственного электрофореза206

В.В. Протоцак, А.Ю. Шестаев, А.В. Кукушкин, Е.А. Андреев

Преимущества использования наружного электрода-гусов над стандартной методикой внутривлагалищной фармакоэлектротерапии208

<i>В.В. Протоцак, А.Ю. Шестаев, К.Х. Чибиров, Е.А. Андреев, А.В. Рассветаев</i> Электрофоретические свойства гидрокортизона и новые перспективы его использования в лечении интерстициального цистита	209
<i>В.В. Протоцак, А.Ю. Шестаев, К.Х. Чибиров, Н.Ю. Игловиков, А.В. Рассветаев</i> Применение внутрисполостного электрофореза Оксибутинина у женщин с гиперактивным мочевым пузырем без детрузорной гиперактивности	210
<i>Н.М. Садыков</i> Санаторно-курортное лечение больных хроническим простатитом в условиях санатория «Мойылды»	212
<i>П.И. Шустер, О.П. Хлебов, А.П. Шустер</i> Комплексный подход к лечению ГАМП после операций по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы	213
<i>Я.В. Яковец, С.С. Аванесов, Н.Ф. Александрова, Е.А. Яковец</i> Особенности комплексной терапии хронического пиелонефрита	215
V. РАЗНОЕ	
<i>В.В. Борисов</i> Коррекция эндотелиальной дисфункции в терапии мужских сексуальных расстройств (лекция)	218
<i>Г. Н. Алексеева, Л. И. Гурина</i> Возрастные особенности развития злокачественных новообразований почек	222
<i>Т.М. Алиева, Н.С. Кадирова, Д. Маликова</i> Частота и структура мужского бесплодия	224
<i>Д.Н. Артиков, Ф.У. Дадажонов, А.Х. Хайдаров</i> Диагностика и лечение закрытых повреждений почек	225
<i>А.Б. Батько</i> Динамика селективной энзимурии при экспериментальном нефролитиазе: патогенетическое обоснование применения антагонистов кальция	226
<i>В.В. Борисов</i> Возможности коррекции сексуальных расстройств у мужчин	228
<i>В.В. Борисов</i> Потребности коррекции сексуальных расстройств у мужчин	230
<i>А.Н. Войтенко, А.И. Неймарк, А.В. Бондаренко</i> Гиперактивный мочевой пузырь как одно из осложнений повреждения костей тазового кольца	233

<i>А.А. Волков, А.Р. Духин</i> Андрогенодефицит у пациентов с СНМП/ДГПЖ и эректильной дисфункцией	235
<i>В.А. Даниленко</i> Лечение урологических больных в условиях центра амбулаторной хирургии	235
<i>В.И. Кирпатовский, С.А. Голованов, Д.Ю. Черников, Д.Э. Елисеев, О.Н. Надточий, Е.В. Сыромятникова</i> Влияние острой задержки мочи на активность ферментов в моче и в стенке мочевого пузыря и связь этих изменений с ишемией мочевого пузыря	237
<i>В.И. Кирпатовский, И.С. Мудрая, Е.Ю. Плотников, Р.А. Хромов, А.Ю. Баблумян, Д.Б. Зоров</i> Хроническая гипоксия мочевого пузыря, как фактор формирования его дисфункции при инфравезикальной обструкции	240
<i>В.И. Ковалевская, П.И. Ковалевская, И.В. Радьков, А.И. Презов, А.В. Гогонов, М.А. Гридюшко</i> Сочетанная травма мочеполовой системы: тактика, диагностика и лечение	242
<i>Ю.С. Кондратьева, А.И. Неймарк</i> Особенности клинической картины негонококковых уретритов у мужчин в зависимости от урогенитальной инфекции	244
<i>Е.В. Кульчавеня, М.Н. Щербан, Е.В. Брижатюк, Д.П. Холтобин</i> Нарушение сексуальной функции у больных туберкулезом	246
<i>А.И. Неймарк, В.В. Климачев, В.Я. Гервальд, Н.И. Музалевская, И.П. Бобров, Р.Т. Алиев</i> Возрастные изменения мышечно-эластического каркаса и активность областей ядрышкового организатора клеток полового члена	249
<i>А.И. Неймарк, Н.В. Шелковникова</i> Роль воспалительные заболевания гениталий в развитии стойкой дизурии у женщин	250
<i>А.И. Неймарк, А.В. Яковлев</i> Роль инфекций передаваемых половым путем в возникновении полипов наружного отверстия уретры у женщин	251
<i>Е.В. Помешкин, О.Л. Барбараиш, С.А. Помешкина, А.И. Неймарк</i> Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и эректильная дисфункция у больных ишемической болезнью сердца	252
<i>С.А. Ракул, Р.Д. Галимов, П.П. Митрофанов</i> Характеристики гормональной рефрактерности при раке предстательной железы	253

<i>И.А. Тюзиков, Д.Н. Щедров</i> К вопросу о репродуктивных нарушениях после перенесенного острого эпидидимита у мальчиков	254
<i>М.А. Уйманова</i> Ксеротический облитерирующий баланопостит	255
<i>В.Я. Фарбирович, Р.С. Шаряфетдинова, И.Н. Титаренко, К.К. Антонов, М.В. Шамин, Н.Н. Кузнецова, Г.А. Макрушин, Л.В. Осадчук</i> Влияние андрогенодефицита на показатели эякулята	257
<i>В.Я. Фарбирович, И.Н. Титаренко, К.К. Антонов, Р.С. Шаряфетдинова, М.В. Шамин, Н.Н. Кузнецова, Г.А. Макрушин, Е.В. Помешкин</i> Значение исследования эякулята на ИППП при планировании беременности на примере уреаплазменной инфекции	258
<i>В.Я. Фарбирович, М.В. Шамин, И.Н. Титаренко, К.К. Антонов, Р.С. Шаряфетдинова, Н.Н. Кузнецова, Г.А. Макрушин, Е.В. Помешкин</i> Анализ демографической ситуации в Кузбассе	259
<i>В.Я. Фарбирович, Р.С. Шаряфетдинова, И.Н. Титаренко, К.К. Антонов, М.В. Шамин, Е.В. Давыдов, Н.Н. Кузнецова, Г.А. Макрушин, Л.В. Осадчук</i> Изучение влияния токсических факторов на состояние тестикулярной ткани	260
<i>А.К. Шадманов, У.М. Рустамов, А.Р. Салиев, М.А. Шадманов, Б.Б. Жапашев</i> Экзогенные факторы риска в этиологии и патогенезе нефротических кризов	262
<i>А.К. Шадманов, У.М. Рустамов, А.Р. Салиев, М.А. Шадманов, У.Т. Сотволдиев</i> Динамика почечной колики среди населения с учетом влияния солнечного сияния в климатических условиях Ферганской долины	263
<i>А.К. Шадманов, У.М. Рустамов, А.Р. Салиев, М.А. Шадманов, Б.А. Эргашев</i> Роль атмосферного барометрического давления и его перепадов в патогенезе острых почечных заболеваний	264
<i>Я.В. Шикунова, А.В. Гудков, Г.В. Слизовский, В.А. Ведерников, Н.М. Морозов, М.Л. Врублевская</i> Острый пиелонефрит у детей	265
<i>А.Ю. Цуканов</i> Варикозная болезнь малого таза, как причина дизурии у мужчин	266
<i>Е.А. Яковец, А.И. Шевела</i> Уродинамическая картина при гиперактивном мочевом пузыре у детей	267

<i>О.К. Яценко</i> Значение социокультурного фактора в формировании полового поведения в среде студентов	269
<i>О.К. Яценко., П.К. Савинцев</i> Тренинг партнерской коммуникативной установки в студенческой паре	271
<i>Е.А. Куандыков, С.Б. Шалекенов, Т.Г. Анафин</i> Комбинированное лазерное лечение больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы с большой массой железы (> 80 г)	274
<i>А.Ч. Усупбаев, З.Ш. Хакимходжаев</i> Эффективность комбинированного применения препаратов «Импаза» и «Афала» в противорецидивном лечении пациентов с синдромом хронической тазовой боли	276

ДИАГНОСТИКА УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Диагностика инфекции мочевого тракта в условиях первичного звена здравоохранения с помощью тест-полоски

Ф.А. Акилов, У.А. Худайбергенов, Х.Б. Худайбердиев,
Е.Г. Шорохова, Т.Ю. Нуралиев

Ташкент

Инфекция мочевого тракта (ИМТ) является одной из наиболее часто встречающихся патологий человека. Выявление бактерий в моче является ключевым моментом в диагностике инфекции мочевого тракта. В наше время в диагностике ИМТ золотым стандартом считается бактериологический посев мочи. Однако в условиях первичного звена здравоохранения не всегда представляется возможным провести бактериологический посев мочи. Своевременная диагностика и лечение ИМТ приводит к быстрому излечению от нее и снижает риск развития осложнений. В этой сложившейся ситуации возникает необходимость искать альтернативные варианты решения данной проблемы.

Цель нашего исследования – определить диагностическую ценность тест-полоски для диагностики инфекции мочевого тракта в условиях первичного звена здравоохранения.

Исследование проведено в поликлиническом отделении Республиканского специализированного центра урологии.

В исследование включены 450 больных с клинически предполагаемым диагнозом инфекции мочевого тракта. В ходе исследования всем больным проведены: анализ средней порции мочи тест-полоской (лейкоцит эстераза и нитрит), микроскопия и бактериологический посев мочи. Определены чувствительность, специфичность, положительная предсказательная ценность и отрицательная предсказательная ценность тест-полоски.

Чувствительность, специфичность, положительная предсказательная ценность и отрицательная предсказательная ценность тест-полоски по нитритам были 38,2%, 88,5%, 87,1%, 41% соответственно, а по лейкоцит эстеразе 85,3%, 58,2%, 80,8%, 65,8% соответственно. При комбинировании результатов обеих тестов (лейкоцит эстераза и нитрит) специфичность и положительная предсказательная ценность показали 88,0% и 91% соответственно, а чувствительность и отрицательная предсказательная ценность показали 74% и 67% соответственно.

Таким образом, результаты нашего исследования указывают на то, что при оценке результатов обоих тестов (лейкоцит эстераза и нитрит), тест-полоска имеет высокую положительную предсказательную ценность. Отрицательный результат тест-полоски полностью не исключает инфекцию мочевого тракта. Следовательно, при применении тест-полосок для диагностики инфекции мочевого тракта в условиях первичного звена здравоохранения, рекомендуется также провести другие методы диагностики по показаниям (микроскопия и бактериологический посев мочи).

Математическое моделирование и прогнозирование скорости мочеиспускания при клапанах уретры у детей

Ж.Б. Бекназаров, Ё.Х. Нурматов
Ташкент, Наманган

Для построения математической модели мы используем статистический материал, полученный на базе отделения детской хирургии ТашИУВ, Ташкентского педиатрического медицинского института и в Наманганском областном детском многопрофильном медицинском центре. Были проанализированы клинические симптомы инфравезикальной обструкции, обусловленной клапанами уретры до и после оперативного лечения. Диагноз был установлен на основании клинических симптомов и подтвержден такими исследованиями, как ультразвуковая сонография, микционная цистоуретрография, урофлоуметрия, цистомонометрия, цистоскопия.

Клапаны уретры были ликвидированы у 28 больных путем трансуретральной резекции, у 48 больных внутренней уретротомией и у 26 с помощью клапанудаляющего инструмента, предложенного в клинике для трансуретрального разрушения клапанов. Необходимо отметить, что черезпузырный, промежностный и позадилобковый доступы нами не применялись из-за их травматичности и сложности.

Результаты и обсуждение.

Математическая модель скорости мочеиспускания (сред.) представлена в следующем виде:

$$y = a_0 + a_2 x_2 + a_2 x_2 + a_3 x_3 + a_4 x_4 ,$$

где y – скорость мочеиспускания, x_1 – живое сечение уретры, x_2 – коэффициент уретрального сопротивления, x_3 – объем остаточной мочи, x_4 – внутрипузырное давление при мочеиспускании, где $a_0, a_1 \dots a_4$ – постоянные числа.

Для определения коэффициентов $a_0, \dots a_4$ используем методы наименьших квадратов математической статистики. Применяя компьютерную программу Mathcad, мы вычислили коэффициенты и получили математические модели. Основная задача – сравнение методов хирургического лечения при клапанах уретры у детей и определение более оптимального способа лечения.

ТУР: (трансуретральная абляция клапана уретры)

– до операции:

$$y = -4,457 + 22,908 x_1 - 0,387 x_2 + 0,0002 x_3 + 0,137 x_4 ;$$

– после операции:

$$y = -7,741 + 26,886 x_1 - 0,019 x_2 - 0,0007 x_3 + 0,172 x_4 .$$

Первый метод: (удаление клапана уретры резиновым вальватомом)

– до операции:

$$y = -0,5347 + 20,3529 x_1 + 0,5727 x_2 - 0,0074 x_3 + 0,0485 x_4 ;$$

– после операции:

$$y = -0,019335 + 26,7073 x_1 - 0,02187 x_2 + 0,00148 x_3 + 0,0008089 x_4 .$$

Новый метод: (удаление клапана уретры металлическим вальватомом)

– до операции:

$$y = 2,2619 + 7,3758 x_1 - 1,4523 x_2 + 0,0131 x_3 + 0,0523 x_4 ;$$

– после операции:

$$y = - 7,2318 + 26,8005 x_1 + 0,0606 x_2 + 0,00007 x_3 + 0,1610 x_4 .$$

Достоверность коэффициентов математических моделей проверена с помощью статистики Фишера, они являются значимыми с вероятностью $p = 0,95$.

На основании вышеизложенных математических моделей при оперативном лечении клапана задней уретры у детей более оптимальным способом лечения является удаление клапана уретры металлическим вальватомом.

Характеристика активности аргентофильных белков ассоциированных с областью ядрышкового организатора (AgNOR) при раке почки: клиничко-морфологические параллели

И.П. Бобров, Т.М. Черданцева, В.В. Климачев, В.М. Брюханов, В.Я. Гервальд,

А.Ф. Лазарев, А.М. Авдалян

Барнаул

Аргентофильные белки B23 и C23, ассоциированные с областью ядрышкового организатора, ответственны за активизацию и контроль транскрипции рибосомных генов в клетке. Отличительным свойством этих белков является их способность выявляться методом серебрения и поэтому количественные параметры аргентофилии ядрышка может отражать активность и пролиферативный потенциал клетки. В последние годы также показано, что белок C23 (нуклеолин) опухолевых клеток взаимодействует с молекулами адгезии, что приводит к ослаблению межклеточных связей, кроме того, нуклеолин может усиливать экспрессию матричной металлопротеиназы – 9, что в целом способствует росту миграционной активности опухолевых клеток, их инвазии и метастазированию.

Цель исследования: выявить возможные взаимосвязи между активностью AgNOR и клиничко-морфологическими факторами прогноза рака почки. Материалом для исследования послужили 63 препарата рака почки. Средний возраст больных составил $54,9 \pm 2,0$ года. Степень злокачественности клеток опухоли проводили по классификации ВОЗ (2002). Для определения активности ядрышковых организаторов гистологические срезы окрашивались по методу Daskal Y. et al (1980) в нашей модификации. В каждом случае подсчитывалось среднее число AgNORs на 1 ядро в 25–30 клетках. Статистическая обработка материала производилась с помощью статического пакета Statistica 6.0. При сопоставлении с некоторыми клиничко-анатомическими и прогностическими параметрами были получены следующие корреляции числа AgNORs: со степенью анаплазии (G) опухоли ($r = 0,87$), с размером опухолевого узла ($r = 0,56$), с инвазией опухоли в псевдокапсулу ($r = 0,76$) и наличием метастазов ($r = 0,67$). При наличии регионарных и отдаленных метастазов в пер-

вичной опухоли, в среднем, находили $21,4 \pm 1,2$ гранул серебра, а в опухолях без метастазов число гранул составило $7,5 \pm 0,4$. Не было найдено корреляций числа AgNORs с полом ($r = 0,09$) и возрастом ($r = 0,13$) больных.

Таким образом, морфофункциональная активность AgNOR взаимосвязана с рядом важнейших прогностических параметров рака почки и может служить дополнительным фактором прогноза.

Пролиферативные процессы и нефросклероз в перитуморозной зоне рака почки

В.М. Брюханов, Т.М. Черданцева, И.П. Бобров, В.В. Климачев,
В.Я. Гервальд, А.Ф. Лазарев, А.М. Авдалян
Барнаул

К настоящему времени накоплено большое количество клинических и экспериментальных наблюдений, подтверждающих взаимосвязь склероза и рака. Помимо злокачественных опухолей в очагах фиброза обнаруживаются и различные варианты предопухолевых изменений. Исследования пролиферативных изменений канальцевого эпителия в фокусах нефросклероза проводились при гипертонической болезни, сахарном диабете, хроническом пиелонефрите и др. [Коган Е.А. и соавт., 1992]. Работ, посвященных изучению нефросклероза и пролиферативных процессов в тканях, прилежащих к раку почки, в доступной литературе нами не обнаружено.

Цель исследования: изучение процессов нефросклероза и пролиферативных процессов, происходящих в системе эпителий – соединительная ткань в тканях, прилежащих к раку почки.

Был изучен операционный материал рака почки 24 больных. Исследовали опухоль, перитуморозную зону (включая псевдокапсулу) и неизмененную ткань из максимально отдаленных от опухоли участков почки. Средний возраст больных составил $53,4 \pm 1,2$ года. Степень злокачественности клеток опухоли определяли по классификации ВОЗ (2002). Низкую степень злокачественности (G1) имели 15 опухолей, высокую степень злокачественности (G3) – 9 опухолей. Использовали комплексный подход с применением различных гистологических и гистохимических методик окраски. Морфометрию и пдоидометрию проводили с помощью программы ВидиоТест 5.2. Анализ полученных данных проводился с помощью статистического пакета Statistica 6,0.

Результаты проведенного исследования показали, что размеры и строение ПЗ зависели от гистологического строения опухоли. Ширина ПЗ у опухолей степени анаплазии G1 составила от $538,1 \pm 58,1$ мкм, а у опухолей G3 – $1217,5 \pm 217,4$ мкм. Особенности ПЗ опухолей степени анаплазии G3 явились склероз и наличие большого количества эластических волокон, с образованием широких мембран на границе с опухолью. В сосудах ПЗ опухолей обеих степеней анаплазии G1 и G3 отмечались явления выраженного эластофиброза, с сужением просвета сосудов, гиперплазией эластических мембран и активизация патологического неангиогенеза различной степени. В опухолях степени анаплазии G3 наряду с явлениями склероза и эластога отмечались

явления пролиферации клеточных элементов регенерирующего тубулярного эпителия. В таких новообразованиях обнаруживались явления поли- и анеуплоидии с появлением клонов клеток 5с, 6с и 7с, которые, как известно, являются злокачественными. В то время как у опухолей степени анаплазии G1 таких явлений обнаружено не было.

Таким образом, полученные данные указывают на промоторную роль нефросклероза в канцерогенезе рака почки, что проявляется нарушением модулирующего влияния экстрацеллюлярного матрикса на пролиферацию и дифференцировку нефротелия в ПЗ. Можно предположить, что ПЗ рака почки при различных условиях может как ограничивать опухолевый процесс, так и служить «опухолевым полем» и источником дисплазии, и эти процессы находятся в прямой зависимости от степени анаплазии опухоли. Таким образом, ПЗ при раке почки не является статически замершей системой, а становится той «ареной», на которой происходят значимые динамические изменения биосинтетических и пролиферативных процессов в клеточных элементах, клиническое значение которых будет понятно при дальнейших исследованиях.

Трансректальное ультразвуковое исследование простаты с доплерографией у больных с СНМП/ДГПЖ

А.А. Волков, А.С. Болоцков, А.Р. Духин
Ростов-на-Дону

Контроль лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) приобретает новое значение благодаря диагностическим возможностям ультразвуковых доплерографических методик, позволяющих не только диагностировать заболевание, но и оценить нарушение кровотока в предстательной железе, проследить его динамику. Для получения количественных характеристик артериального кровотока используют расчет максимальной систолической скорости и резистентности (RI), характеризующих сосудистое сопротивление.

Целью исследования явилось изучение исходных параметров кровотока в простате перед проведением консервативной терапии ДГПЖ.

Объектом исследования явились 20 пациентов, страдающих ДГПЖ с синдромами нижних мочевых путей (СНМП), которым планируется проведение консервативной терапии. Всем больным проведено ТРУЗИ простаты с доплерографией ультразвуковой системой Zonare-Ultra полостным датчиком E 9-4 МГц.

Средний объем простаты при ее ТРУЗИ составил $63,75 \pm 14,5 \text{ см}^3$, средний объем гиперплазии – $28,83 \pm 6,9 \text{ см}^3$. У 4 больных определяется так называемая «средняя» доля, у 14 выражена центральная зона с участками фиброза, кальциноза.

Как следует из таблицы 1, у больных снизилась максимальная скорость кровотока в капсулярных артериях на 22%, минимальная на 6%. Индекс резистентности изменился незначительно ($> 1,5\%$). В парауретральных артери-

Таблица 1

Показатели трансректальной доплерографии простаты
у пациентов СНМП/ДГПЖ

Параметры кровотока в простате	Стандартные	Пациенты с ДГПЖ (n=20)
максимальная скорость кровотока в капсулярных артериях (см/с)	17,0	13,27±0,7
минимальная скорость кровотока в капсулярных артериях (см/с)	4,5	4,23±0,35
индекс резистентности для капсулярных артерий	0,67	0,68±0,015
максимальная скорость кровотока в парауретральных артериях (см/с)	11,0	15,94±1,26
минимальная скорость кровотока в парауретральных артериях (см/с)	8,0	4,77±0,35
индекс резистентности для парауретральных артерий	0,67	0,69±0,02

ях максимальная скорость кровотока в капсулярных артериях повысилась на 31%, минимальная снизилась на 42%, индекс резистентности также незначительно увеличился (> 3%).

Таким образом, предварительные результаты исследования указывают на значительные изменения кровотока в простате у больных СНМП/ДГПЖ.

Применение Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS у больных с СНМП/ДГПЖ и эректильной дисфункцией

А.А. Волков, А.Р. Духин
Ростов-на-Дону

Эректильная дисфункция (ЭД) – весьма распространенное заболевание у мужчин старше 50 лет. По данным исследований последнего времени, риск возникновения эректильной дисфункции у больных с СНМП выше на 40%. Высокий риск ЭД у пожилых мужчин обусловлен как возрастными изменениями строения и функции полового члена и перестройкой гормонального статуса, так и сопутствующими патологиями. Одним из таких патологических состояний является депрессия. У мужчин, страдающих депрессией, вероятность развития ЭД колеблется от 25% при слабо выраженной депрессии до почти 90% при тяжелых ее формах. Существуют различные мнения о роли депрессии в развитии ЭД: как об этиологическом факторе, как о следствии воз-

растных изменений гормонального статуса в пожилом возрасте. Есть мнение, что эректильная дисфункция вызывает депрессию, а не наоборот. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) была разработана с целью обеспечить врачей приемлемым и простым в использовании практическим инструментом для выявления и количественной оценки депрессии и тревоги (Zigmond et al., 1983). Применение данного опросника служит не для постановки психиатрического диагноза, а для выявления симптомов депрессии и тревожности с целью их дальнейшей коррекции (Bjelland Y, 2002). Депрессия и тревога среди пациентов встречается гораздо чаще, чем считается, что усугубляет прогноз основного заболевания.

Цель – выявление депрессии у больных ЭД с СНМП/ДГПЖ.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 24 пациента с ЭД и СНМП/ДГПЖ. ЭД у всех пациентов была умеренной степени. Больные разделены на 2 группы по степени выраженности симптомов нижних мочевых путей (I-PSS): 1 группа – пациенты со слабо и умеренно выраженными симптомами, 2 группа – с тяжелыми симптомами. Все больные анкетированы с помощью опросника HADS по двум подшкалам – тревога (А) и депрессия (D). При интерпретации данных учитывался суммарный показатель по каждой подшкале (А и D), при этом выделялись 3 области значений: 0–7 баллов – норма; 8–10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

	I-PSS	HADS	
		А (тревога)	D (депрессия)
1 группа (n=12)	8,4 ± 1,0	18,25 ± 2,0	13,3 ± 1,1
2 группа (n=12)	23,4 ± 1,9	14,0 ± 1,0	12,8 ± 0,75

Из таблицы 1 следует, что у пациентов обеих групп наблюдалась клинически выраженная тревожность и депрессия. Во второй группе тревожность достоверно снизилась, но все равно оставалась на достаточно высоком уровне, что, возможно, объясняется некоторой временной адаптацией пациентов к заболеванию. Таким образом, у больных с СНМП/ДГПЖ, страдающих ЭД, наблюдается клинически выраженная депрессия и тревога, в целом не зависящая от степени нарушения мочеиспускания.

Морфологическое исследование биоптатов простаты у больных ДГПЖ

А.А. Волков, А.Р. Духин
Ростов-на-Дону

Биопсия предстательной железы играет важную роль в выборе тактики и определении прогноза дальнейшего лечения пациента. Больным доброкачественной гиперплазией простаты (ДГПЖ) в комплекс обследования целесообразно включать морфологическое исследование биоптатов предстательной железы.

Цель: составление алгоритма морфологического исследования простаты для изучения динамики изменений в процессе консервативной терапии.

Объект исследования – 20 пациентов, страдающих СНМП/ДГПЖ, которым планируется проведение консервативной терапии. Всем больным перед лечением выполнена стандартная биопсия простаты из 14 точек. В морфологическом исследовании оценивались стромальные и железистые компоненты по 12 параметрам, каждый из них соответственно по категориям изменений – слабо, умеренно, значительно выражены.

В строме железы у 16 (80%) больных выявлена умеренная степень фиброза, у 4 (20%) фиброз выраженный; гиалиноз отмечался у 6 (30%) больных. Преобладание мышечного компонента наблюдалось у 14 (60%) пациентов. Гипертрофия сосудистой стенки была у всех больных: слабо выражена – у 7 (30%), умеренно – у 14 (60%), значительно – у 2 (10%). Сужение просвета сосудов также наблюдалось у всех больных: у 10 (50%) умеренно, у 10 (50%) значительно выражено. Дистрофия нервных стволиков была во всех биопсиях: у 18 (90%) пациентов в незначительной степени, у 2 (10%) выражена. Форма желез преобладала округлая или вытянутая. Просвет желез: у 7 (30%) равномерное расширение, у 14 (70%) неравномерное. Состояние эпителия: у всех больных выявлена очаговая пролиферация: в слабой степени – 14 (60%), выражена – 8 (40%); атрофия эпителия отмечалась у 16 (80%) больных, из них начальной стадии – 14 (60%), выражена у 8 (40%). У 2 (10%) больных была постатрофическая гиперплазия, у 2 (10%) плоскоклеточная метаплазия, фокусы ПИН низкой степени выявлены у 8 (40%). Наличие белковых масс – у 14 (70%), амилоидных телец – 2 (10%), конкрементов – у 7 (30%) пациентов.

Таким образом, у больных СНМП/ДГПЖ в предстательной железе преобладает фиброз, гипертрофия и сужение просвета сосудов, дистрофия нервных стволиков, очаговая пролиферация эпителия.

Безболевая макрогематурия как одно из клинических проявлений опухоли мочевого пузыря

Г.А. Волкова, В.Ф. Журавлев, А.С. Репин, Е.В. Репина,
Ю.Ю. Винник, В.Ю. Бургарт, Н.Д. Томнюк, В.Р. Кембель

Красноярск

По данным ВОЗ, рак мочевого пузыря (РМП), занимая ведущее место в структуре онкологических заболеваний, составляет около 4%. Среди опухолей мочевыделительной системы – 70%.

Безболевая макрогематурия, особенно у мужчин среднего, пожилого и старческого возрастов – высоковероятный признак рака мочевого пузыря. Такая гематурия требует обязательного исследования, включая немедленную цистоскопию для определения ее источника, а также рандомизированных биопсий слизистой мочевого пузыря в тех случаях, когда видимое для глаза поражение отсутствует. Макрогематурия – ведущий симптом (90%) при всех стадиях и не зависит от размера опухоли. Гематурия может быть видна больному или обнаруживается при общем анализе мочи. Любая степень микрогематурии требует обследования на предмет рака мочевого пузыря, несмотря на наличие ряда других очевидных причин микрогематурии (цистит, камни пузыря, туберкулез и др.). Более того, микрогематурия – всегда показание к всестороннему урологическому обследованию, особенно у лиц старше 50 лет. Частота выявления РМП при микрогематурии (симптоматической и бессимптомной) в этом возрасте до 10%.

Мы провели анализ медицинских документов 74 больных, поступавших в урологические отделения ГКБ, 6% по неотложным состояниям с жалобами на присутствие крови в моче. Их возраст варьировал от 30 до 84 лет; среди них мужчин было 49 (66%), женщин – 25 (33%); 31 пациент (42%) отмечал постоянную макрогематурию в течение длительного времени с выраженными дизурическими расстройствами (учащенное, затрудненное, иногда болезненное мочеиспускание). 43 (58%) человека наблюдали периодическую, безболевою тотальную макрогематурию.

С целью верификации патологии проводилась цистоскопия, при которой были выявлены новообразования разных размеров, структуры, количества с преимущественной локализацией в области шейки и левой боковой стенки мочевого пузыря с вовлечением устья мочеточника и без такого. 3 больным цистоскопия не удалась из-за наличия большого сгустка крови в пузыре, продолжающегося кровотечения из невидимого очага. Цистоскопия больным с болевой гематурией оставлялась на заключительный этап диагностики. Биоптат при гистоанализе показал в 2 (2,7%) случаях карциному, в 29 (39%) – переходноклеточный рак МП, в 36 (48,6%) – переходноклеточную папиллomu, в 1 (1,3%) – плоскоклеточную папиллomu. 8 больных с гематурией при гистоанализе имели доброкачественную папиллomu. У 10 больных обнаружили переходноклеточную папиллomu пузыря с очагами дисплазии до выраженных форм, что вызывает подозрение на наличие злокачественного опухолевого процесса.

Частота поллакиурий, императивности позывов, ургентного и болезненно-

го мочеиспускания у наших пациентов была минимальной и варьировала от 5,6% до 39% в зависимости от стадии патологии.

Наличие дизурии с гематурией и бактериурии требовало от нас немедленного обследования на присутствие опухоли мочевого пузыря, в том числе опухоли почек и верхних мочевых путей.

Таким образом, не теряя онкологической бдительности, любая степень гематурии требует всестороннего урологического обследования на предмет РМП, несмотря на наличие других возможных причин гематурии (камни МП, цистит, туберкулез и др.) с последующей диагностикой стадии патологии и выбора адекватного метода лечения.

Атипичная клиника острого пиелонефрита и особенности дифференциальной диагностики

Г.А. Волкова, А.С. Репин, В.Ф. Журавлев, Е.В. Репина,
Ю.Ю. Винник, В.Ю. Бургарт, Н.Д. Томнюк, В.Р. Кембель
Красноярск

Мы провели анализ 245 медицинских документов больных острым пиелонефритом (первичным – 126, вторичным – 119, из них беременных – 23). Острый пиелонефрит (ОП) – воспалительный процесс в почке с преимущественным поражением интерстициальной ткани, обусловленный неспецифической бактериальной инфекцией с вовлечением лоханки и чашечек на фоне нарушенной уродинамики (вторичный) без него (первичный) ОП. У беременных женщин ОП – самое частое и опасное заболевание почек на всех этапах гестационного периода. При типичной клинике диагностика этого заболевания нетрудна. Однако в 18,6% случаев (по нашим материалам) заболевание почек требовало особого дифференциального подхода. Клиническая картина этих больных выглядела многообразной и зависела не только от характера формы воспалительного процесса – серозного, апостематозного, карбункула или абсцесса почки (4,3%) и от давности анамнеза. В 7,8% клиника напоминала инфекционное заболевание, в 11% – острого живота – интестинальный синдром. При этом основными жалобами больных были: высокая температура тела с потрясающим ознобом, проливным потом, головную боль, боль в животе, рвоту, жидкий стул и др., при осмотре наблюдался: сухой язык, напряжение мышц брюшной стенки, нередко с раздражением брюшины, особенно у беременных (31% из числа беременных). Картина крови представлялась также большим разнообразием: высоким лейкоцитозом и сдвигом формулы влево, ускоренной реакцией оседания эритроцитов, анемией в 62%, умеренной азотемией в 21,8%, лимфопенией, в моче – присутствием лейкоцитов и бактерий. Определенную помощь в дифференциальной диагностике оказывал мониторинг анализа крови, лучевые методы обследования, в частности, УЗИ. УЗИ почек и мочевых путей при ОП дает достоверную информацию о структуре почки, ее размерах, положении, наличии камней, новообразований и, главное, экскурсии почек при дыхании и состоянии уродинамики. В комплексе диагностики по показаниям важны рентгенологические данные (обзорная, экскреторная урография, МСКТ). Они многообразны: нечеткость кон-

тура поясничной мышцы на стороне поражения, присутствие конкрементов, функциональная способность почек или синдром «белой почки», изменение архитектоники чашечно-лоханочной системы, состояние оттока мочи. Беременным данные методики диагностики назначались только по жизненным показаниям и сроков беременности. С последующим опять-таки по показаниям ксилиума прерыванием беременности до 18–20 недель. Такие клинические формы ОП явились причиной диагностических и тактических ошибок (4,5% – не обоснованная аппендэктомия, 3,8% – диагностическая лапароскопия, 7,8% госпитализация в инфекционное отделение и на догоспитальном этапе наблюдали в 2,5% – бактериемический шок).

После предоперационной подготовки всем больным ОП произведена люмботомия. Санация, декапсуляция почки, дренирование ее и забрюшинного пространства. При наличии конкрементов – удаление их. При пионефрозе в 4,3% – нефрэктомия.

Летальность составила 14,7% за счет декомпенсированной диабетической нефропатии, ХПН III ст. – 4 человека, сопутствующих злокачественных новообразований разной локализации – 3, инфаркт миокарда (кардиогенный шок) – 1 больной.

Приведенный анализ наблюдения атипичного острого пиелонефрита с многообразной клинической картиной требует квалифицированной комплексной дифференциальной диагностики с учетом анатомических, функциональных состояний органа с последующей противовоспалительной, детоксикационной терапией при восстановленной уродинамике.

Трансректальная биопсия простаты под ультразвуковым наведением в диагностике рака предстательной железы

А.М. Галстян
Кемерово

Рак предстательной железы (РПЖ) представляет собой наиболее частое онкологическое заболевание у мужчин старше 50 лет, который является второй по частоте причиной летальности мужчин, после рака легких. Вследствие этого необходимо диагностировать РПЖ на более ранних стадиях, когда шансы на излечение выше. Диагноз РПЖ устанавливается на основании гистологического исследования при биопсии простаты.

Цель исследования – изучить эффективность трансректальной биопсии простаты под ультразвуковым наведением в диагностике РПЖ, ее морфологической верификации и стадирования.

Показаниями к проведению биопсии простаты являются повышение уровня простатспецифического антигена (ПСА), маркера на злокачественные образования в простате, выше 4 нг/мл, обнаружение гипоэхогенной зоны в предстательной железе (ПЖ) при выполнении ультразвукового исследования, наличие уплотнения или узла в ПЖ при пальцевом ректальном исследовании. Под местной анестезией (чаще всего гель Катеджель) трансректально выполняется мультифокальная (полифокальная) биопсия простаты под УЗИ-кон-

тролем. Материал берется из 12 точек ПЖ с дальнейшим гистологическим исследованием, при котором оценивается степень дифференцировки опухоли, и подсчитываются баллы по шкале Gleason. Число серьезных осложнений после проведения биопсии простаты не велико и не угрожает жизни. Знание врачом и пациентом возможных осложнений позволяет предпринять эффективные меры по их профилактике и устранению и, как правило, пациенты выписываются на 2-е сутки после данной манипуляции.

С 2008 по 2011 год в урологическом отделении КОКБ выполнено 180 биопсий простаты, по результатам которых у 39,4% (n=71) выявлена аденома простаты, а у 60,5% (n=109) – разной степени дифференцировки аденокарцинома. У трех пациентов при нормальных и субнормальных значениях ПСА < 4 нг/мл выявлен РПЖ, у 26 пациентов при высоком уровне ПСА (от 6 до 40 нг/мл) выявлена аденома простаты, а в остальных случаях при уровне ПСА выше 4 нг/мл РПЖ подтвердился.

Таким образом, трансректальная биопсия простаты под ультразвуковым наведением играет решающую роль в диагностике рака предстательной железы, т.к. своевременное выявление рака простаты определяет дальнейшую тактику лечения данных пациентов и улучшение качества жизни.

Современная диагностика опухолей мочеточников

М.Я. Гаткин, И.Э. Сибуль, А.М. Суковатицин
Барнаул

Опухоль мочеточника, как самостоятельное заболевание встречается редко. Так, если сравнивать частоту встречаемости опухолей мочевого пузыря и мочеточника, то соотношение составляет 50 : 1. Среди обструкций мочеточника могут быть не только самостоятельные опухоли мочеточника, но и инвазия опухолей из соседних органов (кишечник, матка и шейка матки, яичники). С появлением и распространением уретероскопии появилась возможность осмотра мочеточника, выявления дополнительных образований, взятия биопсии и дренирования почек путем установки мочеточникового стента.

За последнее время в отделении урологии городской больнице №11 г. Барнаула мы диагностировали несколько случаев прорастания опухоли в мочеточник из соседних органов.

А данной статье мы хотим привести два клинических примера.

Женщина 65 лет, страдающая раком прямой кишки $T_3N_0M_0$, находилась под наблюдением онкологов в течение трех лет, когда была произведена операция резекции прямой кишки, выведения калостомы. Проведена лучевая и химиотерапия. В течение трех лет наблюдения рецидива не выявлено, возник вопрос о восстановлении целостности кишки, закрытии калостомы.

При проведении УЗИ внутренних органов обнаружен двусторонний гидронефроз, больше справа, сморщивание левой почки. Лабораторно отмечалось умеренное повышение мочевины и креатинина. Больной проведена цистоско-

пия, при которой слизистая мочевого пузыря не изменена. При попытке катеризации левого мочеточника непреодолимое препятствие на 5 сантиметрах, правого мочеточника с трудом преодолимое препятствие на 7–8 сантиметрах. При ретроградной уретеропиелографии выявлен выраженный уретерогидронефроз, расширение мочеточника до 3 сантиметров, значительное медиальное смещение мочеточника в полости таза. Учитывая данную картину, больной был выставлен предварительный диагноз стриктуры н/3 правого мочеточника, уретерогидронефроз справа. Вторично сморщенная почка слева. ХПН_{II}. Больной была установлена пункционная нефростомия справа, состояние улучшилось, уменьшились показатели мочевины и креатинина.

Для уточнения диагноза произведена уретероскопия справа. На 7–8 сантиметрах от устья правого мочеточника определяется деформация мочеточника, гипертрофия слизистой со значительным сужением просвета мочеточника, вплоть до полной его облитерации. Произведен забор биопсийного материала из нескольких участков измененной слизистой. Гистологически обнаружена аденокарцинома кишечного типа. В реконструктивной операции больной отказано, направлена для дальнейшего лечения в онкологический центр.

Во втором случае больная 38 лет поступила по СП с диагнозом: острый пиелонефрит справа, гидронефроз справа. Подозрение на камень нижней трети правого мочеточника. На обзорной внутривенной урограмме: функция правой почки отсутствует, левой почки сохранена. Убедительных теней подозрительных на конкремент не выявлено. По УЗИ почек обнаружена гидронефротическая трансформация справа до 40 мм. Из анамнеза выяснено, что больная наблюдается у онкогинеколога с диагнозом С-г шейки матки T₁N₀M₀, электроконизация шейки матки. Учитывая анамнез и данные объективного обследования, решено провести стентирование правой почки. При попытке ввести стент в правую почку – непреодолимое препятствие на 4–5 см. Больной в экстренном порядке наложена пункционная нефростома справа, проведена дезинтоксикационная и антибактериальная терапия. После улучшения состояния и нормализации температуры для уточнения диагноза проведена уретероскопия справа: на 4–5 см от устья обнаружена опухолевая ткань, полностью облитерирующая мочеточник. Попытка проведения катетера № 3 невозможна. Взята биопсия из нескольких участков. Гистологически – недифференцированный рак, совпадающий с биопсией, взятой из шейки матки. Больная передана для дальнейшего лечения в онкологический диспансер. Стоит отметить, что обе больные регулярно проходили обследование и лечение и являлись перспективными.

Таким образом, на сегодняшний день, уретероскопия с биопсией является необходимым методом диагностики опухолей мочеточников, позволяет верифицировать и оценить распространенность опухолевого процесса соседних органов.

Оценка симпато-вагусной регуляции нормального и обструктивного мочевого пузыря импедансным методом

И.С. Мудрая, В.И. Кирпатовский, С.В. Ревенко, А.В. Нестеров, И.Ю. Гаврилов
Москва

Вегетативная нервная система играет неоспоримо важную роль в регуляции функции мочевого пузыря, обеспечивая адекватность его резервуарной и эвакуаторной функции. Нарушения нейрогенной регуляции могут иметь место в формировании дисфункции мочевого пузыря при инфравезикальной обструкции, вызванной доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), которые проявляются симптомами гиперактивности детрузора.

Реографический метод (измерение импеданса) является неинвазивным исследованием системного и регионарного кровотока. Техническое совершенствование импедансной аппаратуры позволило выявлять в реографическом сигнале исследуемого органа не только общеизвестные ритмичные процессы, связанные с дыхательной активностью и работой сердца, но также периодичности, обусловленные нейрогенными влияниями на сосудистый тонус. Учитывая важность диагностики состояния регуляторных процессов нижних мочевых путей, осуществляемых вегетативной нервной системой, нами проведено исследование состояния функциональной регуляции мочевого пузыря разработанным совместно с НПФ «Биола» методом импедансметрии с Фурье-анализом вариаций импеданса мочевого пузыря.

Исследование проведено *in situ* на белых беспородных крысах ($n=20$) в условиях эфирно-тиопенталового наркоза. Регистрацию импеданса мочевого пузыря осуществляли посредством двух хлорсеребряных электродов, наложенных в области верхушки и шейки мочевого пузыря, и оригинального аппаратно-программного комплекса, состоящего из импедансметра с разрешением 250 микроОм в диапазоне ± 4 Ом, 4-канального преобразователя ППШ-04 и ЭВМ («Биола»). Вариации импеданса анализировали по спектрограмме, получаемой автоматически с помощью быстрого Фурье-преобразования. В исследование включены 10 крыс контрольной группы и 10 крыс с инфравезикальной обструкцией (ИВО), моделированной путем дозированного сужения предпузырного отдела уретры в течение 1 мес. Импедансоцистометрию проводили при опорожненном мочевом пузыре, а также при его постепенном наполнении теплым физиологическим раствором со скоростью 0,09 мл/мин.

Фурье-анализ спектра колебаний импеданса мочевого пузыря позволил выделить три главных пика, характеризующих состояние кровоснабжения стенки мочевого пузыря и его вегетативную регуляцию. Пик, соответствующий сердечным сокращениям (С1) (3,0-5,5 Гц), предположительно характеризовал состояние кровоснабжения мочевого пузыря. Это было подтверждено в экспериментах с пережатием брюшной аорты, что приводило к угнетению пика С1 на $96 \pm 2\%$. Респираторный пик R1 (0,7-1,2 Гц) соответствовал дыхательному ритму, но кратковременное выключение дыхания животного не устраняло колебания импеданса на этой частоте, в связи с чем его природа остается дискуссионной. Наши данные позволяют предполагать, что этот пик характеризует активность парасимпатической иннервации мочевого пузыря.

Третий, наиболее низкочастотный пик (0,1-0,2 Гц), называемый в литературе пиком Майера (M1), считается индикатором активности симпатического звена нейрорегуляции (Julien C 2006).

В фазу наполнения мочевого пузыря у 90% крыс контрольной группы, когда давление повышалось с $2,9 \pm 0,2$ до $36,6 \pm 5,1$ см вод. ст., пик M1 возрастал на $142 \pm 30\%$ при одновременном снижении пика R1 на $22 \pm 10\%$. Во время опорожнения мочевого пузыря у всех 100% крыс контрольной группы наблюдали обратные изменения: пик M1 уменьшался на $62 \pm 11\%$, а пик R1 возрастал на $43 \pm 9\%$.

Наблюдаемые противоположные изменения спектральных пиков, связанных, как предполагается, с нейрогенной регуляцией, можно объяснить реципрокными отношениями симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. Согласно вышеизложенной гипотезе, в фазу накопления мочи в нормальном пузыре активизация симпатической активности (возрастание пика M1) способствует снижению тонуса и поддержанию низкого внутрипузырного давления, а в фазу изгнания мочи активизируется парасимпатическая нервная активность (возрастает пик R1 в спектре импеданса мочевого пузыря) для обеспечения сократительной активности детрузора.

Анализ вышеописанных показателей импедансного спектра у крыс с ИВО выявил различные изменения. Так, наполнение пузыря физиологическим раствором вызывало аналогичную контрольной группе крыс реакцию (возрастание пика M1 при одновременном снижении пика R1) лишь у 50% крыс. У других животных выявляли снижение мощностей обоих пиков спектра. Нарушение симпато-вагусной регуляции мочевого пузыря у крыс с ИВО найдены также в период мочеиспускания. Лишь 23% этих животных демонстрировали увеличение пика R1, как происходило у контрольных крыс, а у большинства (62%) наблюдали снижение обоих спектральных пиков.

Отношение мощностей пиков M1 к пику R1 может служить показателем симпатовагусного баланса. В таблице приведены средние величины этого соотношения для крыс с нормальным и обструктивным мочевым пузырем в разные фазы функциональной активности.

Фазы цистометрии	Интактный мочево- вой пузырь	Обструктивный мочево- вой пузырь
Исходное состояние	$2,0 \pm 0,2$	$1,4 \pm 0,2$
Начало инфузии	$9,2 \pm 2,9$	$2,5 \pm 0,6$
Опорожнение	$0,4 \pm 0,1$	$2,6 \pm 0,5$

Изменения этого отношения для мочевого пузыря интактных крыс свидетельствовали о преобладании симпатической активности во время наполнения пузыря физиологическим раствором и усилении парасимпатического компонента в период его опорожнения. У крыс с ИВО этот показатель незначительно возрастал как во время накопительной, так и эвакуаторной фазы, что указывало на нарушение нервной регуляции мочевого пузыря.

Экспериментальные исследования продемонстрировали перспективность нового импедансного метода для индивидуальной оценки регуляции функции мочевого пузыря, осуществляемой автономной нервной системой.

Эффективная вычислительная технология построения математических моделей по данным наблюдений

Ф.П. Капсаргин, Л. Кадена, С.В. Кириллова, К.В. Симонов
Красноярск

Работа посвящена разработке эффективной вычислительной технологии для математической формализации зависимости параметров урологической заболеваемости населения от основных наиболее влиятельных факторов окружающей среды. Способом построения прогнозной модели является аппроксимация рассматриваемой функции быстрой нелинейной многопараметрической регрессией. Соответствующий алгоритм реализован в рамках нейросетового подхода анализа данных наблюдений.

Моделирование данных с помощью нейронных сетей является в настоящее время наиболее формализованным и методически отлаженным способом решения задач аппроксимации искомых закономерностей на основе эмпирических данных. Это связано с уникальным набором свойств, присущих данному методу моделирования данных. Классы функций, закладываемые в структуру моделей в виде искусственных нейронных сетей, обладают свойством полноты, т.е. способностью сколь угодно точно аппроксимировать любую непрерывную зависимость. Нейронные сети обладают свойством естественной фильтрации «шумов» в исходных данных. Методика нейромоделирования позволяет также строить аппроксимации многомерных зависимостей на основе нерегулярно позиционированных экспертных данных.

Общая схема моделирования с помощью нейронных сетей. На первом этапе из имеющихся эмпирических данных формируется обучающая выборка. При этом выбираются независимые переменные (входы сети) и зависимые переменные (выходы). Как число входов, так и число выходов может быть произвольным числом. Обучающая выборка состоит из экземпляров данных (прецедентов), имеющих одинаковую структуру – равное число входов и выходов. На втором этапе выбирается структура нейронной сети и тип ее элементов. На этом этапе неявно вводится гипотеза о возможности адекватно аппроксимировать эмпирические данные функцией из выбранного класса. Состоятельность этой гипотезы проверяется на последующих этапах моделирования путем вычислительных экспериментов.

На третьем этапе выбирается число нейронов в сети и, соответственно, число связей, которым сопоставлены настраиваемые весовые коэффициенты. На четвертом этапе, этапе «обучения сети», с помощью вариационных подходов отыскиваются значения весовых коэффициентов, позволяющие минимизировать «невязки» – расхождения выходов сети и выходов обучающей выборки. По завершению четвертого этапа нейросетевая модель объявляется «обученной» и способной к «функционированию» – выдаче по любому входному вектору соответствующих (аппроксимированных) значений выходов. Следующий этап – верификация (проверка) «состоятельности» (адекватности) обученной сети поставленным задачам с привлечением дополнительной информации.

Для повышения надежности методики нейромоделирования используются еще два приема – этап «предобработки» – предварительного масштабирования

обучающей выборки и, соответственно, этап «интерпретации», на котором реализуется обратное преобразование данных к исходным масштабам. Наличие построенной модели – «обученной» нейронной сети – алгоритма, вычисляющего приближенные значения выходов по значениям входов, позволяет как применить многие математические методы исследования функциональных зависимостей, так и разработать специфические подходы, ориентированные на решение конкретных задач.

Определенные возможности дает методика «контрастирования» – упрощения модели путем последовательного удаления из нее излишних элементов. Возможность удаления элемента сети без ухудшения качества аппроксимации исследуется путем постановки и решения дополнительной экстремальной задачи, в число функционалов которой включается минимизация квадрата соответствующего элементу весового коэффициента.

Разработанный алгоритм и вычислительная методика нейромоделирования является эффективным инструментом для обработки и анализа данных экологического мониторинга при решении задач профилактики урологических заболеваний.

Алгоритм диагностики камней почек

Л.Ф. Капсаргина, Ф.П. Капсаргин, В.М. Трояков, А.А. Дорофейчик
Красноярск

На сегодняшний день недостаточно только выявить локализацию конкремента, но необходимо определить его плотность и конфигурацию, оценить функциональное состояние мочевых путей выше и ниже обструкции, толщину паренхиматозного слоя почки, выявить зону наименьшей васкуляризации в случаях применения эндоурологических вмешательств.

Мы считаем, что пациенты с подозрением на камень почки должны обследоваться по следующей схеме.

По результатам УЗИ почек разрабатывался индивидуальный план обследования. При поступлении в стационар УЗИ почек выполнено 273 (94,5%) больным с конкрементами почек. Диагностированное расширение ЧЛС почки с учетом анамнеза и клинической картины заболевания позволяет заподозрить острую обструкцию ПУС камнем и в дальнейшем провести необходимые исследования. Расширение чашечно-лоханочной системы вследствие обструкции ПУС конкрементом обнаружено у 111 (41,6%) больных. В результате УЗ-скрининга диагноз «камень почки» выставлен в 194 (78,9%) случаях.

Так, УЗ-картина крупного камня, обтурирующего ПУС внепочечной лоханки, и отсутствие УЗ-признаков изменения коркового слоя являлось показанием для назначения обзорной урографии. Следует отметить, что обзорный снимок позволяет диагностировать рентгенопозитивные камни. Чувствительность метода составляет 69–75%. Экскреторная урография дает возможность получить четкое изображение анатомического строения верхних мочевых путей. В остром периоде МКБ, при почечной колике, этот метод в большинстве случаев не информативен – на стороне поражения можно получить лишь «немую» почку. Рутинными рентгенологическими методами (обзорной и экскреторной урографией) локализация и размеры камня определены у 203 (76,0%) больных.

В случае обнаружения камня почки для определения зоны наименьшей васкуляризации коркового слоя и уточнения степени урокинетических нарушений показано УЗИ почек с доплерографией и МСКТ для визуализации камня и определения его плотности. Кроме этого, МСКТ с 3D визуализацией используется нами при множественных, рентгенонегативных камнях внутрипочечной лоханки вместо экскреторной урографии. У 27 (22,5%) больных плотность камня была равна 500 НУ, у 65 (54,2%) колебалась от 501 до 1000 НУ, а у 28 (23,3 %) превышала 1000 НУ, что исключало возможность применения ДЛТ и являлось основанием для выбора одного из малоинвазивных методов оперативного лечения.

Картина гидронефроза второй, третьей степени на фоне облитерации ПУС у 41 (15,4%) больного послужила поводом для назначения динамической сцинтиграфии почек. Радиоизотопные исследования не являются рутинными методами, они необходимы в тех случаях, когда кроме выраженной обструкции у пациентов в анамнезе были оперативные вмешательства на верхних мочевых путях.

Приведенные данные свидетельствуют, что повысить эффективность малоинвазивных методов можно путем более детальной диагностики с использованием современных методов визуализации, позволяющих прогнозировать результаты лечения.

Диагностическое значение лейкоспермии у больных хроническим простатитом

И.А. Колмацуй, С.Ю. Юрьев

Томск

Частота бесплодного брака в популяции составляет около 17%, из них на долю мужского фактора приходится до 40%. В структуре мужского бесплодия воспалительные причины патоспермии, в том числе простатит и везикулит, занимают ведущее место. Данные о распространенности хронического простатита противоречивы и колеблются от 8 до 35%.

Целью данной работы было выявление частоты лейко- и бактериоспермии, ассоциированной с хроническим простатитом у мужчин репродуктивного возраста.

Критерии включения в исследование: мужчины репродуктивного возраста (21–45 лет), планирующие зачатие ребенка, в том числе находящиеся в бесплодном браке более 1 года. Критерии исключения: наличие уретрита, инфекций, передаваемых половым путем, эпидидимита.

Исследование эякулята проводилось согласно протоколу ВОЗ (2002 г.), за референтное значение принималось содержание лейкоцитов в эякуляте менее 1 млн/мл. Бактериологическое исследование эякулята проводили при выявлении лейкоспермии, за абактериальный характер воспаления принимали значение микробного числа $<10^4$ КОЕ/мл.

Всего обследовано 125 человек, из них бесплодие в браке более 1 года отмечалось у 64,8% мужчин. Лейкоспермия выявлена у 42 (33,6%) обследуемых, причем концентрация лейкоцитов от 2 до 5 млн/мл – у 76,2%, а более 5 млн/мл – у 23% человек. Жалобы, характерные для хронического простатита, предъявляли при активном опросе всего 19% пациентов. Диагноз хронического простатита был подтвержден с применением: пальцевого исследования простаты, микроскопического и бактериологического исследования секрета простаты,

эякулята и ТРУЗИ органов малого таза. Лейкоспермия была диагностирована несколько чаще, чем повышение лейкоцитов в секрете простаты, что связывали с более эффективным дренированием ацинусов предстательной железы при эякуляции. При проведении комплексного лечения хронического простатита с применением физиотерапии дренажная функция простаты восстанавливалась, что объективно отражалось при исследовании простатического секрета.

Выявлено, что абактериальный хронический простатит (категории 3 А, В) составил 88% случаев, а бактериальный (категории 2 А, В) – 12%. Установлена положительная корреляция между содержанием лейкоцитов в нативном простатическом секрете и в эякуляте, что подтверждало наличие взаимообусловленности показателей. У пациентов с лейкоспермией отмечалась астенозооспермия в 64,3% и тератоспермия в 19% случаев, степень которых не была связана с активностью воспалительного процесса. В то же время у больных абактериальным хроническим простатитом не было выявлено корреляции между активностью воспалительного процесса, концентрацией лейкоцитов и подвижностью сперматозоидов. Напротив, при бактериоспермии отмечалась отрицательная корреляция между активностью воспалительного процесса и подвижностью сперматозоидов.

Таким образом, лейкоспермия и бактериоспермия являются информативными диагностическими критериями, объективно отражающими заболеваемость, активность и характер воспаления в репродуктивных органах малого таза.

Тучные клетки перитуморозной зоны как фактор прогноза при раке почки

В.В. Климачев, В.М. Брюханов, Т.М. Черданцева,
И.П. Бобров, А.Ф. Лазарев, А.М. Авдалян, В.Я. Гервальд

Барнаул

Целью исследования стало определение значения тучных клеток (ТК) перитуморозной зоны (ПЗ) в неоангиогенезе и поиск возможных взаимосвязей морфологических параметров ТК с клинико-морфологическими факторами прогноза при раке почки. Материалом для исследования послужили 63 операционных препарата рака почки. Средний возраст больных составил $57,6 \pm 1,3$ года. Материал забирали из центра опухоли, из периферических отделов опухоли, с обязательным захватом псевдокапсулы и из максимально отдаленных от опухоли участков почки, которые служили контролем. Гистологические препараты окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван Гизон, на AgNOR нитратом серебра в нашей модификации и основным коричневым на тучные клетки по М.Г. Шубичу и соавт. (1987) и 0,1% водным раствором толуидинового синего (Нр – 3,9). Вычисляли количество микрососудов при увеличении $\times 400$ в 10 полях зрения и плотность ТК при увеличении $\times 1000$ в 20 полях зрения. Также оценивали форму, размер и процентное соотношение ТК с компактным расположением гранул и в состоянии дегрануляции. Статистическую обработку материала проводили при помощи статистического пакета Statistica 6.0. Результаты проведенного исследования показали, что имелась взаимосвязь между плотностью ТК в ПЗ и степенью анаплазии опухоли ($r = 0,46$). Нами не найдено достоверных различий по количеству ТК в ПЗ

между стадиями G1 и G2, средние числа которых составили $4,1 \pm 1,3$ и $3,3 \pm 0,9$ соответственно ($p = 0,6$). В то же время при степени анаплазии G3 содержание ТК в ПЗ возрастало до $10,1 \pm 2,6$ ($p = 0,04$). Размер опухоли был взаимосвязан с плотностью ТК в ПЗ ($r = 0,56$). В опухолях размером до 3 см число ТК в ПЗ составило $3,0 \pm 0,5$, а при размере свыше 3 см оно возрастало до $6,8 \pm 1,5$ ($p = 0,02$). Количество ТК в ПЗ рака почки и плотность микрососудов в ПЗ коррелировали между собой ($r = 0,30$). Когда число ТК в ПЗ было до 3, количество микрососудов в ПЗ составило $7,1 \pm 0,9$, а когда число ТК было более 3, содержание микрососудов возрастало и в среднем составило $8,7 \pm 0,9$ ($p = 0,01$). Число AgNORs в эндотелии сосудов ПЗ также коррелировало с плотностью ТК в ПЗ ($r = 0,56$). При числе гранул AgNORs в ядрышках эндотелия сосудов ПЗ до 1,5 число ТК в ПЗ было равно $5,5 \pm 1,4$, а при их содержании свыше 1,5 возрастало до $7,2 \pm 2,3$ ($p = 0,001$). При наличии регионарных и отдаленных метастазов количество сосудов в ПЗ возрастало до $12,3 \pm 0,7$, в то время как в опухолях без метастазов их было $5,9 \pm 0,2$ ($p = 0,000004$). Число ТК в ПЗ при метастазировании было $6,4 \pm 1,7$, а в неметастазирующих опухолях $2,8 \pm 0,6$ ($p = 0,000001$). При этом в ПЗ метастазирующих опухолей с активным неоангиогенезом наблюдалась тенденция к увеличению дегранулирующих ТК до 54,9% по сравнению с неметастазирующими (47,4%). Содержание числа гранул AgNORs в опухолевых клетках коррелировало с плотностью ТК в ПЗ ($r = 0,45$). Если число гранул AgNORs в опухолевых клетках было до 4, то число ТК в ПЗ составило $4,0 \pm 1,6$, а если более 4, число ТК возрастало до $7,5 \pm 1,6$ ($p = 0,02$). Содержание ТК в ПЗ и наличие инвазии в псевдокапсулу коррелировали между собой ($r = 0,64$). При наличии инвазии число ТК в ПЗ было $12,7 \pm 2,4$, а без инвазии $3,0 \pm 0,5$ ($p = 0,000001$). Следовательно, ТК перитуморозной зоны взаимосвязаны с неоангиогенезом и наиболее важными прогностическими параметрами опухоли, и поэтому подсчет плотности их распределения, с учетом морфологических характеристик, может служить дополнительным фактором прогноза при раке почки.

Частота встречаемости урогенитальных инфекций мочевого тракта у женщин, страдающих хроническим циститом

Ю.С. Кондратьева, А.И. Неймарк
Барнаул

Среди всех урогенитальных инфекций в России лидирующее положение занимают трихомонадная и хламидийная инфекции. В Сибирском ФО с 2003 по 2009 год отмечается уменьшение числа новых случаев заболеваемости урогенитальным хламидиозом (УГХ), при регистрации в 92,5 до 74,4 случаев на 100 000 населения соответственно. Схожие данные и по трихомонозу, так, в 2003 году по Сибирскому ФО регистрировалось 387,9 случаев на 100 000 населения, а в 2009 году – 263,1 случай на 100 000 населения. Заболеваемость УГХ в Алтайском крае за последние годы остается на одном уровне, так, в 2008–2009 гг. она составила 33,4 и 34,3 новых случаев заболевания на 100 000 населения, заболеваемость трихомонадной инфекцией в 2008–2009 гг. составила 155,3 и 129,6 новых случаев на 100 000 населения соответственно.

Осложнения, развившиеся в результате инфицирования данными патогенами, могут наблюдаться в 30–50% случаев как у мужчин, так и у женщин, страдающих различными воспалительными заболеваниями органов мочеполовой системы. Хламидийная, трихомонадная и микоплазменная инфекции отягощают, формируют рецидивирующее течение и резистентность к стандартной терапии циститов.

Было обследовано 112 женщин, обратившихся как самостоятельно, так и по направлению от венеролога, уролога, гинеколога на консультативный прием с жалобами на различные дизурические расстройства, выделение из половых путей, непостоянные боли внизу живота. Лабораторно-инструментальное обследование всех пациенток включало гинекологический осмотр, молекулярно-биологическое (полимеразная цепная реакция) и культуральное исследование соскобов из цервикального канала на ИППП. В процессе проведенного вышеописанного обследования из 112 обратившихся женщин у 82 пациенток (73,2%) была диагностирована одна или микст-инфекция, передаваемая половым путем.

Проведено сравнение инфектов, колонизирующих мочеполовой тракт у 30 пациенток (36,5% – из числа с диагностированной ИППП), которым выполнялось культуральное исследование как образцов цервикального канала, так и биоптатов мочевого пузыря, после диагностической цистоскопии. *C. trachomatis* диагностировалась в культурах биоптатов слизистой оболочки мочевого пузыря значительно реже (8,6%), чем в соскобах из цервикального канала (23%). В то же время в биоптатах мочевого пузыря чаще встречались такие возбудители, как *U. urealiticum* (37,1% против 31,4% в цервикальном канале). *M. hominis* чаще регистрировалась в цервикальном канале (71,4%) против 57,1% в мочевом пузыре. *Tr. vaginalis* обнаруживалась с одинаковой частотой в мочевом пузыре и цервикальном канале – 23% наблюдений. *C. albicans* (соответственно в 43% и 50% случаев).

Результаты проведенного культурального исследования свидетельствуют о том, что большую роль в развитии хронических циститов играют *M. hominis*, и *U. urealiticum*, что подтверждается высоким процентом обнаружения этих возбудителей в слизистой оболочке мочевого пузыря среди всех инфектов. Затем по распространенности следует *Tr. vaginalis* и *C. trachomatis*. Практически с одинаковой частотой встречаются грибы рода *Candida*.

Анализ этих данных позволяет сделать вывод об идентичности микрофлоры в цервикальном канале и в измененных участках слизистой оболочки мочевого пузыря. Это подтверждает распространенное мнение о восходящем пути заражения. Этим же объясняется рецидивирующее течение хронического цистита у женщин при заражении от полового партнера.

Таким образом, своевременная диагностика и обследование женщин, страдающих хроническим циститом и их половых партнеров, позволит более полно и грамотно провести этиотропное и патогенетическое лечение данной категории пациенток.

Клиническое значение трансректальной мультифокальной биопсии предстательной железы в дифференциальной диагностике и раннем выявлении рака простаты

М.Ю. Лазарев, О.В. Абаимов, Д.Н. Величко
Новосибирск

Рак предстательной железы (РПЖ) является одной из актуальных проблем современной уроонкологии.

В урологическое отделение больницы скорой медицинской помощи № 2 г. Новосибирска за 2010 год было госпитализировано 280 больных с предварительным диагнозом: гиперплазия предстательной железы.

98% из них (274 больных) был выполнен анализ крови на уровень простатспецифического антигена (PSA). При выявлении у больных повышенного уровня PSA (более 4 нг/мл), а таковых было 136 случаев (49,6%), выполнялась трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы с использованием аппарата Promag Ultra. 68% подобных процедур (93 случая) выполнялось под ультразвуковым контролем с использованием ректального датчика из 6 точек, затем, в связи с поломкой ректального датчика, 32% биопсий проходили из 4–5 наиболее подозрительных (суспициозных) точек под пальцевым контролем.

Большинством авторов признается необходимость проведения антибактериальной профилактики, включающей как минимум однократный прием антибиотика широкого спектра действия (чаще всего – фторхинолона) перед пункцией простаты или во время нее. В случае же наличия факторов риска возникновения инфекционных осложнений (диабет, простатит, наличие постоянного катетера и т.д.) показано более длительное назначение антибиотика. В нашем отделении антибактериальная профилактика, как правило, проводится пероральными фторхинолонами (левофлоксацин, пefлоксацин, цiproфлоксацин) в течение 3 суток после биопсии (первый прием – за 2 часа до процедуры).

В качестве адекватного метода анестезии при проведении биопсий мы использовали введение *per rectum* непосредственно перед процедурой геля с 2% раствором лидокаина, например, «Катеджель».

Как наиболее частое осложнение проведенных биопсий мы отмечали наличие гематурии, которая была у 14 больных (10% случаев). Интенсивность гематурии варьировала от незначительного окрашивания мочи до отхождения небольших сгустков крови при мочеиспускании.

По результатам гистоморфологического исследования биоптатов у 34 больных (25%) с повышенным уровнем PSA был обнаружен и подтвержден рак предстательной железы, в более чем 90% случаев представлявший собой аденокарциному.

Таким образом, трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы является завершающим и нередко ранним этапом диагностики рака простаты, позволяющим своевременно начать адекватное лечение больных этим распространенным грозным заболеванием.

Анализ прогностических факторов при обструкции верхних мочевых путей

В.Ф. Онопко

Иркутск

Важным направлением современной урологии является выделение факторов, позволяющих составить модель индивидуального прогноза и определить оптимальную тактику лечения больных с гидронефрозом при обструкции верхних мочевых путей в послеоперационном периоде.

В задачи нашего исследования входило определение значимости исследуемых факторов и разработка способа индивидуального прогнозирования ожидаемого срока восстановления функции почек у больных с гидронефрозом при обструкции верхних мочевых путей после лечения на основе оценки показателей стандартного обследования больных.

Однофакторный анализ включал в себя изучение факторов, имеющих возможное влияние на прогноз срока восстановления функции почек у больных с гидронефрозом при обструкции мочевых путей. Первоначально нами исследованы 27 параметров основных клинических и инструментальных признаков после проведенного хирургического лечения. Этими признаками явились следующие: возраст и пол больного, степень и причины гидронефроза, длительность заболевания, послеоперационные осложнения, время максимального подъема кривой реногистограммы, время полной эвакуации радиофармпрепарата, период полувыведения радионуклида, эффективный почечный плазматок, срок обнаружения обструкции, толщина паренхимы, размер лоханок и чашечек, сторона поражения почек, объем оперативного пособия; клинические показатели крови: лейкоциты, СОЭ, показатели общего белка, мочевины и креатинина сыворотки крови, а также показатели уровня белка в моче.

В последующем это послужило базой для выделения основных признаков, используемых при многофакторном анализе.

Регрессионный и кластерный анализ, проведенный при помощи пакета статистических программ Statistica 6,0, позволил нам отобрать из 27 только 7 наиболее информативных признаков, которые оказывали значимое влияние на прогноз срока восстановления функции почек у больных с гидронефрозом при обструкции мочевых путей. Такими параметрами явились следующие: причина гидронефроза, степень гидронефроза, послеоперационные осложнения, длительность заболевания, эффективный почечный плазматок (ЭПП) после операции, паренхиматозный индекс (ПИ) после операции, время максимального подъема кривой реногистограммы (Т-*max*) после операции.

Вклад этих семи факторов, включенных в модель прогноза, составляет 87,7% от общей суммы квадратов отклонений прогнозируемого параметра *Y*.

При многофакторном регрессионном анализе наиболее значимым признаком, влияющим на срок восстановления функции почек, оказалась длительность заболевания гидронефрозом.

Оценка эффективности предлагаемого способа прогнозирования проводилась в группе из 30 больных с гидронефрозом при обструкции мочевых путей после операции в зависимости от конкретных клинических и диагностических факторов. Длительность наблюдения за пациентами после хирургической коррекции гидронефроза составила $8,2 \pm 1,6$ лет. Это позволило нам

изучить сроки восстановления функции почек у больных с использованием методов однофакторного и многофакторного анализа. Прослеженность составила 100,0%. Правильное распознавание составило 78%.

Прогностическое заключение, определенное нами опытным путем в соответствии с рекомендациями «Математическое моделирование медицинских и биологических систем» (Мазурова В.Д., Смирнова А.И., 1988) принято по следующим параметрам:

- до 6 мес. – благоприятный прогноз;
- от 6 до 12 мес. – промежуточный прогноз;
- более 12 мес. – неблагоприятный прогноз.

Технический результат данного способа заключается в повышении точности прогноза срока восстановления функции почек у больных с гидронефрозом при обструкции мочевых путей после проведенного оперативного лечения и достигается тем, что у конкретного больного определяют величину установленных семи прогностических факторов. Затем определенные показатели подставляют в формулу разработанной математической модели прогнозирования.

Таким образом, разработанная нами модель дает возможность клиницистам, используя параметры основных клинических, ренографических, ультразвуковых методов исследования, определить индивидуальный прогноз срока восстановления функции почек больного после коррекции гидронефроза. Такой способ на основании показателей стандартного обследования больного позволяет провести своевременную коррекцию дальнейшего лечения в послеоперационном периоде, решить вопросы диспансерного наблюдения и социального характера – экспертизы трудоспособности и реабилитации больных с гидронефрозом после его коррекции.

Конгестивные расстройства предстательной железы как фактор, ухудшающий репродуктивный прогноз у юношей, страдающих варикоцеле

И.С. Попов, А.И. Неймарк, А.В. Газаматов
Барнаул

Несмотря на распространенность варикоцеле, нет единого взгляда на проблему влияния варикоцеле на сперматогенез. Среди страдающих бесплодием число пациентов с варикоцеле достигает 30–40%. Варикозное расширение вен семенного канатика наблюдается чаще всего в возрасте от 16 до 30 лет, то есть в период наибольшего развития половой функции, что обуславливает значимость данного заболевания в демографическом плане.

Изучение влияния сочетанного расширения вен в мошонке и в малом тазу на качество эякулята у подростка как фактора риска репродуктивных нарушений в сравнении с таковыми при изолированном варикоцеле слева.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 164 подростка 16–18 лет (средний возраст 16,5 лет), страдающих варикоцеле слева. Наблюдаемым пациентам проводился общий осмотр, лабораторные исследования (микроскопия сока предстательной железы, спермограмма, гормонограмма

(ЛГ, ФСГ, тестостерон, антиспермальные антитела крови), УЗИ органов мошонки и ТРУЗИ предстательной железы с доплерографией сосудов).

Результаты исследования. Вне зависимости от степени варикозной трансформации вен левого семенного канатика после проведения комплекса диагностических мероприятий по описанному алгоритму было выявлено, что у 68 подростков (41,4%) имеет место сочетанное расширение вен гроздевидного сплетения слева и вен перипростатического сплетения, что является признаком их венозного полнокровия и застоя. По данному критерию пациенты были распределены на две группы: 1 группа – с изолированным варикоцеле, без патологических изменений в малом тазу (96 человек) – 58,6%; 2 группа – с сочетанным расширением вен левого семенного канатика и вен перипростатического сплетения (68 человек) – 41,4%.

При анализе результатов дополнительного исследования выявлено, что значимых различий в гормональном и иммунном статусе у пациентов двух групп нет. При оценке результатов микроскопии сока предстательной железы выявлено, что лишь у 7 молодых людей (7,3%) 1-й группы имеют место воспалительные изменения в материале (простатит), имеющие неспецифическую этиологию. У пациентов 2-й группы выявляемость воспалительного процесса в предстательной железе значительно превосходит – 41 человек, что составляет 60,3%. При анализе размеров предстательной железы, в частности ее объема, ни у одного пациента не было выявлено увеличение данного параметра выше 20,5 см³. Однако при сравнении групп отмечалось различие в средних значениях объема простаты. Во 2-й группе (сочетанном расширении вен простатического сплетения и варикоцеле) он был несколько выше – 19,5 см³, чем в первой – 15,3 см³. Так, у пациентов в 1-й группе с изолированным варикоцеле – ткань предстательной железы средней эхогенности, без изменения структуры, без локации патологических включений в 93% случаев. У 7% молодых людей лоцируются неоднородные изменения ткани простаты, без увеличения объема простаты. Во 2-й группе у 41 подростка (60,3%) лоцируются изменения в структуре предстательной железы в виде ее диффузно-неоднородных изменений, локации участков пониженной и повышенной эхогенности. Результаты ТРУЗИ четко коррелируют с данными сока простаты.

При анализе результатов спермограммы нарушение в параметрах эякулята (патоспермия), выявлено: в 1-й группе – 28 человек, что составило от общего числа – 29,2%, во 2-й группе – 32 подростка – 47%. Основными нарушениями параметров спермы явились подвижность (А+В) и количество морфологически нормальных форм, в меньшей степени снижалась жизнеспособность сперматозоидов. Снижение концентрации сперматозоидов выявлено у нескольких пациентов (3 пациента в 1-й группе (3%) и у 2 – во второй – (2,9%).

Таким образом, варикозная трансформация вен левого семенного канатика и левого яичка в 41,4% случаев сочетается с варикозным расширением вен перипростатического сплетения. Расширение вен перипростатического сплетения приводит к конгестивным расстройствам предстательной железы в 60,3%, что проявляется увеличением ее объема диффузно-неоднородными изменениями структуры железы, и ухудшением качества секрета предстательной железы, что проявляется увеличением количества лейкоцитов, снижением количества лецитиновых зерен, являющихся диагностическими критериями

простатита. Сочетанное расширение вен в мошонке и в малом тазу, сопровождающееся конгестивными расстройствами предстательной железы, в 47% приводит к ухудшению параметров эякулята при изолированном варикоцеле (29,2%). Основными нарушениями в параметрах эякулята является снижение количества подвижных сперматозоидов (А+В) и количества морфологически нормальных форм, в меньшей степени снижается жизнеспособность сперматозоидов. Снижение концентрации сперматозоидов не имеет прямой корреляции с рассматриваемыми состояниями и выявляется у единиц.

Выявленные данные позволяют индивидуализировать тактику ведения больных варикоцеле и проводить патогенетическое лечение конгестивных нарушений предстательной железы с целью снижения риска репродуктивных нарушений у больных этой патологией.

Магнитно-резонансная и многосрезовая спиральная рентгеновская компьютерные томографии у женщин с генитальным пролапсом и стрессовым недержанием мочи

А.Ю. Прудко, А.Н. Нечипоренко, И.Н. Шапоров, Н.А. Галицкая, Н.А. Нечипоренко
Гродно

До настоящего времени не уточнена роль магнитно-резонансной томографии (МРТ) и многосрезовой спиральной компьютерной томографии (МСКТ) в обследовании женщин с генитальным пролапсом (ГП) и (или) стрессовым недержанием мочи (СНМ).

Цель исследования. Дать оценку информативности МРТ и МСКТ при обследовании женщин с ГП и СНМ и определить значение этих исследований в оценке анатомического эффекта проведенных операций.

Нами проведено обследование 16 женщин со СНМ и 12 с различными формами ГП до и после хирургической коррекции.

МРТ выполнены 7 женщинам со СНМ и 6 с ГП, МСКТ выполнены 9 женщинам со СНМ и 6 с ГП.

МРТ таза выполняли на томографе GEC 1,5 Тл [General Electric, Milwaukee, WI, USA]. Исследование проводили в режиме «быстрой спин-эхо» импульсной последовательности. Перед выполнением МРТ мочевого пузыря заполняли раствором фурацилина. Томограммы выполняли во фронтальной и сагиттальной плоскостях.

МСКТ таза выполняли на томографе «Liht Speed Pro 32» GE Medical Systems. Сканирование проводилось в аксиальной плоскости с последующими мультипланарными и 3D реконструкциями. Получали изображение органов малого таза без контрастного усиления и при контрастированном мочевом пузыре. Объем вводимого в мочевой пузырь контрастного вещества составлял 200–250 мл.

Исследования проводились в спокойном состоянии пациентки и на высоте пробы Вальсальвы для оценки степени опущения мочевого пузыря, уретры, стенок влагалища и матки. О положении уретры судили по катетеру Фолея № 10–12, введенному в мочевой пузырь.

Степень опущения мочевого пузыря, уретры, влагалища и матки определя-

ли по смещению их относительно линии, соединяющей нижний край лонного сочленения и копчик (лонно-копчиковая линия, рис. 1 и 2).

Все наши больные оперированы. Коррекцию СНМ проводили установкой подуретральной синтетической сетчатой ленты с позадилоном ее проведением (операция по принципу TVT). Коррекцию ГП проводили с использованием синтетических сетчатых протезов по технике Prolift.

Результаты и обсуждение. МРТ и МСКТ, полученные у больных со СНМ в сагиттальной плоскости в спокойном состоянии и на высоте пробы Вальсальвы, позволили оценить и документировать степень опущения пузырно-уретрального сегмента в см относительно лонно-копчиковой линии (рис. 1, 2 и 3).

Во всех случаях СНМ на томограммах неизменно определялось смещение уретро-пузырного сегмента вниз и кзади, кроме того, при СНМ на М-Р томограммах, выполненных на высоте пробы Вальсальвы, отмечалось истончение тканевых поддерживающих уретру структур.

О хорошем анатомическом результате петлевой операции по поводу СНМ говорили в случаях, когда на МР и МСК томограммах в сагиттальной плоскости шейка мочевого пузыря и проксимальный отдел уретры находились около нижнего края лонного сочленения, а подвижность их была резко ограничена при проведении пробы Вальсальвы, причем в ряде случаев отмечался небольшой коленообразный изгиб уретры в среднем отделе за счет упора в подуретральную ленту.

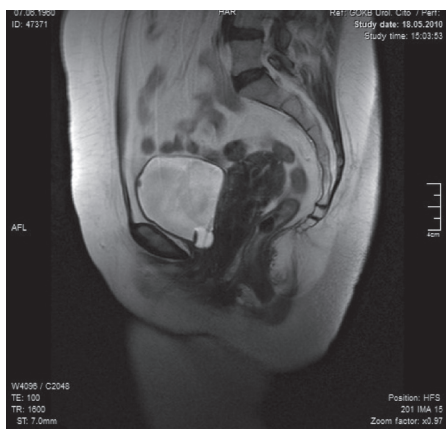


Рис. 1

МРТ таза (срез в сагиттальной плоскости). Т-2 взвешенное изображение. В спокойном состоянии шейка мочевого пузыря находится на уровне лонно-копчиковой линии

При обследовании женщин с ГП и СНМ информативность МСКТ уступает МРТ, поскольку МСКТ не позволяет оценить тканевые структуры, участвующие в обеспечении статики уретры и мочевого пузыря.

Преимущества МРТ перед МСКТ: более высокое качество изображения не только органов, но и мягкотканых структур тазового дна; отсутствие рентгеновского излучения. МРТ позволяет получить изображение опорных и подвешивающих структур мочеиспускательного канала, стенок влагалища и матки. Кроме того, при выполнении МРТ удается оценить положение подуретральной синтетической ленты и сетки, корригирующей статику влагалища.

МСКТ после хирургической коррекции ГП и СНМ, как и МРТ, так же позво-



Рис. 2

Магнитно-резонансная томограмма таза той же больной что и на рис. 1, выполненная на высоте пробы Вальсальвы. Смещение пузырно-уретрального сегмента и средней части влагалища ниже лонно-копчиковой линии. (Опущение передней стенки влагалища с формированием цистоцеле.)

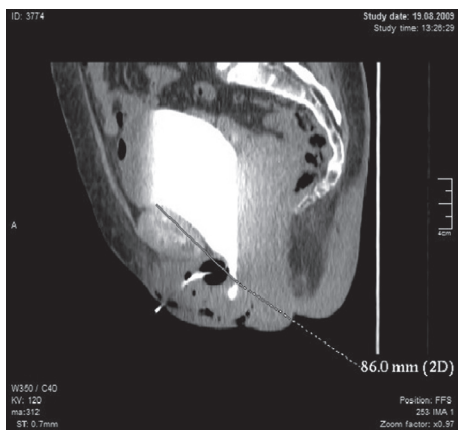


Рис. 3

Многосрезовая спиральная компьютерная томограмма таза на высоте пробы Вальсальвы. Опущение передней стенки влагалища III ст. с формированием цистоцеле. (Мочевой пузырь опустился ниже лонно-копчиковой линии.)

ляет оценить степень восстановления статики тазовых органов. Но МРТ дополнительно дает возможность оценить и положение имплантированных синтетических сеток и лент.

Оба исследования весьма информативны в диагностике такого послеоперационного осложнения как формирование тазовой гематомы.

Таким образом, МРТ обладает высокой разрешающей способностью в оценке как анатомического положения органов малого таза, так и состояния тканевых структур, обеспечивающих их статику как до, так и после хирургической коррекции СНМ и ГП.

МСКТ, давая полную информацию о положении контрастированных мочевого пузыря, уретры и мочеточников у больных со СНМ и ГП, позволяет только косвенно судить о состоянии подвешивающе-поддерживающего аппарата органов малого таза до и после корригирующих операций.

Роль эндоскопических методов в диагностике бессимптомной гематурии

И.Э. Сибуль, Н.И. Музалевская, Н.А. Ноздрачев
Барнаул

Бессимптомная тотальная макрогематурия – высоковероятный признак злокачественного новообразования мочевыводящей системы. Не всегда удается выявить источник кровотечения общепринятыми методами и гематурия ошибочно расценивается как клиническое проявление какого-либо заболевания (нарушение системы гемостаза, кисты почек, варикозно расширенные вены шейки мочевого пузыря при аденоме простаты и т.д.). Нами приводится клинический случай, подтверждающий данный факт.

Больной X считает себя больным с декабря 2009 г., когда впервые отметил примесь крови в моче. С того момента проведено множество обследований, в ходе которых явного источника кровотечения не выявлено. Проводилась корригирующая терапия по поводу незначительных нарушений системы гемостаза, на фоне которой эпизоды гематурии повторялись. Затем была предположена взаимосвязь гематурии с аденомой простаты, в связи с чем в апреле 2010 г. проведена одномоментная аденомэктомия в условиях одного из урологических отделений Барнаула. Через 10 дней после выписки гематурия повторилась. Проведена цистоскопия. Заключение: послеоперационная рана без особенностей, гематома мочевого пузыря – проведена коагуляция гематомы. Через 1 сутки после операции симптомы возобновились. Проведена в очередной раз гемостатическая терапия. После этого неоднократно повторялись эпизоды гематурии, проводилась консервативная гемостатическая терапия. 19.01.11 обратился в УО ГБ № 11 для уточнения диагноза и решения вопроса о дальнейшей тактике ведения.

Объективно (на 19.01.11): По ТрУЗИ простаты Vпж – 30 см³, Vuзл – 16 см³, узел ДПП с петрификатами, ложный ход уретры?

В отделении поставлен предварительный диагноз: хронический цистит. Фаза активного воспаления. Состояние после аденомэктомии (IV/10). Ложный ход уретры? Тотальная бессимптомная макрогематурия. Начата противовоспалительная, гемостатическая терапия, одновременно с этим проводились дополнительные исследования:

Фиброцистоскопия (19.01.11) – слизистая не изменена, под пузырем определяются два ложных хода на 17 и 18 часах условного циферблата, около 0,4 см в d., источника кровотечения не выявлено.

Уретрография (20.01.11) – уретра законтрастирована на всем протяжении, видимых сужений и дефектов наполнения не определяется.

По УЗИ почек (20.01.11) в синусе левой почки – гипозоногенное образование около 24 x 15 мм.

21.01.11. проведена высокоразрешающая МсКТ почек – в левой почке кистозные образования с четким, ровным контуром, размером 5,8 и 19 мм. в d.,

чашечно-лоханочная система не расширена, экскреция контраста не нарушена. Паранефрий не изменен.

При исследовании системы гемостаза (21.01.11) – патологии свертывающей системы крови не выявлено.

На фоне проводимой терапии гематурия купирована. 26.01.11 больной выписан из отделения на амбулаторное наблюдение с рекомендацией проведения фиброцистоскопии на высоте гематурии.

4.02.2011 вновь возник эпизод гематурии, в связи с чем 8.02.11 повторно госпитализирован в УО ГБ № 11. Проведена фиброцистоскопия, после отмывания мочевого пузыря выявлено обильное выделение крови из левого устья. 9.02.11 проведена фиброуретеропиелоскопия, в ходе которой выявлена кровоточащая ворсинчатая опухоль лоханки левой почки, взята биопсия, гистологический диагноз: высокодифференцированный переходноклеточный рак. 11.02.11 в условиях УО ГБ № 11 проведена уретеронефрэктомия слева с резекцией стенки мочевого пузыря. Послеоперационный период протекал без особенностей, больной направлен под наблюдение онкологов.

Таким образом, приведенный клинический случай подтверждает необходимость установки источника кровотечения у больных с бессимптомной гематурией и указывает на высокую диагностическую эффективность эндоскопических методов диагностики в урологии.

Диагностическое значение транзиторной гиперпролактинемии в практике андролога

*И.А. Тюзиков
Ярославль*

Роль стойкой патологической гиперпролактинемии (ПГ) в снижении либидо и развитии вторичной эректильной дисфункции (ЭД) у мужчин общеизвестна. Патологическим называется повышение уровня пролактина не менее чем в двух из трех рекомендованных проб крови.

Однако на практике не все мужчины готовы сдавать анализы повторно. В этой ситуации андролог должен располагать какими-то другими гормональными доказательствами в пользу клинического значения такого однократного (транзиторного) повышения уровня пролактина крови. Известно, что основными естественными стимуляторами ее секреции являются тиролиберин, эстрогены, кортизол, катехоламины. Действительно, пролактин – стрессовый гормон, а роль стресса в формировании половых и гормональных нарушений у мужчин объективно доказана.

Цель исследования. Оценить диагностическую ценность однократного определения уровня пролактина на основе изучения его природных стимуляторов и необходимость коррекции транзиторной гиперпролактинемии.

Обследовано 15 мужчин в возрасте от 32 до 47 лет с легким снижением либидо и эректильной дисфункцией (ЭД) легкой степени (МКФ, МИЭФ-5). У всех единственной патологией было однократное умеренное повышение

уровня пролактина до $24,5 \pm 3,6$ нг\мл (норма не более 20 нг\мл). Уровень общего тестостерона у всех пациентов находился в пределах нормы (более 3,46 нг\мл). При исключении других этиологических факторов гиполибидемии и ЭД была высказана мысль, что у этих мужчин даже однократное повышение уровня пролактина крови может быть маркером хронического стресса в связи с гиперсимпатикотонией. Действительно, у 12/15 (80%) больных выявлены «белый» кожный дермографизм и признаки вегетативно-сосудистой дистонии, а у 7/15 (46,7%) мужчин выявлено умеренное повышение уровня вечернего кортизола крови при нормальном АКТГ. Это считается признаком гиперкортизолемии, которая может носить стрессовый характер, и подтверждать мысль о преобладании симпатических вегетативных влияний, обладающих, как известно, эректолитическим эффектом.

Повышенная стрессовая готовность выявлена по данным исследования кожного дермографизма у 80%, а по уровню вечерней гиперкортизолемии у 46,7% мужчин с однократно высоким уровнем пролактина крови. Следовательно, если однократное повышение уровня пролактина крови у мужчины с половыми нарушениями сочетается с белым кожным дермографизмом и вечерней гиперкортизолемией, то его можно рассматривать как кандидата на пробное лечение рекомендованных в случае патологической гиперпролактинемии агонистов дофаминовых рецепторов. Этим пациентом был назначен Достинекс в дозе 0,25 мг 1 раз в неделю в течение 3 месяцев.

Контрольное обследование пациентов через 3 месяца после терапии выявило клиническое улучшение эрекции у 8/15 (53,3%) мужчин. У них же концентрация пролактина крови при однократном заборе оказалась нормальной, однако, у остальных 7/15 (46,7%) больных без существенного эффекта уровень пролактина при однократном заборе опять слегка превышал норму, что побудило искать другие причины половых нарушений у них. При этом у 3/7 (42,8%) оказался повышенным уровень эстрадиола крови, а у 4/7 (57,2%) выявлена дисфункция щитовидной железы. У всех 8/15 (53,3%) больных с нормализацией половой функции отмечен прирост общего тестостерона по сравнению с исходным в среднем на 22%. Терапия Достинексом не сопровождалась побочными эффектами и характеризовалась хорошим комплаенсом и выгодной фармакоэкономикой.

Таким образом, проведение трехкратной пробы на пролактин по-прежнему является обязательным методом в алгоритме обследования мужчин со снижением либидо. Транзиторное однократное повышение пролактина в сочетании с маркерами хронического стресса (кожный белый дермографизм, вечерняя гиперкортизолемиа), а также с гиперэстрогемией и дисфункцией щитовидной железы может иметь самостоятельное клиническое значение и в отсутствие других явных причин индуцировать половые нарушения, вероятно, за счет истощения эндогенного дофамина на фоне гиперсимпатикотонии, функциональной гиперкортизолемии, гиперэстрогемии, что ведет к эректолитическому эффекту.

При вышеописанных клинико-гормональных ситуациях возможно назначение пробной терапии Достинексом в течение 3 месяцев. При положительном результате теста можно рекомендовать продолжение терапии Достинексом как в монотерапии, так и в сочетании с другими препаратами, улучшающими потенцию в зависимости от конкретной клинической ситуации. При отрицательном эффекте необходимо продолжать поиск других возможных причин половой дисфункции.

Ранняя диагностика урологических заболеваний среди сельского населения Хорезмской области

У.А. Худайбергенов, Т.Ю. Нуралиев, М.К. Рахимов
Ташкент

Несмотря на ряд успешных исследований урологической заболеваемости в Узбекистане, многие ее вопросы, в силу их разрозненного характера, остались за рамками исследований, что не позволяет составить целостную картину.

Данные литературы по изучению распространенности болезней мочеполовой сферы касаются лишь отдельных нозологических единиц или, в крайнем случае, их групп. Примером может служить ряд исследований по эпидемиологии мочекаменной болезни (МКБ), доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП), инфекции мочевого тракта (ИМТ), проведенных в разное время во многих странах, в том или ином объеме. Вопросы изучения заболеваемости являются особенно актуальными для региона тяжелой экологической обстановки (Приаралье), в котором не является исключением повышение и урологической заболеваемости. Известно, что «тяжелая экологическая обстановка Приаралья стала важнейшей особенностью среды обитания населения в этом регионе, повлекшей за собой ухудшение показателей здоровья населения и даже близкой к экологической катастрофе».

Цель исследования – изучение распространенности отдельных урологических заболеваний среди населения Янгиарикского района Хорезмской области.

Было обследовано 1 943 человека, что составило 88,3% от числа лиц, подлежащих обследованию.

Для обследования населения применялся специально разработанный в Республиканском специализированном центре урологии универсальный опросник, предназначенный для определения симптомов урологических заболеваний. Опросник состоит из 33 вопросов. Сюда включены вопросы, относящиеся к симптомам нижнего мочевого тракта, инфекции мочевого тракта, недержания мочи, патологии мужской половой сферы. Полученная информация документировалась при помощи специально разработанных карт обследования, куда вносились данные объективного осмотра, результатов ультразвукового сканирования и анализов мочи при помощи тест-полосок. Мужчинам старше 50 лет проводилось пальцевое ректальное исследование предстательной железы.

Для скрининга урологических заболеваний использовался ультразвуковой сканер «Kransbühler» (Германия) с конвексным датчиком 3,5 Mhz. Для проведения анализа мочи использовались тест-полоски Urine-10 фирмы «Cypress Diagnostics». При необходимости проводилась микроскопия осадка мочи.

При идентификации урологической симптоматики у пациентов, после соответствующей диагностики, определялся клинический диагноз и план дальнейшей лечебной тактики.

Общее число обследованных составили 754 мужчин и 1 189 женщин; из них 1 444 взрослых и 499 детей.

По итогам проведенного обследования были определены показатели распространенности ДГП среди населения Хорезмского региона. Заболевание диагностировали на основании жалоб и надлобкового УЗС мочевого пузыря и простаты.

Из обследованных мужчин старше 50 лет у 51 (45,5%) установлен диагноз ДГП. Анализ результатов исследования показал, что у всех этих мужчин имели место субъективные признаки нарушения мочеиспускания. При изучении распространенности ДГП учитывали ирритативные и обструктивные симптомы нижнего мочевого тракта, данные пальцевого ректального исследования.

У двоих мужчин по данным УЗС выявлен камень мочевого пузыря.

Среди обследованных жителей, по данным УЗС, у 37 (1,9%) человек диагностированы камни мочевыводящих путей, причем, у 32 (1,6%) из них впервые.

Кроме того, у 130 (6,7%) обследованных пациентов, при УЗС почек выявлены признаки конгломератов солей и по данным микроскопии осадка мочи кристаллурия (т.н. «прелитиаз»).

Следовательно, оценка роли УЗС в изучении распространенности ДГП и МКБ показала значимую результативность этого диагностического метода.

Таким образом, эпидемиологическое исследование распространенности урологических заболеваний (МКБ, ДГП), делает возможным раннюю диагностику, а, следовательно, наблюдение и консервативное лечение под контролем врача общей практики, предотвращает развитие осложнений ДГП и МКБ.

Роль условно-патогенной флоры в разных отделах уrogenитального тракта у инфертильных мужчин

А.П. Чемезов, Л.Н. Светлова

Иркутск

Цель исследования: изучение роли условно-патогенных микроорганизмов в развитии воспалительных заболеваний уrogenитального тракта у мужчин, приводящих к нарушению репродуктивной функции. Были обследованы больные, имеющие качественные и количественные изменения в спермограмме, с отсутствием ИППП.

Для определения видового состава микроорганизмов использовался бактериологический метод исследования, идентификацию выделенных культур и определение чувствительности к антибактериальным препаратам (методом серийных разведений) проводили на бактериологическом анализаторе «Auto-Scan-4» фирмы (Dade Behring, США) с использованием фирменных панелей: для грамотрицательных микроорганизмов (NEG Breakpoint Combo Type 31), грамположительных микроорганизмов (POS Breakpoint Combo Type 20) и грибов (Rapid Yeast Panel).

Количество проведенных исследований: у 25 мужчин были проведены исследования материала из уретры, у 40 мужчин исследовался секрет предстательной железы и у 59 мужчин был изучен микробиологический состав эякулята.

Взятие материала из уретры для бактериологического исследования произвели у 25 мужчин с инфекцией гениталий. Показатели, полученные нами, свидетельствуют о разнообразии обнаруженных микроорганизмов, среди которых наиболее часто встречались: гемолитический стафилококк (20%),

эпидермальный стафилококк (16%), фекальный энтерококк (12%), кишечная палочка (12%), коринебактерии (12%), оральный стрептококк (8%), энтеробактер клоака (8%), золотистый стафилококк (4%), стрептококк митис (4%), стрептококк фециум (4%). У 62% больных были обнаружены микробные ассоциации, состоящие из двух микроорганизмов. Степень обсеменения составила 10^3 и более КОЕ/мл. Полученные результаты свидетельствуют о преобладании грамположительной кокковой условно-патогенной и сапрофитной микрофлоры в двухкомпонентных ассоциациях, которая обнаруживается в уретре и у здоровых мужчин.

Видовой состав микроорганизмов, выделенных у 40 мужчин с симптомами простатита (изучался секрет предстательной железы), представлен 64 культурами: эпидермальный стафилококк выявили у 27%; фекальный энтерококк у 16%; коринебактерии у 12%; гемолитический стафилококк и стафилококк варнери у 8%; оральные стрептококки у 9%; кишечная палочка у 6%; золотистый стафилококк, стрептококк митис и энтерококк фециум у 3%; пиогенный стрептококк, стафилококк капнитис у 2% и морганелла мургани у 1% больных. У 33% пациентов микроорганизмы выделялись в ассоциациях, из них 30% – двухкомпонентные и 3% – трехкомпонентные. Полученные результаты свидетельствуют о преобладании грамположительной кокковой условно-патогенной микрофлоры, в количестве 10^3 и более КОЕ/мл.

У 59 мужчин с нарушениями репродуктивной функции был изучен микробиологический состав эякулята. Анализ полученных результатов показал: выделено 83 культуры условно-патогенных микроорганизмов, эпидермальный стафилококк обнаружили у 28%; фекальный энтерококк у 19%; гемолитический стафилококк у 12%; коринебактерии у 10%; кишечная палочка, стафилококк варнери и оральные стрептококки у 7%; стрептококк митис у 5%; энтерококк фециум 2%; золотистый стафилококк у 2% и протей мирабилис у 1% больных. Отмечается преобладание грамположительной кокковой условно-патогенной микрофлоры, в количестве 10^3 и более. У 30,1% больных микроорганизмы выделялись в ассоциациях, из них 26,5% – двухкомпонентные и 3,6% – трехкомпонентные.

Анализ количественного содержания микроорганизмов в уретре, секрете предстательной железы и эякуляте показал, что высокое микробное число (10^4 и более) наблюдалось у 93% больных в уретре, у 82% в секрете предстательной железы, 70% в эякуляте. Все проявления патогенных свойств выделенных штаммов микроорганизмов связаны с выработкой определенных химических субстанций, что приводит к проникновению микроорганизмов в половые железы и генерализации воспалительного процесса. Непосредственное длительное влияние бактериальных возбудителей и их токсинов, продуктов метаболизма изменяет морфологическую структуру предстательной железы, семенных пузырьков, яичек и их придатков, семявыносящих протоков, отрицательно сказывается на жизнеспособности сперматозоидов, что в конечном итоге приводит к бесплодию. При исследовании эякулятов этих больных выявлено изменение всех основных его параметров: объем, время разжижения спермы, концентрация сперматозоидов в 1 мл и их количество во всем эякуляте, их подвижность, увеличение содержания патологических форм сперматозоидов.

Так, у 30% больных отмечалось увеличение времени разжижения эякулята, что указывает на недостаточное содержание в секрете предстательной

железы ферментов – фибринолизина и фибриногеназы, которые принимают участие в разжижении спермы.

У 30% наблюдалось повышение вязкости спермы, как правило, сочетающееся с увеличением времени разжижения и наличием в эякуляте большого количества слизи – продукта воспалительного процесса добавочных половых желез.

У 90% больных отмечалась сперматоагглютинация, причем она была наиболее выражена у больных с нормальной концентрацией сперматозоидов.

У подавляющего большинства (60%) больных с экскреторно-токсическим бесплодием отмечалась олигозооспермия различной степени выраженности.

При исследовании подвижности сперматозоидов установлено уменьшение количества сперматозоидов с быстрым и медленным поступательным движением и нарастание количества неподвижных сперматозоидов и сперматозоидов с непоступательным движением.

Морфологические изменения сперматозоидов широко варьировали у больных с экскреторно-токсическим бесплодием, при олигозооспермии 1, 2, 3 степени наблюдались морфологические изменения более чем в 70% случаев.

Следовательно, полученные данные позволяют сделать вывод о значительной роли условно-патогенных микроорганизмов на морфофункциональное состояние сперматозоидов и при обследовании и лечении супружеских пар, страдающих бесплодием, необходимо проводить исследования, направленные на исключение наличия у них клинических и субклинических инфекций. Выделенная микрофлора в ряде случаев обладала устойчивостью к традиционно применяемым антибактериальным препаратам и требовала тщательного подбора эффективного антибиотика, путем постановки антибиотикограмм. При выборе схемы лечения у пациентов со снижением фертильности, обусловленной условно-патогенной микрофлорой, подбор антибактериальной терапии должен проводиться индивидуально с учетом количественного и качественного состава микрофлоры и чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

Морфофункциональная характеристика активности белков ассоциированных с областью ядрышкового организатора (AgNOR) в дифференциальной диагностике светлоклеточного рака почки

Т.М. Черданцева, И.П. Бобров, В.М. Брюханов, В.В. Климачев,
А.Ф. Лазарев, В.Я. Гервальд, А.М. Авдальян

Барнаул

Вопросы дифференциальной диагностики светлоклеточной аденомы и светлоклеточного рака имеют не только теоретический интерес, но и огромную практическую значимость, поскольку оперативная тактика при этих опу-

хотя различна: при раке проводится нефрэктомия, а при аденомах – резекция почки.

Цель исследования: определить дифференциально-диагностическое значение исследования активности AgNOR при светлоклеточном раке почки.

Материалом для исследования послужили 49 светлоклеточных рака, 10 светлоклеточных аденом и 10 неизмененных фрагментов почки. Средний возраст больных раком почки составил $54,9 \pm 2,0$ года. Степень злокачественности клеток опухоли проводили по классификации ВОЗ (2002). Для определения активности ядрышковых организаторов гистологические срезы окрашивались по методу Daskal Y. et al (1980) в нашей модификации. В каждом случае подсчитывалось среднее число AgNORs на 1 ядро в 25–30 клетках. Статистическая обработка материала производилась с помощью статического пакета Statistica 6,0.

Результаты проведенного исследования показали, что в неизмененном эпителии почки среднее число AgNORs составило $3,05 \pm 0,1$; при аденоме $5,2 \pm 0,1$, а при светлоклеточном раке почки $11,43 \pm 0,5$ ($p < 0,05$). В то же время при стадии опухоли G1 число AgNORs составило $3,6 \pm 0,1$ ($p > 0,05$), при G2 – $10,7 \pm 0,4$ ($p < 0,05$), а при G3 – $22,7 \pm 1,2$ ($p < 0,05$).

Таким образом, показано, что значимые дифференциально-диагностические различия в активности AgNORs получены между аденомами и опухолью в стадиях G2 и G3, в то время как между степенью злокачественности G1 значимых различий обнаружено не было.

Неоангиогенез в перитуморозной зоне при раке почки – дополнительный фактор прогноза опухоли

Т.М. Черданцева, И.П. Бобров, В.М. Брюханов, В.В. Климачев,
В.Я. Гервальд, А.Ф. Лазарев, А.М. Авдалян

Барнаул

Ангиогенез имеет большое значение для роста и метастазирования злокачественных опухолей различных локализаций. Но, при сложившемся мнении о неблагоприятном значении активного неоангиогенеза в опухоли, о роли развития микроциркуляторного русла в перитуморозной зоне (ПЗ) известно еще очень мало.

Целью исследования стало определение морфологии, плотности распределения, степени зрелости и скорости роста сосудов в ПЗ рака почки и оценка возможной взаимосвязи неоангиогенеза ПЗ с клинико-морфологическими факторами прогноза.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили 63 операционных препарата РП. Средний возраст больных составил $57,6 \pm 1,3$ года.

Материал забирали из центра опухоли, из периферических отделов опухоли, с обязательным захватом псевдокапсулы и из максимально отдаленных от опухоли участков почки, которые служили контролем. Гистологические препараты окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван Гизон и на AgNORs нитратом серебра в нашей модификации. Степень злокачественности опухоли определяли по классификации ВОЗ (2002). В каждом препарате высчитывали количество микрососудов при увеличении $\times 400$ в 10 полях зрения. Статистическую обработку материала проводили при помощи статистического пакета Statistica 6.0.

При применении корреляционного анализа получены следующие взаимосвязи плотности распределения микрососудов в ПЗ: с размером опухоли ($r = 0,20$); со степенью анаплазии опухоли ($r = 0,65$); с наличием метастазов ($r = 0,64$) и с наличием инвазии в псевдокапсулу ($r = 0,54$). При степени анаплазии G3 преобладали незрелые сосуды, не имеющие мышечной оболочки и выстланные эндотелиоподобными клетками с крупными ядрами. Они были расширены и полнокровны. При степенях анаплазии G1 и G2 преобладали крупные гиалинизированные сосуды и сосуды с гиперплазированной мышечной оболочкой и суженным просветом. Плотность микрососудов в ПЗ опухолей степени анаплазии G1 составила $5,7 \pm 0,5$, а при G3 возрастала до $11,4 \pm 1,2$ ($p = 0,0002$). В ПЗ метастазирующих опухолей плотность микроциркуляции составила $12,3 \pm 0,7$, а неметастазирующих – $5,9 \pm 0,2$ ($p = 0,000001$). При отсутствии инвазии опухоли в псевдокапсулу плотность микрососудов в ПЗ была $5,9 \pm 0,5$, а с наличием – $9,1 \pm 0,9$ ($p = 0,004$). Также соответственно плотности микрососудов отмечалось возрастание числа гранул AgNORs в ядрышках эндотелия. Так, в эндотелии сосудов ПЗ опухолей без метастазов число AgNORs составило $2,0 \pm 0,2$, преобладали ядрышки кольцевидного типа, а в ПЗ метастазирующих опухолей – $4,3 \pm 0,4$ ($p = 0,000002$), с преобладанием ядрышек переходного и нуклеолонемного типа. Таким образом, в ПЗ рака почки обнаружены процессы активного неоангиогенеза, при этом эти процессы наиболее активно протекали в опухолях высокой степени анаплазии, с развитием метастазов. При анализе активности AgNOR показано, что в ПЗ таких опухолей увеличивались не только плотность микрососудов, но и скорость пролиферации эндотелия. Плотность микрососудов в ПЗ рака почки может быть дополнительным фактором прогноза при раке почки.

Применение метода МРТ в диагностике болезни Пейрони

М.Г. Шатохина
Кемерово

Болезнь Пейрони (БП) или фибропластическая индурация полового члена (ФИПЧ) – заболевание, характеризующееся фиброзной мультифокальной структурной дегенерацией белочной оболочки полового члена. Несмотря на до-

статочно небольшой процент заболевания белезнью Пейрони, в литературе активно обсуждается вопрос о возможностях МРТ в диагностике этого заболевания. Ряд исследователей считают, что современная медицина не должна отказываться от качественных, но дорогостоящих методик визуализации при социально значимых и редких заболеваниях, к которым относится и болезнь Пейрони. В современной отечественной литературе встречается достаточно малый процент исследования этой патологии.

Целью нашего исследования было выявить изменения полового члена, визуализировать фиброзную бляшку, оценить степень ее распространения и выявить стадию активности процесса. В основную задачу входило оценить возможности метода МРТ и определить место МРТ в диагностическом алгоритме.

Нами обследовано 6 человек с предположительным диагнозом болезнь Пейрони. Первично диагноз был поставлен с помощью клинических методов и данных УЗД. МРТ-исследование выполнялось на высокопольном томографе фирмы «SIMENS» с напряженностью магнитного поля 1,0 Тесла в режимах T1ВИ, T2ВИ и применялась программа жироподавления. После проведения стандартного протокола исследования в трех взаимно перпендикулярных плоскостях (аксиальной, сагитальной и фронтальной) пациенту с целью фармакологической инициации эрекции в кавернозное тело полового члена вводился препарат «Каверджект», после чего повторялся стандартный протокол исследования. У всех пациентов эрекция наступала примерно через 3–5 минут после введения препарата. Только одному пациенту в кавернозное тело дополнительно было введено парамагнитное контрастное вещество. Проведя данное исследование и оценив все элементы полового члена, мы заметили что у 4 пациентов отчетливо визуализировались зоны неравномерного утолщения белочной оболочки и повышенного МР-сигнала на T2ВИ по дорсолатеральной поверхности полового члена, причем, размер выявленных изменений варьировал от 1,5 до 3,3 см. У одного пациента четко выявить повышение интенсивности МР-сигнала не представилось возможным, что скорее всего говорит не в пользу болезни Пейрони. У того пациента, которому дополнительно было введено парамагнитное контрастное вещество (размер бляшки 2,4 см), нами обнаружено очаговое повышение интенсивности МР-сигнала по T1ВИ в зоне бляшки, что говорит об активности воспалительного процесса.

Таким образом, метод МРТ благодаря высокому пространственному разрешению и возможности получения мульти-планарных изображений позволяет визуализировать анатомические структуры полового члена, выявить дегенерацию белочной оболочки полового члена, оценить степень ее распространения и дает возможность получить информацию относительно активности воспаления в зоне бляшки и прилегающей кавернозной ткани, что, в свою очередь, определяет значимость этого исследования в выборе лечебной тактики. Наличие области воспаления в зоне индуративного процесса свидетельствует

об активной стадии заболевания. Таким пациентам оперативное лечение не показано. Только при стабилизации процесса хронической стадии показано оперативное лечение.

Несмотря на то, что метод МРТ является достаточно дорогостоящим и трудоемким процессом выявления патологических изменений, он может быть полезен врачам-урологам для установления стадии заболевания и планировании оперативного лечения.

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Пути улучшения функциональных результатов радикальной простатэктомии

О.И. Аполихин, М.И. Катибов

Москва

Несмотря на существование большого количества методов лечения больных раком предстательной железы, в том числе и малоинвазивных способов, основным из них считается позадилодная радикальная простатэктомия (РПЭ). В то же время эта операция является технически сложным вмешательством, и ее результаты не являются совершенными. Поэтому с целью оценки функциональных результатов РПЭ и поиска возможных путей их улучшения проведено настоящее исследование.

Изучены результаты выполнения позадилодной РПЭ у 130 больных локализованным раком предстательной железы. Медиана возраста больных составила 64 года (46–76 лет), медиана продолжительности наблюдения пациентов после операции – 53 мес. (16–122 мес.). Для оценки половой функции после оперативного вмешательства использовали опросник ШЕФ-5. К случаям недержания мочи относили те наблюдения, где по истечении года после операции имела место необходимость ежедневного использования одной и более прокладок.

По нашим наблюдениям, среди больных после выполнения РПЭ эректильная дисфункция встречалась в 93,1% случаев, недержание мочи – в 20% случаев и стриктура пузырно-уретрального анастомоза – в 22,6% наблюдений. Наши результаты не отличаются от данных других исследований, согласно которым, после выполнения РПЭ эректильная дисфункция наблюдалась в 14–90% случаев, недержание мочи – в 6–42% и стриктура анастомоза – в 1–20% [Ficarra V. et al., 2009]. Однако полученные функциональные показатели нельзя считать оптимальными. Для улучшения результатов данного оперативного вмешательства необходимо выявление факторов, которые оказывают влияние на различные послеоперационные функциональные показатели. К факторам, влияющим на эректильную функцию, по мнению разных исследователей, относятся методика выполнения операции, возраст больных, состояние данной функции до операции, стадия рака простаты, размер простаты, квалификация хирурга, а также социально-экономические факторы, такие как уровень образования и доход больного. С учетом указанных факторов для улучшения эректильной функции можно рекомендовать проведение тщательного подбора кандидатов на радикальное хирургическое лечение, так как при выраженном местном распространении опухоли и больших размерах простаты во время операции производится более обширное иссечение тканей, что повышает вероятность повреждений структур, ответственных за сохранение эректильной функции. Так как негативное влияние возраста на вероятность развития эректильной дисфункции общеизвестно, необходимо придерживаться требований Европейской Ассоциации урологов, согласно которым, одним из основных показаний для РПЭ является ожидаемая продолжительность жизни 10 лет и более. Если следовать этому принципу, то в группе пациентов, подлежащих хирургическому лечению, число мужчин более молодого возраста с сохраненной сексуальной функцией будет расти. Кроме этого, повышение показателей сохраненной эректильной функции можно достичь путем совершенствования хирургической техники, соблюдения анатомических принципов при обра-

ботке кавернозных сосудисто-нервных пучков и применения по показаниям нервосберегающей методики РПЭ, использования современного инструментария и оптического увеличения для деликатного выделения тканей при выполнении определенных этапов операции. Дополнительной мерой для этой цели служит проведение в послеоперационном периоде ранней реабилитации, направленной на восстановление или улучшение сексуальной функции: фармакопрофилактика эректильной дисфункции с применением ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа и интракавернозных инъекций, использование вакуумно-констрикторной терапии и т.д.

Для улучшения функции по удержанию мочи самое важное значение имеют квалификация хирурга, методика выполнения операции, использование анатомических подходов при апикальной диссекции предстательной железы. Поэтому подбор пациентов, повышение квалификации специалиста и оптимизация хирургической техники в полной мере могут быть предложены и для уменьшения частоты недержания мочи после РПЭ. Из мер ранней реабилитации можно рекомендовать выполнение регулярных упражнений для укрепления мышц тазового дна, которые можно выполнять уже через 2–3 недели после удаления уретрального катетера.

К причинам, приводящим к стриктуре пузырно-уретрального анастомоза, можно отнести погрешности при наложении анастомоза (сильное сужение шейки мочевого пузыря, негерметичность анастомоза, неадекватное сопоставление слизистых оболочек мочевого пузыря и уретры, натяжение тканей с последующим расхождением анастомоза и т.д.) и длительное нахождение у пациентов в послеоперационном периоде уретрального катетера. Поэтому профилактика стриктуры пузырно-уретрального анастомоза будет заключаться в корректном наложении анастомоза и сокращении времени установления уретрального катетера до оптимальных сроков. Например, в нашем исследовании средняя продолжительность дренирования мочевого пузыря у больных составила 17 суток, и сокращение этого срока до 10–11 суток является рекомендованным.

Таким образом, внедрение указанных принципов в ежедневную практику оперирующего уролога позволит значительно улучшить функциональные результаты позадилоной РПЭ, тем самым повышая качество жизни прооперированных мужчин.

Диагностика и лечение мочеполовых свищей у женщин

Ю.Г. Бабышкин, Ю.И. Журавлев, А.В. Соловьев, А.М. Галстян, Р.С. Шаряфетдинова
Кемерово

Повреждение мочевых путей при выполнении акушерских и гинекологических операций является самой частой причиной возникновения мочеполовых свищей (МПС) у женщин. Для диагностики МПС применяется комплекс обследований, направленных на выявление изменений мочевой системы пациента (УЗИ органов мочевой системы, экскреторная урография с нисходящей цистографией, эндоскопические методы). Основной метод лечения МПС – оперативный, цель которого восстановление естественного мочеиспускания.

Из всех повреждений органов мочевыделительной системы в акушерской

и гинекологической практике чаще встречается травма мочевого пузыря. Основной жалобой этих пациенток является непровольное выделение мочи из влагалища, степень которой зависит от размеров и места расположения свища. За последние 20 лет на лечении в клинике находились 71 пациентка с мочеполювыми свищами. По возрасту больные распределились следующим образом: до 30 лет – 6; от 31 до 45 лет – 35; от 46 до 55 лет – 28; свыше 55 лет – 2. Причиной образования МПС являлись: гинекологические операции – 50; акушерские операции – 18; лучевая терапия – 3. По локализации МПС распределились: пузырно-влагалищные – 56, мочеточниково-влагалищные – 13, моче-кишечные – 1, уретро-влагалищные – 1. У 15 больных с размером свища не менее 2–3 см отмечалось практически полное выделение мочи из влагалища, что приводило к мацерации кожных покровов промежности, бедер и наружных половых органов. У 4 пациенток МПС располагались в области верхушки мочевого пузыря, в связи с чем степень подтекания мочи была незначительной, а в положении на спине и во время сна отсутствовала. У 4 больных при образовании в мочевом пузыре лигатурных камней наблюдалась выраженная дизурия. Комплекс диагностических исследований включал в себя общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, бактериологическое исследование мочи. УЗИ мочевоы системы, экскреторная урография с нисходящей цистографией позволяли оценить функциональное состояние мочевоы системы, наличие уретерогидронефроза и конкрементов в мочевом пузыре. Важнейшим методом топической диагностики у больных с МПС является эндоскопия (цистоскопия, вагиноскопия, уретероскопия), а при подозрении на мочеточниково-влагалищный свищ – уретероскопия и ретроградная уретеропиелография. Все больные оперированы. 56 пациенткам с МПС выполнено 59 операций, 3 пациентки (5,2%) оперированы повторно ввиду рецидива свища. Нами преимущественно применялся чреспузырный доступ (50 больных), а при закрытии мочевого свища лоскутом большого сальника на ножке – чреобрюшинный доступ (3 больных), трансвагинальный доступ использован в 3 случаях. Операции выполнялись преимущественно не ранее 3–4 месяцев после возникновения фистулы. У 3 женщин с мочевоым пузырем малой емкости после лучевой терапии отведение мочи произведено: у 2 – уретерокутанеостомия, у 1 – уретеросигмостомия на протяжении.

Больных с мочеточниково-влагалищными свищами следует оперировать в более ранние сроки, как только установлен диагноз. Длительное нарушение уродинамики на стороне поражения нередко приводит к выраженному уретерогидронефрозу со значительным снижением ее функции, что может в дальнейшем привести к нефрэктомии. При мочеточниково-влагалищных свищах проведены следующие операции: по Демелю – 6, уретероцистостомия – 5, нефрэктомия на стороне МПС – 2. У 1 больной с уретро-влагалищным свищом произведено формирование уретры из стенок влагалища. У 1 пациентки с пузырно-толстокишечным свищом предварительно проведена колостомия, с последующей фистулопластикой.

Следовательно: для диагностики мочеполювых свищей у женщин, кроме клинико-лабораторных методов исследования, необходимо выполнять УЗИ мочевоы системы и экскреторную урографию с нисходящей цистографией, а по показаниям – уретероскопию и ретроградную уретеропиелографию. Эндоскопические методы в диагностике мочеполювых свищей являются основными. Лечение мочеполювых свищей – оперативное, цель которого – восстановление естественного мочеиспускания.

Лапароскопическая уретеролитотомия, как альтернативный метод оперативного лечения мочекаменной болезни

А.И. Балувев, О.Г. Кузьменков
Новоалтайск

Лапароскопическая уретеролитотомия – лапароскопический метод, применяемый в хирургии для удаления камней мочеточника. Общепринятыми хирургическими методами удаления мочевого камня до недавнего времени считались дистанционная и контактная литотрипсии. Однако в силу определенных факторов данные методы иногда являются малоэффективными, в этом случае целесообразным оказывается удаление камней мочеточника лапароскопическим методом. В настоящее время лапароскопическая уретеролитотомия стала альтернативой открытым оперативным вмешательствам, при этом эффективность метода в несколько раз превышает традиционные хирургические операции.

Лапароскопическая уретеролитотомия показана в тех случаях, когда дистанционная литотрипсия не дала результатов после трех последовательных сеансов. В этом случае лапароскопический метод удаления камней мочеточника считается вполне приемлемым особенно, если мочеточник заблокирован камнем, размеры которого превышают 1,0–1,5 см. Операция уретеролитотомии осуществляется под общим наркозом через 3–4 троакарных прокола. Врач в ходе хирургического вмешательства находит мочеточник, выделяет его и локализует камень в месте его стояния и чуть выше него, чтобы конкремент не мигрировал во время манипуляций с мочеточником. Далее при помощи инструментов специалист делает разрез выше места стояния камня и удаляет конкремент. Завершающая стадия лапароскопической уретеролитотомии – наложение саморассасывающихся швов в месте разреза мочеточника. Длительность операции в среднем варьируется от 30 минут до 1–2 часов, в зависимости от размеров камня и места его локализации.

Лапароскопическая уретеролитотомия относится к малоинвазивным методам лечения, поэтому после операции пациенты не испытывают сильных болей в местах прокола. Для смягчения болевых синдромов врач также может назначить обезболивающие препараты. Пациент обычно активизируется на вторые сутки после лапароскопической процедуры, в этот же период происходит снятие дренажных трубок. Выписка происходит на 3–4 сутки после операции.

В 2009–2010 гг. нами проведено 8 лапароскопических уретеролитотомий больным с камнями мочеточника в верхней и средней трети. Возраст больных варьировал от 50 до 70 лет.

Показания к лапароскопической операции аналогичны таковым, как и для открытой уретеролитотомии. Противопоказаниями являлись: спаечный процесс в брюшной полости, тяжелое ожирение, противопоказания к эндотрахеальному наркозу.

При наличии камня в верхней или средней трети мочеточника больного укладывали на спину. Порты: 10 мм вводили на середине расстояния меж-

ду лоном и гребнем подвздошной кости, 5 мм – по белой линии на середине между пупком и мечевидным отростком и второй 5 мм троакар – сразу под 12 ребром под среднеподмышечной линии. После этого больного поворачивали на здоровый бок. По линии Гольда вскрывали брюшину, толстую кишку смещали медиально, обнажали забрюшинное пространство. В жировой клетчатке обнаруживали мочеточник и локализовали камень. Мочеточник вскрывали над верхним полюсом камня в продольном направлении, конкремент удаляли. Рану мочеточника ушивали викрилом 4/0 отдельными узловыми швами. К зоне уретеролитотомии всегда экстраперитонеально устанавливали страховый трубчатый дренаж. Восстанавливали целостность брюшины непрерывным швом. Во всех случаях оперативные вмешательства осложнений не имели. Дренажные трубки удалялись на 3–5 сутки при отсутствии отделяемого. Больные выписывались на 6–7 сутки после оперативного лечения.

Учитывая результаты проведенных операций, можно сделать вывод, что лапароскопическая уретеролитотомия является альтернативным методом лечения, который позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре. Метод может применяться для пациентов в старческом возрасте, с целью сокращения времени и объема оперативного пособия.

Лечение конкрементов почек у декретированных групп населения

А.А. Волков, И.М. Спицын
Ростов-на-Дону

Мочекаменная болезнь имеет свое социальное значение применительно к декретированным группам населения. Декретированные группы в железнодорожной медицине – это работники железнодорожного транспорта (ЖД), которые непосредственно связаны с движением поездов. Доступ к работе у декретированных групп регулируется приказами по безопасности движения. Это служит причиной поиска путей восстановления профпригодности пациентов в декретированной группе, выработки тактики лечения для достижения полного освобождения от конкрементов, особенно у пациентов с камнями почек небольших размеров.

Цель исследования – поиск путей восстановления профессиональной пригодности пациентов в декретированной группе, выработки тактики лечения для достижения полного освобождения почек от конкрементов.

Объектом исследования явились 47 ЖД декретированной группы с камнями почек, пролеченных в урологическом отделении ДКБ на ст. Ростов – Гл. ОАО «РЖД» за 2010 год, с размерами камней от 5 до 21 мм. С целью лечения камней почек использовались следующие методы: дистанционная литотрипсия (ДЛТ) – 20 больных (42%), контактная лазерная или пневматическая литотрипсия (КЛТ) – 18 больных (38%), фиброоптическая контактная нефролитотрипсия (ФКНЛТ) – 3 больных (6%), перкутанная нефролитотрипсия (ПКНЛТ) у 6 больных (12%). Сочетание ДЛТ и ФКНЛТ применено у 10 пациентов (21%). 9 больным (19%) потребовалось проведение повтор-

ных ДЛТ в отсроченном порядке. Всем больным проводилась консервативная терапия в послеоперационном периоде. Сочетание ДЛТ и контактной нефролитотрипсии использовалось у 10 (21%) пациентов. Девяти больным (19%) потребовалось проведение повторных ДЛТ в отсроченном порядке. Всем больным перед проведением ФКНЛТ и после КЛТ выполнялось стентирование мочеточника. После ПКНЛТ всем пациентам выполнена нефростомия и стентирование мочеточника.

Полная санация почек от камней была достигнута сразу после операции у 35 пациентов (75%) – камни почек не были выявлены по данным УЗИ и обзорных урограмм. У остальных 12 (25%) пациентов, на фоне проведения консервативной терапии полная санация почек от конкрементов наступила через 1–3 мес. Все пациенты были признаны профессионально пригодными.

Следовательно, при лечении камней почек у декретированных групп ЖД должна быть достигнута полная санация почек. Для этого необходимо использовать различные методы: ДЛТ, КЛТ, ФКНЛТ, ПКНЛТ и их сочетания. В послеоперационном периоде показано проведение консервативной литокислотической терапии. Основными методами контроля полной санации почек являются УЗИ и обзорная урография.

Лечебная тактика при «каменной дорожке»

Г.А. Волкова, Т.А. Большакова, Е.В. Репина, А.С. Репин,
З.А. Павловская, Е.В. Громов
Красноярск

Возможные осложнения после дистанционной литотрипсии (ДЛТ) камней почек, мочевых путей составляют в среднем 3–5%. Они проявляются клинически либо почечной коликой – обтурационным болевым синдромом, либо острым воспалительным процессом почечной ткани – пиелонефритом, которые требуют экстренного восстановления пассажа мочи в сочетании с противовоспалительной, детоксикационной терапией.

По нашим ретроспективным данным, 547 пациентов, прошедших лечение с помощью ДЛТ (отечественным аппаратом «Урат-П» в режиме – МЭР 0,7–0,9 мм, 1200 импульсов на 4 конденсаторах, 1800 на шести) при наличии «каменной дорожки» в нижней трети мочеточника длиной в пределах 0,8–1,5 см без признаков уростаза или незначительного его присутствия в течение, индивидуально, одной – двух недель проводили консервативную терапию, направленную на самостоятельное отхождение фрагментов камня – фитотерапия с мочегонным эффектом, стимуляция уродинамики низкочастотными импульсными токами, низкоинтенсивным лазерным облучением, аппаратом «Интрафон», лечебной физкультурой, спазмолитической индуктотерапией, соллюкс, инфраруш. В 25 (4,6%) случаях неэффективность проведенной терапии позволила использовать метод уретероскопии с литоэкстракцией или контактной литотрипсией. 17 (3,1%) больным «каменная дорожка» в 1,5–2 см преодолена катетеризацией (11) и 6 больным стентированием почки. Более серьезная ситуация возникла при длине дорожки более 3 см, когда потребовалась необходимость 27 (4,9%)

пациентам выполнение перкутанной нефростомы, а 48 (8,8%) – с клинической картиной деструктивного пиелонефрита оперированы открытым способом с нацией почки и дренированием ее полостной системы.

Исходя из вышесказанного, следует, что правильно выстроенная тактика лечения «каменной дорожки» и оценка возникших осложнений позволяет применить адекватную медицинскую помощь.

«Каменная дорожка» – как осложнение дистанционной литотрипсии

Г.А. Волкова, Т.А. Большакова, Ф.П. Капсаргин,
А.С. Репин, Е.В. Репина, Е.В. Громов, В.Ф. Журавлев
Красноярск

Важность проблемы мочекаменной болезни велика, поскольку она является одним из самых распространенных урологических заболеваний и нередко склонна к рецидивированию. Это заболевание обмена веществ, вызываемое различными эндогенными и (или) экзогенными причинами, нередко носит наследственный характер и проявляется наличием камня в мочевыводящей системе пациента.

Среди многочисленных методов удаления камней из мочевых путей дистанционная литотрипсия (ДЛТ) прочно заняла свое место в лечении мочекаменной болезни. В наших условиях ДЛТ проводилась отечественным аппаратом «Урат П» в режиме МЭР 0,7–0,9 мм, 1200 импульсов на четырех конденсаторах, 1800 – на шести, с рентгенологическим контролем через каждые 150 импульсов.

Целью ДЛТ явилось разрушение камней в почке, мочевых путях на мелкие фрагменты и самостоятельное их отхождение. Однако в 12,1% случаев по нашим наблюдениям у 649 человек, получивших дистанционное дробление камней, возникала «каменная дорожка» разной локализации, длины, разной клинической картины выраженности. У 87,9% пациентов этой группы фрагменты камней отходили самостоятельно без особых симптоматических проявлений в течение нескольких дней.

Причины возникших «каменных дорожек» оказались различные.

По нашим наблюдениям 25 человек в анамнезе перенесли оперативное лечение с соответствующей стороны мочевых путей, 22 пациентам в анамнезе уже проводили ДЛТ и 29 – страдали крупными (до 2 см и более) камнями почек при этом катетеризация мочеточника перед ДЛТ не проводилась, трое имели в прошлом серьезную травму почек. Кроме того, нахождение камня в мочеточнике более 4–6 недель не благоприятствовало дистанционной литотрипсии, вследствие возникших грануляций на месте длительного расположения камня или возникшего пиелоуретерита, пиелонефрита, а также следует обратить внимание и на режим дробления.

Дистанционная литотрипсия – метод выбора в лечении мочекаменной болезни. ДЛТ проводилась в зависимости от клинического проявления, от локализации «каменной дорожки», ее длины, срока стояния, от стационарного наблюдения и консервативной камнеизгоняющей терапии, катетеризации или

стентирования мочеточника, перкутанной нефростомии, уретероскопии с литоэкстракцией или контактной литотрипсии до открытой люмботомии с санацией почки и дренированием ее полости и забрюшинного пространства.

Таким образом, ДЛТ расширяет возможность лечебной помощи больным, страдающим мочекаменной болезнью, но требует индивидуального подхода и правильной оценки анамнеза и состояния мочевых путей с целью предупреждения возникновения такого осложнения как «каменная дорожка» с возможными более тяжелыми последствиями.

Органосохраняющие операции при лечении почечноклеточного рака

В.Ю. Бургарт, Ф.П. Капсаргин
Красноярск

Опухоли почек составляют около 3% от всех новообразований в онкологии (Аляев Ю.Г., 2009). Проблемы диагностики и лечения злокачественных образований почек на ранних стадиях по-прежнему являются актуальными и приоритетными в оперативной урологии.

Внедрение в повседневную практику современных методов лучевой диагностики позволяет выявить опухоль почки небольших размеров, что способствует внедрению органосохраняющих операций при лечении почечноклеточного рака. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) является основным методом исследования при подозрении на опухоль почки.

Роль резекции почки при здоровом контрлатеральном органе четко не определена. Основными аргументами против органосохраняющего подхода являются работы, говорящие о мультицентричности поражений при раке почки. Ряд авторов считают, что наличие объемных образований до 4,0 см является показанием к нефронсберегающим оперативным вмешательствам.

В основу данной работы положен анализ результатов диагностики и лечения 19 пациентов с наличием рака почки I и II стадии, оперированных в урологическом отделении Дорожной клинической больницы на ст. Красноярск с 2003 по 2006 г.

Стадия, локализация, взаимоотношение опухолевого узла с крупными сосудами устанавливались по результатам МСКТ с внутривенным контрастированием. Первая стадия рака почки диагностирована у 7 пациентов, вторая – у 11. Размеры опухоли варьировали от 1,0 до 3,5 см. Синхронный рак почек обнаружен у одного пациента (почечноклеточный рак правой почки и переходноклеточный рак левой почки).

Показатель местного распространения образования, локализация и направление роста опухоли имели важное значение при выборе нефронсохраняющей операции. Расположение новообразования в верхнем или нижнем сегментах с экстраренальным ростом выявлено у 13 пациентов. Данной группе лиц выполнена резекция почки люмботомическим доступом. В раннем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось.

Комплексная терапия и наблюдение после оперативного лечения проводилось в онкологическом диспансере. При контрольном обследовании через

5 лет у этой группы пациентов рецидива заболевания не зафиксировано, в том числе и у пациента с единственной резецированной почкой, оперированного по поводу синхронного рака почек.

Таким образом, МСКТ позволяет диагностировать рак почки на более ранних стадиях, определить точные размеры, локализацию и направление роста опухоли, что способствует внедрению органосохраняющих операций при раке почки I и II стадии.

Резекция при раке почки

А.М. Горицкий, И.С. Кунин, И.И. Титяев, В.В. Савич,

С.В. Ярмошук, А.Ю. Юрочкин, С.С. Андреев

Новосибирск

Рак почки занимает десятое место по уровню заболеваемости среди всех злокачественных новообразований, первое место по темпам прироста за последние 5 лет, показатель прироста составил 41,35%. Почечноклеточный рак является радио-, химио- и гормонорезистентной опухолью, в связи с чем применение комбинированных методов лечения не дает достоверного увеличения пятилетней выживаемости. Основным методом лечения на сегодняшний день остается хирургический. Появление современных неинвазивных методов диагностики, пригодных для массового скрининга населения, привело к выявлению более ранних стадий заболевания, когда становится возможным применение органосохраняющих хирургических вмешательств. В последнее время успешно применяют органосохраняющие операции при раке почки по элективным показаниям, как правило это опухоли до 4,0 см в наибольшем измерении, локализующиеся в одном из полюсов.

Цель: изучить отдаленные результаты органосохраняющих операций при раке почки.

Всего обследовано 47 пациентов после хирургического лечения рака почки в объеме резекции органа в период от 5 до 10 лет.

Распределение больных по полу: мужчин 24, женщин 23. Возраст больных колебался от 41 до 75 лет и в среднем составил 57,2 года. Средний койко-день за время пребывания в стационаре составил 24 дня, в том числе послеоперационный – 16 дней. Чаще регистрировалось поражение левой почки – 32 случая, опухоли правой почки в 15 случаях.

Лабораторно у всех пациентов отмечены изменения в системе гемостаза в сторону гиперкоагуляции. Всем пациентам проводилась профилактика тромбоэмболических осложнений, которая заключалась в эластичной компрессии нижних конечностей, фармакологической тромбопрофилактики и ранней активизации больных в послеоперационном периоде. У данной группы пациентов тромбоэмболических осложнений не было зарегистрировано.

Время операции колебалось от 70 до 155 минут. Кровопотеря, по данным протоколов анестезии, в большинстве случаев оценивалась как незначительная, и лишь в одном случае достигла 300 мл. Время тепловой ишемии колебалось от 5 до 15 минут и в среднем составляло 9,5 минут. В большинстве

случаев выполнялись полюсные типы резекций почки – резекция нижнего полюса в 42% случаев, верхнеполюсная в 21%, клиновидная резекция в 21% случаев, фронтальная резекция в 11% случаев. При анализе гистопатологических вариантов удаленных опухолей чаще всего (в 54% случаев) встречался светлоклеточный рак, в 16% случаев темноклеточный вариант рака, зернистоклеточный, веретенклеточный и смешанноклеточные варианты опухоли встречались в 5% случаев. Размеры удаляемого новообразования колебались от 1,0 до 6,0 см.

Среди осложнений в ходе выполнения резекций почки и в раннем послеоперационном периоде наблюдалась резорбтивная лихорадка – у 15 больных, обострение хронического пиелонефрита у 2, кровотечение в 1 случае, положительный край резекции также в 1 случае. За период диспансерного наблюдения с 2000 года по настоящее время рецидивов, прогрессирования опухолевого процесса не зарегистрировано ни в одном случае, как и явлений почечной недостаточности.

Таким образом, проведение органосохраняющих операций при раке почки должно производиться по строгим показаниям. К абсолютным показаниям относится опухоль функционально единственной почки. К относительным показаниям можно отнести наличие рака почки у пациентов с предполагаемой продолжительностью жизни более 10 лет, образование размерами до 3,0–5,0 см, располагающееся экстраренально или в одном из полюсов почки. Также предпочтение органосохраняющей тактике может быть отдано при сопутствующей патологии контралатеральной почки (мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, нефросклероз). При применении органосохраняющей тактики с соблюдением онкологических принципов оперативного вмешательства общая 5-летняя безрецидивная выживаемость в целом не уступает результатам радикальной нефрэктомии. Хорошие отдаленные результаты убеждают в том, что подобные операции являются эффективным методом лечения рака почки и не снижают показателей выживаемости.

Анализ эффективности и безопасности применения электроимпульсной литотрипсии в лечении конкрементов почки, ЛМС и верхней трети мочеточника

А.В. Гудков, В.С. Бощенко, И.А. Черненко

Томск

МКБ выявляется в любом возрасте, наиболее часто в трудоспособном (в 30–55 лет) и составляет в России в среднем 38,2% от всех урологических заболеваний. В последнее десятилетие для радикального удаления камней все чаще применяют контактные эндоурологические методы лечения, позволяющие сократить время операции, продолжительность послеоперационного периода и снизить периоперационный риск по сравнению с дистанционной литотрипсией (ДЛТ) и открытой литотомией.

Созданные к настоящему времени типы литотриптеров для контактной литотрипсии (КЛТ) в зависимости от способа воздействия на камень подразделяют на механические, электрогидравлические, пневматические, ульт-

тразвуковые и лазерные. Наиболее эффективными методами КЛТ считают лазерный и электрогидравлический. Кроме того, электрогидравлический и лазерный литотриптеры снабжены гибкими тонкими зондами диаметром 0,66–0,825 мм, которые можно вводить через рабочие каналы современных гибких эндоскопов и дробить камни любого отдела мочеточника, лоханки и чашечек. Однако электрогидравлическая литотрипсия (ЭГЛ) чаще других вызывает развитие осложнений, поскольку для эффективного дробления камней требуется высокая энергия ударной волны и большое количество импульсов. В 17,6% случаев это заканчивается перфорацией мочеточника. Лазерная литотрипсия (ЛазЛТ) более безопасна, но занимает много времени и имеет высокую стоимость. Пневматическую литотрипсию (ПНЛТ) считают «золотым стандартом» безопасности среди других методов КЛТ. Однако из-за жестких зондов большого диаметра пневматическая и ультразвуковая литотрипсия (УЗЛТ) имеют ограничения при дроблении камней в проксимальных отделах мочевыводящих путей.

Таким образом, существует необходимость разработки и внедрения в клиническую практику такого метода КЛТ, который бы сочетал в себе высокую эффективность дробления камней, локализующихся в любом отделе мочевого тракта при максимальной безопасности метода. Сотрудниками лаборатории Института физики прочности и материаловедения Томского научного центра СО РАН был разработан способ электроимпульсного дробления камня, суть которого заключается в подаче электрического импульса длительностью $\approx 10^2 \dots 10^3$ наносекунд непосредственно на камень.

Целью исследования явилась разработка методики контактной электроимпульсной литотрипсии с оценкой его эффективности и безопасности у больных с различной локализацией мочевого камня.

В исследование включено 43 больных (средний возраст 46,5 лет, диапазон возраста 18–75 лет) с камнями почек, лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС), верхней трети мочеточника, подписавших информированное согласие на исследование. В работу включены больные из госпитальных клиник медицинского университета г. Томска. Больные были госпитализированы в стационар в порядке скорой помощи с почечной коликой (32 больных (74,5%)) либо в плановом порядке (11 больных (25,5%)).

Все пациенты в зависимости от локализации у них камня были распределены на 2 группы. Первую группу составили 10 (23%) больных с камнями почек и ЛМС, вторую группу – 33 (77%) больных с камнями верхней трети мочеточника. В исследование включены пациенты с камнями почки, ЛМС и верхней трети мочеточника, не имеющие противопоказаний к КЛТ.

У 39 (83,3%) больных, включенных в исследование, течение заболевания было неосложненным, 4 (16,7%) больных имели осложнения МКБ. До ЭИЛТ 43 (100%) больным проводили лечебные мероприятия, оказавшиеся неэффективными: 3 (7%) больным назначали камнеизгоняющую терапию, 30 (70%) – выполняли литоэкстракцию и 10 (23%) – камнеизгоняющую терапию и литоэкстракцию.

Всем больным выполняли: сбор жалоб, анамнеза; физикальное исследование; исследование общего анализа мочи, общего анализа крови, биохимического анализа крови, анализа свертывающей системы крови; бактериоло-

гический посев мочи; ультразвуковое исследование почек, мочеточников, мочевого пузыря в В-режиме, экскреторную урографию, по показаниям при рентгеноконтрастных камнях мочеточника – ретроградную пневмоуретропиелографию.

Контактную ЭИЛТ проводили с помощью электроимпульсного литотриптера «Уролит-105М». Для фрагментации камней в верхних отделах мочеточников и почках применяли зонд с диаметром наконечника 1,9 Fr (0,6 мм) и длину от 650 до 1300 мм.

Подготовку больного к ЭИЛТ осуществляли по общим правилам подготовки к эндоскопическим операциям. Дробление проводили под внутривенным наркозом, спинномозговой или перидуральной анестезией. После введения уретеропиелоскопа (7,5–11,5 Fr) и обнаружения камня устанавливали фильтр или захватывали конкремент в корзинку с целью предотвращения миграции камня или его фрагментов вверх по мочеточнику. После установки параметров работы прибора проводили фрагментацию камня. Разрушение происходило за счет возникновения электрического импульса внутри камня при прямом контакте гибкого зонда с ним. В конце операции устанавливали мочеточниковый катетер или стент на 2–5 суток.

После ЭИЛТ проводили контролируемое наблюдение за больными в течение 1 месяца. Это позволяло оценить частоту возникших осложнений, качество и сроки реабилитации после ЭИЛТ.

Размеры конкрементов в I и II группах в среднем длина камней составила 6 мм (от 3 до 11 мм). Средняя продолжительность операции ЭИЛТ составила 73,5 минут. У 40 (93%) больного ЭИЛТ сопровождали литоэкстракцией.

Суммарная эффективность контактного электроимпульсного дробления конкрементов у больных МКБ составила 98%, при этом полная деструкция конкремента была достигнута во время ЭИЛТ в 82% случаев, частичная фрагментация в 16% случаях, и только в 2% случаев дробление было не эффективным. Выполнение ЭИЛТ оказалось технически возможным у всех больных с камнями почек, ЛМС и верхней трети мочеточника, причем полная деструкция конкрементов при расположении в ЧЛС была получена в 100% случаев, при конкрементах ЛМС – в 100% случаев, верхней трети мочеточника – в 97% случаев. Конкременты подобной локализации ранее были доступны дроблению только с помощью ЭГЛ, ЛазЛТ, частично ПНЛТ и дистанционной литотрипсии (ДЛТ). По данным ранее опубликованных исследований, частота разрушения камней при проксимальном их расположении в мочеточнике с помощью других методов КЛТ (суммарно ПНЛТ + ЭГЛ + ЛазЛТ) и ДЛТ была ниже, чем мы получили при ЭИЛТ (82% для КЛТ, 75% для ДЛТ и 91% для ЭИЛТ). Это позволило расценить ЭИЛТ как высокоэффективный метод лечения проксимальных конкрементов мочеточника, близкий по эффективности к ЛазЛТ (эффективность ЛазЛТ, по данным разных авторов, равна 88–97%).

Однако клиническая эффективность нового метода не имеет самостоятельного значения без его клинической безопасности. При выполнении ЭИЛТ у 1 (2%) больных с камнями почек, ЛМС и верхней трети мочеточника отмечены интраоперационные осложнения: миграция конкремента в почку – у 1 (2%) пациента. Больным с мигрировавшим конкрементом заканчивали операцию ЭИЛТ и проводили динамическое наблюдение за течением заболевания.

Отдаленных послеоперационных осложнений в течение года наблюдения не было. Средняя продолжительность нахождения больного в стационаре в группах составила 16 дней, что значительно меньше, чем после проведения открытой литотомии.

Таким образом, контактная электроимпульсная литотрипсия является эффективным методом фрагментации уроконкрементов, позволяющая достичь положительного результата в 98% случаев.

Используемые гибкие зонды для ЭИЛТ позволяют проводить разрушение камней на почке, ЛМС и верхней трети мочеточника.

ЭИЛТ является сравнительно безопасным методом лечения, вызывая интраоперационные осложнения в 2% случаев.

Первые данные об отдаленных результатах хирургического лечения стрессовой инконтиненции и пролапсов гениталий

А.А. Еркович, Л.П. Радченко, Н.В. Шангурова, Н.Ф. Захарова,
И.Н. Печурина, Е.Ю. Темникова, К.К. Дмитриева К.А. Самойлова,
Е.В. Герасимова, Н.Д. Темников, О.Ю. Боденко

Новосибирск

В условиях урологического и гинекологического отделения ФГУ «СОМЦ ФМБА России» было оперировано в период 2006–2010 гг. 165 пациенток. Средний возраст $59 \pm 3,7$ лет. В целом, у 90% женщин выявлена тяжелая степень дисфункции тазового дна, 10% средней степени (различные формы и типы пролапсов стенок влагалища и матки III–IV степени, недержание мочи I, II, III типов, пролапсы прямой кишки, резко снижающие качество жизни). Вариантом хирургической коррекции были выбраны влагалищные реконструкции с применением синтетических материалов (проленовых протезов и субуретральных слингов). Операции выполнялись в различных сочетаниях, в зависимости от характера расстройств с участием гинеколога, уролога и проктолога. Использовались синтетические материалы TVT-classic, TVT-obturator, Prolift total (anterior + posterior) компании Johnson&Johnson.

Проведен анализ эффективности лечения в сроки от 6 до 18 месяцев. При этом обследовании было обнаружено 4 (2,5%) – эрозии мочевого пузыря проленовой сеткой (ТУР иссечение инородного тела мочевого пузыря). У 1 пациентки после иссечения фрагмента протеза сформировался пузырно-влагалищный свищ, который в дальнейшем успешно ушит влагалищным доступом. У 6 (3,6%) пациенток проводилось иссечение наружной эррозии протеза на передней (4) и задней (2). У 4 – выявлены признаки ГАМП (de novo), которые потребовали фармакологической коррекции. У 4 (2,5%) пациенток в ранние сроки выявлена клиника обструктивных мочеиспусканий, которая не устранялась терапией, направленной на повышение тонуса детрузора, в т.ч. перемежающей катетеризацией мочевого пузыря (гиперкоррекция уретры слингом). У всех пациенток выполнены операции анτισлинг в ранний послеоперационный период до 3 недель, которые полностью устранили возникшее осложнение.

Следовательно, общая эффективность хирургической коррекции синтетическим материалом сочетанных состояний, связанных с дисфункцией тазового дна (пролапсы гениталий и стрессовая инконтиненция), составила 92%. Явления инконтиненции полностью устранены у 98% осмотренных пациенток. Ранние и отдаленные осложнения устранялись хирургическим путем (кроме ГАМП) и привели к полной реабилитации.

Экспериментальное обоснование патофизиологических преимуществ резекции почки перед нефрэктомией при почечно-клеточном раке

А.П. Иванов, И.А. Тюзиков

Ярославль

В последние годы в связи с внедрением в клиническую практику высокоэффективных и безопасных лучевых методов диагностики стало возможным выявление рака почки на более ранних стадиях, что позволяет проводить органосохраняющие операции, которые по своей эффективности, радикальности, ближайшим и отдаленным результатам не уступают нефрэктомии. Однако в современной литературе практически отсутствуют экспериментальные исследования по обмену медиаторов (в частности, биогенных аминов) после оперативного лечения рака почки. Вместе с тем, роль биогенных аминов как медиаторов симпато-адреналовой системы в регуляции сосудистого гомеостаза чрезвычайно важна, особенно в раннем послеоперационном периоде, поскольку они могут запускать патологические реакции, лежащие в основе ранних осложнений хирургического вмешательства на почке.

Цель исследования: провести сравнительный анализ динамики некоторых биогенных аминов в раннем послеоперационном периоде на лабораторных животных после резекции почки и нефрэктомии.

Исследования выполнены на 100 белых беспородных крысах – самцах весом 180–200 г, колебания веса животных одной группы были в пределах 10–20 г. С лабораторными животными работали в соответствии с действующими «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных» и «Международными рекомендациями по проведению медико-биологических исследований с использованием животных» (1985). Все животные находились в одинаковых условиях обитания (древесная подстилка из опилок и стружки, температура помещения 22–24 °С, 12-часовой режим смены освещения) и кормления (стандартный брикетированный корм). Все опытные животные были разделены на две группы: первой группе белых крыс была произведена резекция левой почки, у второй группы крыс левая почка была удалена полностью. В обеих группах животных определение биохимических показателей производили в крови, обеих почках (1 группа) или правой почке (2 группа) на 7, 16 и 30 дни после операции. Группу контроля составили 30 интактных крыс, у которых в течение всего периода эксперимента изменений в изучаемых параметрах не отмечалось. Для приготовления стандартных проб использовали гистамин дигидрохлорид фирмы «Fluka» (Швейцария) и серо-

тонин-креатинин сульфат фирмы «Reanal» (Венгрия). Уровень адреналина (АД), норадреналина (НА) и дофамина (ДА) определялся дифференциально-флюориметрическим методом В.О. Осинской. Концентрация катехоламинов в крови выражалась в мкг/мл. Анализ данных проводился на основании статистических стандартных программ Statistica for Window v.6.0. Статистически значимым для всех показателей считался критерий достоверности $p < 0,05$.

Содержание адреналина (АД) у крыс в крови после резекции почки на 7 день эксперимента повышалось на 23%, а после нефрэктомии – на 52% по отношению к интактным крысам ($p < 0,05$). К 16 дню в обеих опытных группах отмечалось падение содержания АД на 35% после резекции и на 50% после нефрэктомии по отношению к интактным крысам и на 48 и 68% по отношению к 7 дню ($p < 0,05$). К окончанию эксперимента в обеих группах опытных животных имела место нормализация исследуемого показателя.

Эксперимент показал, что, несмотря на то, что операции подвергалась только левая почка (резекция или удаление), содержание АД изменялось и в другом парном органе. Так, в правой почке на 7 день после резекции достоверно снижался уровень АД на 34%, а после эктомии – соответственно на 78% ($p < 0,05$). На 16 день опыта по отношению к 7 дню, в группе крыс после резекции произошло повышение уровня АД на 13%, а у животных после нефрэктомии концентрация АД возросла в 2,8 раза. К 30 дню исследования происходила нормализация изучаемого показателя.

На 7 день после резекции в крови у животных повышался уровень норадреналина (НА) на 22%, а после нефрэктомии его концентрация снижалась на 18% ($p > 0,05$) по отношению к интактным крысам и на 38% ($p < 0,05$) по отношению к группе с ее резекцией. К 16 дню эксперимента в обеих опытных группах животных концентрация НА возросла на 60% после резекции и на 25% после нефрэктомии по отношению к интактным крысам и на 30 и 49% по отношению к 7 дню. К окончанию эксперимента в группе животных с резекцией имела место нормализация исследуемого показателя; во второй группе уровень НА был достоверно повышен и в отношении контроля (на 52%) и в отношении 1 группы (на 48%). Исследование показало, что достоверной разницы в изучаемых показателях в правой и левой почке не обнаружено.

Таким образом, эксперимент показал, что в первые 30 суток после резекции почки в организме происходят существенные нарушения суживающих биогенных аминов (адреналин, норадреналин), которые, однако, менее выражены после резекции почки, чем после нефрэктомии. Это указывает на лучшие условия микроциркуляции в органах и тканях после резекции почки по сравнению с нефрэктомией.

Эксперимент продемонстрировал изменения концентрации и вазодилатирующих медиаторов, в частности, дофамина (ДА). На 7 день после резекции и удаления левой почки в крови имело место снижение содержания дофамина (ДА) на 32 и 26% ($p < 0,05$) соответственно. К 16 дню эксперимента в обеих опытных группах животных содержание ДА еще упало на 43% после резекции и на 78% после нефрэктомии по отношению к интактным крысам и на 16 и 70% соответственно по отношению к 7 дню. К окончанию эксперимента в группе животных с резекцией почки имело место нормализация исследуемого показателя, однако, в группе с нефрэктомией концентрация ДА была досто-

верно ниже как в отношении контроля (на 52%), так и в отношении группы резекции (на 44%). У животных после удаления левой почки состояние дофаминергической системы в правой почке продолжало ухудшаться: содержание ДА продолжало снижаться (на 30% по отношению к 7 дню) и стало достоверно отличаться (на 34%) от первой группы животных. К 30 дню эксперимента в группе животных с резекцией произошло восстановление уровня ДА, после же нефрэктомии концентрация ДА в правой почке оставалась более низкой по отношению к интактному контролю на 54% и к 1 группе – на 44%. Дефицит ДА вызывает в организме превалирование сосудосуживающих влияний, аналогичных с АД и НА.

Проведенный эксперимент показал существенное превалирование сосудосуживающих влияний (избыток адреналина и норадреналина, дефицит дофамина) после нефрэктомии, которое к 30 дню эксперимента так и не нормализовалось. Резекция почки показала себя как более безопасная с точки зрения «вегетативно-медиаторного» дисбаланса операция, а к концу эксперимента после резекции почки многие патологические сосудистые влияния или нормализовались, или имели тенденцию к этому.

Эксперимент доказал, что только при резекции почки по поводу рака происходит полноценное и более быстрое восстановление важнейших биохимических и физиологических параметров организма. После нефрэктомии этого не наблюдается, организм находится в состоянии неустойчивого равновесия что может привести к нарушению работы различных органов и систем органов, включая оставшуюся почку, с исходом в ранние послеоперационные осложнения.

Следовательно, резекция почки является функционально более щадящей операцией для организма и только после резекции быстрее происходит восстановление его вегетативно-медиаторного гомеостаза.

Результаты лечения больных с раком мочевого пузыря по материалам клиники за 2005–2009 гг.

Е.В. Ильинская, В.П. Рублевский, И.Г. Егорова
Новокузнецк

В нашем стационаре урологические койки развернуты на базе трех отделений: плановая, экстренная урология и отделение литотрипсии и эндоурологии. За последние 5 лет (включительно 2009) с раком мочевого пузыря пролечено 662 пациента. По экстренной помощи 322, в плановом порядке 340. Из них выполнено трансуретральных резекций опухолей 346, резекций мочевого пузыря 287, цистпростатэктомий (мужчины) – 26, цистэктомий (женщины) – 3.

Провести ретроспективный анализ летальности нас заставила высокая цифра смертности пациентов в ближайшие месяцы, в лучшем случае, годы после радикальной операции. В нашей клинике не выполняются операции по формированию ортотопического мочевого пузыря, методом деривации мочи остаются уретерокутанеостомы. В 40,7% случаев выполнялась тазовая и (или)

подвздошная лимфодиссекция. Размер пальпируемых лимфоузлов от 0,5 до 2 см. Только в трех случаях в увеличенных лимфоузлах обнаружены метастазы рака, в остальных случаях – реакция иммунного ответа.

Общий процент цистэктомий составил 4,4%. Средний возраст больных 63,2 г (от 47 до 76 лет). Мужчины 89,7%, женщины 10,3%.

Хочется отметить, что первое обращение за медицинской помощью, в большинстве случаев, было через 3–6 месяцев от первых симптомов заболевания, которые проявились в транзиторной, безболевого гематурии или затруднении мочеиспускания. У нескольких пациентов был амбулаторный курс лечения по простатиту. Только у 3 пациентов цистэктомии предшествовали многократные операции по поводу рецидива рака мочевого пузыря, включая открытые резекции и множественные ТУР. У них же была проведена лучевая и внутривезикулярная химиотерапия. При малочисленности симптомов поражает степень распространения опухоли мочевого пузыря! При УЗИ диагностировались образования от 4 см до 8 x 7 см (с экзофитным ростом); при цистоскопии, занимающие три стенки мочевого пузыря. Только у 34,5% опухоль не проросла в устья мочеточников. У остальных болезнь сопровождалась развитием уретерогидронефроза.

Гистологическое исследование удаленного комплекса в 24,1% (7 пациентов) случаев выявило 1–2 стадию процесса: прорастание в подслизистый или начальную инвазию в мышечный слой мочевого пузыря. Показанием к радикальной операции в этой стадии явилась степень поражения мочевого пузыря (от 5 до 8 см). У остальных больных опухоль распространялась на все слои, с инвазией в паравезикулярную клетчатку, раковыми эмболами в кровеносные или лимфатические сосуды. Т.е. стадия процесса Т3-Т4. Ни у одного на дооперационном этапе не диагностированы отдаленные метастазы или прорастание в соседние органы. В нашем распоряжении было ультразвуковое исследование и рентген-диагностика (внутривенная урография и рентген костей таза). Чаще всего операционные находки соответствовали дооперационной диагностике, но на операции у одного пациента выявлено прорастание опухоли в сигмовидную кишку (выполнена цистпростатвезикулэктомия, 2-ствольная колостома и ушивание раны кишки), у 2 опухоль проросла в простату и семенные пузырьки. Гистологической формой в 96,6% случаев явился переходо-клеточный рак, с разной степенью дифференцировки. В 24,1% случаев выявлен низкодифференцированный рак. Эти пациенты умерли в сроки от 1 до 9 мес. Смерть наступила от продолженного роста рака мочевого пузыря и множественных метастазов. Сколько-нибудь значимого преимущества в продолжительности жизни у больных с высокодифференцированным или умеренно-дифференцированным типом не выявлено. Максимальная продолжительность жизни 4 года. Только пациенты с 1–2 стадией поражения, где гистологически не было выявлено прорастания в паравезикулярную клетчатку, живы до сих пор. Смерть на столе наступила в одном случае – из-за массивной кровопотери из пубопростатических связок у пациента 72 лет. В ближайшем послеоперационном периоде (на 6-е сутки) 1 пациент умер от обширного инфаркта миокарда. Если оценивать уровень жизни пациентов, то он зависит не от наличия уретерокутанеостом, а от темперамента, склада характера и любимых пристрастий пациентов. Не можем не отметить другую сторону медали:

у этих пациентов развивается почечная недостаточность на фоне периодического засорения или выпадения стомических трубок. Но мы проводим курсы консервативной терапии и нам удается возвращать пациентов к привычному для них темпу и уровню жизни.

Следовательно, смертность больных раком мочевого пузыря после радикальных операций составляет 75,9%, обусловлена поздней диагностикой и стадией процесса. Максимальная продолжительность жизни в данном наблюдении составила 4 года (8 больных живы до сих пор). Смерть наступает от продолженного роста рака и его метастазирования.

Большинство урологов недостаточно применяют на практике информацию о прогностических факторах, определяющих развитие болезни. С отсутствием диспансеризации, уменьшением количества урологических коек и исключении УЗИ диагностики из профилактических осмотров количество заболевших раком мочевого пузыря будет только увеличиваться.

О подковообразной почке

В.И. Исаенко, Р.А. Халитова, Н.А. Пекарева,
И.В. Феофилов, Д.И. Цыплаков, Г.Ю. Ярин, М.М. Бобоев
Новосибирск

Подковообразная почка наблюдается от 13% до 16,5% среди всех почечных аномалий (М.Ф. Трапезникова, Б.В. Бухаркин; 1979), встречается в отношении 1: 500 новорожденных, в 2,5 раза чаще у мальчиков и относится к наиболее частому пороку развития из группы аномалий «сращенных» почек.

Отношение к этому пороку развития почек в клинической практике, на наш взгляд, является слишком консервативным.

Судя по литературным данным, в настоящее время нет алгоритма диагностики этого порока, лечебной тактики, показаний к оперативному лечению, мер, предупреждающих развитие осложнений при этой аномалии.

Показания к оперативному лечению подковообразной почки в основном ставятся лишь при возникновении заболеваний в ней.

Чаще подковообразная почка диагностируется случайно при ультразвуковых исследованиях органов брюшной полости, при этом упускается важность для здоровья больного наличие этого порока, не оценивается в динамике функциональное состояние такой почки, возможность возникновения в ней урологических заболеваний, в первую очередь таких, как нефролитиаз, пиелонефрит, гидронефротическая трансформация обеих ее половин, хроническая почечная недостаточность, артериальная гипертензия и другие. По данным И.И. Ахундовой, В.В. Брюшковой (1966) в подковообразной почке в 86% развиваются различные урологические заболевания, в 52,4% – нефролитиаз.

В педиатрической, да и в общеклинической, практике углубленное исследование такой почки преимущественно проводится только при явных клинических признаках сопутствующей ей урологической патологии. При этом функциональное состояние различных систем, на которые может она оказывать негативное влияние, в достаточной мере не оценивается. Хотя, известно,

что подковообразная почка «жестко» фиксированная перешейком, нередко добавочными венозными и артериальными стволами, оказывает постоянное давление на нервные стволы, аорту, полую вену, мезезентериальные сосуды, усиливающееся при физическом напряжении, изменении положения тела.

В силу этого, при наличии подковообразной почки, особенно при принятии решения о лечебной (консервативной или оперативной) тактике, напрашивается необходимость оценки степени болевого синдрома (симптом I Rov-sing), выяснения наличия в анамнезе, даже легкой травмы живота, при которой не исключается травмирование перешейка с образованием спаек, нарушающих кровообращение в почках и уродинамику, нарушений в моторике желудочно-кишечного тракта (спазмов, хронических запоров), нарушений в кровообращении нижних конечностей и органах малого таза (онемение, ознобление ног, венозный застой, варикозное расширение вен в нижних конечностях и малом тазу и т.д.), состояния аорты и полых вен, особенно в их инфраренальных отделах (аневризматических расширений и других).

При выяснении наличия в подковообразной почке урологических заболеваний, в первую очередь, гидронефротической трансформации обеих ее половин, особое значение должно придаваться определению степени нарушений в кровообращении почек, микроциркуляции, что по мнению многих авторов (Вихерт и соавторы, 1987) может вести к артериальной гипертензии нефрогенного генеза.

Исходя из вышеизложенного нами проводятся исследования по выяснению влияния подковообразной почки на степень болевого синдрома в месте ее расположения при физической нагрузке, изменении положения тела, характера нарушения в кровообращении и микроциркуляции в почках, состояния лоханочно-чашечных систем, функциональной способности обеих половин ее, частоты возникновения в ней урологических заболеваний, связи с присоединением заболеваний желудочно-кишечного тракта, тазовых органов, аорты, нижней полых вен, сердечно-сосудистой системы в целом. Исследования проводятся в зависимости от возраста, пола, до и после оперативного лечения (истмомии с репозицией и фиксированием почек, восстановлением пассажа мочи из лоханочных систем; коррегирующих оперативных вмешательств при гидронефрозах, мочекаменной болезни и других).

По предварительным результатам наших исследований имеются основания для суждения о том, что при наличии у пациентов подковообразной почки необходимо активное диспансерное наблюдение за ними, а в случаях прогрессирования симптоматики – проведение оперативного лечения (истмомии с репозицией почек).

Последние оперативные вмешательства нами (истмомии с репозицией почек) выполнены у подростков в возрасте 14,5 и 15 лет (муж. 14,5, женщ. 15 лет).

Оба пациента наблюдались у детских врачей с жалобами на боли в мезогастральной области, усиливающиеся при физической нагрузке, усталость, запоры, чувство ознобления в нижних конечностях после бега, подвижных игр, повышения артериального давления до 140–145 мм рт.ст. Подковообразные почки у обоих пациентов были выявлены в 14-летнем возрасте. В результате обследования в клинике установлена гидронефротическая трансформация

обеих половин подковообразных почек без нарушения их функции и заинтересованности аорты и полых вены.

При наблюдении после операции в течение года у больных исчез болевой синдром, нормализовалось артериальное давление.

Мы склонны думать о том, что выжидательная тактика при наблюдении за больными с подковообразной почкой является спорной. Скорее всего, по многим обстоятельствам (служба в армии, беременность, предупреждение осложнений, наблюдающихся при подковообразной почке и другие) более оправданно раннее выполнение оперативного вмешательства.

Малоинвазивные методы хирургического лечения МКБ

Ф.П. Капсаргин
Красноярск

В настоящее время повсеместно констатируется тенденция к росту заболеваемости мочекаменной болезнью (МКБ). В последние годы это заболевание встречается не менее чем у 1–3% населения Земли. По данным Красноярского краевого медицинского информационно-аналитического центра, урологическими заболеваниями страдает до 7% населения края, темп прироста составляет – 13,9 %. Следует отметить, что в крае с 2003 года количество больных МКБ выросло на 29,6% и в настоящее время составляет 6 случаев на 1000 человек населения, ежегодно регистрируется более 15 тысяч больных МКБ.

Существующие методы оперативного лечения дают возможность оказать лишь относительный эффект в терапии МКБ, так как избавление больного от камня не означает излечение его от мочекаменной болезни. Следовательно, как бы эффективно не была проведена операция по удалению камня, без последующей комплексной и индивидуально подобранной метафилактики конечный результат лечения будет неудовлетворительным.

Нами определено превалирование оксалатного уролитиаза, выявлены предполагаемые эндемичные районы по мочекаменной болезни в Красноярском крае. Преобладание оксалатного уролитиаза в регионе явилось основанием для дальнейшей разработки и усовершенствования методов оперативного лечения, альтернативных дистанционной литотрипсии. Применение малоинвазивных методов при операциях по поводу камней почек и мочеточников снижает травматичность вмешательства и способствует сокращению сроков нетрудоспособности в среднем на 20 суток.

С помощью комбинированной малоинвазивной нефролитотомии возможно удаление крупных (более 2,0 см) и плотных (более 1000 ед. НУ) конкрементов при внутрипочечном расположении лоханки, а также у больных с ожирением 2–3 степени и рецидивных камнях.

Нефролитолапаксия позволяет удалять коралловидные конкременты, резидуальные камни, выполнить эндоскопическое рассечение стриктуры пиелoureтерального сегмента при внутрипочечном расположении лоханки.

При внепочечной лоханке менее травматичным является оперативное вмешательство из минидоступа. Для лечения камней мочеточников, осложнен-

ных острым калькулезным пиелонефритом, при локализации конкремента в нижней трети показана пункционная нефростомия с последующей контактной литотрипсией, при камнях верхней трети мочеточника – уретеролитотомия из минидоступа с внутренним дренированием мочеточника.

Таким образом, современные методы лечения мочекаменной болезни: операции из минидоступа, перкутанная и трансуретральная рентгеноэндоскопическая хирургия и их сочетание обеспечивают избавление больных от камней любой локализации, плотности, размеров и исключают необходимость открытых оперативных вмешательств.

Требования к пункционному доступу при перкутанной нефролитотомии

Ф.П. Капсаргин, А.Г. Бережной, В.Ю. Бургарт, М.П. Мылтыгашев
Красноярск

К настоящему времени перкутанная нефролитотомия (ПНЛТ) как минимально инвазивный метод очень широко применяется в урологической практике. Детально изучены и неоднократно описаны анатомия пункционного канала, методы пункции и их модификации. Нами проанализированы результаты 113 перкутанных операций по поводу камней почек. Как известно, ПНЛТ состоит из двух основных этапов: создание пункционного антеградного доступа к конкременту и удаление конкремента через созданный пункционный ход. У 98 (86,7%) больных эти этапы выполнены одновременно. В 15 случаях (13,3%) сначала осуществлялась чрескожная перкутанная нефростомия (ЧПНС), а через 3–10 дней – удалялся конкремент из почки (или антеградно из мочеточника).

При ПНЛТ необходимо уменьшить кратность пункций до минимума – иглу следует проводить через шейку чашечки – это позволяет предупредить интраоперационную кровоточивость и улучшить эндоскопическую визуализацию. Технические сложности при пункции возникли в 27 (23,7%) случаях. Причиной явился избыточный вес пациентов при отсутствии расширения чашечек, строение лоханки, когда деление на чашечки происходило вне паренхимы почки. В этих случаях мы вынуждены пунктировать на «камень». Бужирование до Amplatz-трубки (32 Ch) завершали не всегда. Если отсутствовала уверенность в том, что гибкий конец «рабочей» проводниковой струны находится в полостной системе почки – бужирование завершали проведением тубуса нефроскопа (24 Ch).

Затем осуществляли визуальный контроль. При этом в 13 (11,5%) случаях конец нефроскопа располагался в области синуса, но вне полостной системы почки. Визуальное обнаружение «страховой» струны позволило у 7 (6,2%) больных определить истинный пункционный канал.

После тугого заполнения лоханки метиленовой синью удалось обнаружить место первоначальной пункции у 6 (5,3%) больных. Последующее бужирование и проведение нефроскопа в полостную систему под визуальным контролем предупреждало развитие возможных осложнений на этом этапе. Затем через ПУС надежно устанавливались проводниковые струны в мочеточник.

Лишь после этого, если требовался рабочий канал большего диаметра, проводилось бужирование до Amplatz-трубки.

Следует отметить, что послеоперационный нефростомический свищ не всегда пригоден для чрескожной литоэкстракции и литотрипсии. Дополнительная фистулизация проводилась в 7 (21,9%) случаях чресфистульной нефроскопической литоэкстракции. Лишь вновь созданный «рабочий канал» позволил полностью освободить полостную систему от фрагментов конкрементов.

Выбор места определяется локализацией конкремента и скелетотопией почки. При нормальном (или низком) по отношению к ребрам расположении почки и локализации конкремента в лоханке, лоханочно-мочеточниковом сегменте или мочеточнике пункционный доступ осуществляется через среднюю чашечку. Камень лоханки можно извлечь и через нижнюю чашечку. Проведение нефроскопа через верхнюю чашечку позволяет более надежно проводить рассечение ПУС, после удаления вторичных камней почек. Доступ к изолированному камню чашечки осуществляется целенаправленной пункцией.

Таким образом, для успешного чрескожного удаления камней почек и мочеточников антеградный доступ должен отвечать следующим требованиям: во-первых, доступ должен быть безопасным и располагаться оптимально для извлечения камня, т. е. быть направленным на камень; во-вторых, должен быть прямым и коротким, а также, иметь достаточный калибр, что позволяет манипулировать любым инструментарием.

Опыт эндоскопического лечения уретеролитиаза

Ф.П. Капсаргин, В.Ю. Бургарт, М.А. Фирсов, Е.А. Алексеева
Красноярск

За последнее десятилетие значительно усовершенствовалась технология лечения МКБ, что изменило структуру хирургического лечения. Совершенствование инструментария и оборудования способствует минимизации вмешательства во время лечения камней почек и мочеточников. Среди разнообразных форм проявления МКБ наиболее распространенными являются камни мочеточника, на которые приходится более 50% клинических случаев.

Уретероскопия в клинической практике получила широкое применение, особенно при лечении мочекаменной болезни (МКБ), в частности – камней мочеточника. Даже после внедрения ДУВЛ она не утратила своей значимости. Это объясняется тем, что далеко не все камни могут быть подвергнуты дроблению с помощью ДУВЛ из-за особенностей локализации, длительности нахождения в мочеточнике и других причин, а образовавшаяся после ДУВЛ «каменная дорожка» также требует применения эндоскопического вмешательства.

Уретеропиелоскопия произведена у 102 больных с уретеролитиазом. Мужчин было 51 (50,0%), женщин – 51 (50,0%), в возрасте 21–40 лет – 31 (30,4%), 41–60 лет – 54 (52,9%), старше 61 года – 17 (16,7%). Уретеропиелоскопия с уретеролитотрипсией и литоэкстракцией применяется в клинике с 2002 г.

Камни в верхней трети мочеточника были у 19 (18,6%) больных; в средней трети – у 20 (19,6%); в нижней трети – у 63 (61,2%) больных; из них в моче-

точнике у 4 пациентов было 2 конкремента, у 3 – 3, а у 4 диагностирована «каменная дорожка», образовавшаяся после ДЛТ. Рентгеногегативные камни имелись у 9 больных.

Основными критериями для выбора типа эндоскопического вмешательства являются размеры, форма конкремента и длительность нахождения его в мочеточнике. У 12 больных наличие камня сочеталось со стриктурой мочеточника (этим больным уретеролитотрипсия и уретеролитоэкстракция производились после предварительного рассечения стриктуры с помощью лазера). В 70 случаях послеоперационное дренирование верхних мочевых путей выполнялось мочеточниковым катетером, в 6 – стентом. Мочеточниковый катетер устанавливался после полной дезинтеграции конкремента при отсутствии миграции крупных фрагментов в полость чашечно-лоханочной системы почки.

В случаях миграции конкремента или его крупных фрагментов в чашечно-лоханочную систему почки, а также при сочетании камня со стриктурой мочеточника устанавливался стент. Мочеточниковый катетер удалялся на 2–3 сутки после операции. Длительность нахождения стента определялась индивидуально. Всем больным проводилась антибиотикопрофилактика для предупреждения послеоперационного пиелонефрита.

Уретеропиелоскопия была эффективной в 98,0% наблюдений. В 2 (2,0%) случаях выполнить уретеропиелоскопию не удалось: в 1 из-за анатомически узкого мочеточника, в другом – из-за выраженной деформации мочеточника в средней трети. В 42 (41,2%) случаях произведена контактная литотрипсия конкремента, в 60 (58,8%) – уретеролитоэкстракция, а в 2 (2,0%) случаях камень нижней трети мочеточника во время литотрипсии мигрировал в чашечно-лоханочную систему. Этим больным произведена фиброуретеропиелоскопия с контактной лазерной литотрипсией и литоэкстракцией.

Таким образом, клиническая эффективность эндоскопического лечения камней мочеточника составила 98,0%. Применение этого метода целесообразно при множественных камнях мочеточника и «каменной дорожке» в сочетании со стриктурой мочеточника. Эндоскопическая технология камней мочеточника является эффективным методом лечения уретеролитиаза и существенно сокращает сроки стационарного лечения.

Сочетание малоинвазивных методов в оперативном лечении рецидивного уролитиаза

Ф.П. Капсаргин, А.Н. Вохмин, В.Ю. Бургарт
Красноярск

Снижение инвазивности и одновременное повышение эффективности оперативного вмешательства является одним из приоритетных направлений развития урологии в настоящее время. Открытые операции характерны высокой травматичностью, тяжелым и длительным послеоперационным периодом, вследствие чего все меньше соответствуют современным требованиям. Увеличение количества больных трудоспособного возраста делает проблему поиска новых малоинвазивных и высокоэффективных методов лечения не только медицинской, но и социальной.

Представлен анализ результатов лечения 10 пациентов, страдающих рецидивным уролитиазом, у которых использовалось сочетание малоинвазивных

методов. Локализация камней была следующей: в почечной лоханке и нижней трети мочеточника (7 случаев); множественные камни почки в сочетании с камнями среднего отдела мочеточника (3 случая).

Ранее в анамнезе у 6 пациентов – открытые операции, у 2 – чрескожные, у 1 – ДЛТ. Под перидуральной анестезией на эндоскопическом оборудовании компании «Olympus» 3 больным выполнена чрескожная антеградная уретероскопия и литоэкстракция, 7 – нефролитотрипсия с нефростомией. Позже им вторым этапом проводилась уретероскопия, литоэкстракция и лишь после этого при нормализации клинических анализов крови, улучшении общего состояния и восстановлении уродинамики верхних мочевых путей удаляли нефростомический дренаж.

Доступ у 1 больного осуществляли через нижнюю чашечку, у 6 – через среднюю и у 3 – через верхнюю. По техническому исполнению повторные чрескожные операции почти не отличались от первичных. После открытых операций создание рабочего канала – менее сложная манипуляция, чем при первичной операции. Средняя продолжительность вмешательства не превышала 60 минут.

В 8 наблюдениях конкременты удалены полностью, в 2 случаях, при множественных камнях, удалить часть конкрементов из чашечек не представлялось возможным, конкременты удалены во время второго этапа.

У 8 (80%) больных послеоперационный период протекал гладко, у 2 (20%) возникли осложнения: в одном случае во время операции произошло повреждение мочеточника, устраненное с помощью стентирования, а в другом – образовался мочевой свищ, также закрывшийся после стентирования мочеточника.

Таким образом, сочетанные эндоурологические операции по поводу рецидивов нефроуретеролитиаза должны выполняться по тем же показаниям, что и открытые, но они, несомненно, являются более щадящими и менее опасными, так как при них исключается необходимость выделять фиксированную срощенными почку.

Дистанционная литотрипсия при лечении камней мочеточников

Ф.П. Капсаргин, А.В. Капкан, А.В. Романенко, Л.Ф. Капсаргина
Красноярск

Операции с использованием малоинвазивных технологий имеют целый ряд неоспоримых преимуществ перед традиционными хирургическими вмешательствами. Их отличает минимальная травматичность хирургического доступа, снижение токсичности наркоза и прецизионное выполнение основного этапа операции. В результате сокращается период реабилитации, улучшается качество жизни в послеоперационном периоде, уменьшается количество осложнений и рецидивов заболевания, снижается стоимость лечения. Дистанционная литотрипсия (ДЛТ) получила широкое применение в практике в связи с малой инвазивностью и эффективностью, особенно у больных нефроуретеролитиазом.

Показание к ДЛТ – наличие камня при сохранении проходимости мочеточника дистальнее конкремента.

Проведен анализ результатов ДЛТ у 59 пациентов с различной длительностью пребывания камня в мочеточнике. Размеры камней были в пределах

от 5 до 16 мм ($7,3 \pm 0,4$ мм). Плотность камней в единицах НУ (Хаунсфилд) колебалась от 225 до 702 НУ ($456 \pm 42,7$ НУ).

При анализе секреторной функции почки после длительной окклюзии у 7 (11,9%) больных наблюдалось снижение на 10–20%. У 31 (52,5%) пациента ДЛТ была эффективна после одного сеанса при смешанном составе камня и низкой плотности. У 22 (37,3%) больных удалось добиться положительного результата после двух сеансов дистанционной литотрипсии. В среднем, пришлось 1,2 сеанса литотрипсии на одного пациента. В процессе лечения у 3 больных (5,1%) с длительным пребыванием камней в мочеточнике была выполнена чрескожная пункционная нефростомия, у 12 больных (20,3%) – стентирование мочеточника перед сеансом ДЛТ. У 8 больных (13,6%) – мочеточниковый стент установили после завершения ДЛТ. Дренирование мочевых путей осуществляли в течение 3–4 дней. К сожалению, стентирование мочеточников при почечной колике не всегда возможно у мужчин из-за заболеваний предстательной железы.

Такая тактика позволила получить положительный результат у 53 (89,8%) пациентов этой группы. Дистальная обструкция мочеточника, сопровождаемая почечной коликой, после ДЛТ наблюдалась у 21 больного (35,6%), активизация хронического воспалительного процесса в почечной ткани – у 3 (5,1%). Почечная колика является закономерным следствием отхождения фрагментов камня после ДЛТ, именно в этот период показана комплексная камнеизгоняющая терапия. У 4 (6,8%) больных после ДЛТ камня верхней трети мочеточника образовалась «каменная дорожка» в нижней трети. Фрагменты ее были удалены при уретероскопии. Только у 2 (3,4%) больных из-за неэффективности или невозможности выполнения ДЛТ и КЛТ была предпринята традиционная открытая операция. Средний койко-день при использовании ДЛТ составил $11,8 \pm 0,6$.

Таким образом, высокая эффективность ДЛТ (89,8%), безопасность, неинвазивность, невысокий уровень осложнений, сокращение сроков стационарного лечения свидетельствуют о возможности применения его в качестве метода первой линии при лечении уретеролитиаза у пациентов с камнями мочеточников невысокой плотности.

Сравнение радикальной простатэктомии и брахитерапии по клиническим и экономическим результатам

М.И. Катибов, О.И. Аполихин
Москва

Радикальная простатэктомия (РПЭ) и брахитерапия (БТ) относятся к основным методам лечения локализованного рака предстательной железы (РПЖ).

В ФГУ «Научно-исследовательский институт урологии» Минздравсоцразвития с 2000 по 2010 г. у 130 пациентов выполнена позадилоная РПЭ и у 170 пациентов – БТ с имплантацией йода-125 по поводу локализованного РПЖ. У 25,4% больных до РПЭ и 52,4% больных до БТ проводилась неадекватная гормональная терапия.

Медиана продолжительности наблюдения пациентов после РПЭ была равна 53 мес. (16–122 мес.), после БТ – 54 мес. (15–124 мес.). После РПЭ уровень

сывороточного простатического специфического антигена (ПСА) определяли через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев, а в дальнейшем, каждые 6 месяцев. Биохимический рецидив после РПЭ определяли как стойкое (в двух и более последовательных случаях) превышение уровня ПСА более 0,2 нг/мл. После БТ уровень ПСА определяли с той же кратностью. Биохимический рецидив определялся как удвоение показателя ПСА после его стабилизации при трех последовательных измерениях.

Для оценки половой функции после проведенных оперативных вмешательств использовали опросник ПЕФ-5. К случаям недержания мочи относили те наблюдения, где по истечении года после операции имела место необходимость ежедневного использования одной и более прокладок. Качество жизни пациентов после лечения оценивали с помощью опросника EQ-5D.

Рассчитаны все прямые медицинские затраты, которые были понесены в процессе подготовки и выполнения оперативного лечения: расходы на предоперационное обследование, неoadъювантное лечение и стационарный период лечения. Стоимость лекарственных средств определяли по оптовым ценам дистрибьюторов, указанным на сайте www.sf.ru. Стоимость койкодня указана в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 октября 2009 г. № 811. Цены на другие медицинские услуги определены по тарифам на платные услуги в ФГУ «НИИ урологии» Минздравсоцразвития, которые представлены на сайте www.ufo.ru. Такой выбор обусловлен тем, что на эти медицинские услуги не существует единых тарифов по линии обязательного медицинского страхования (ОМС).

Сравнение указанных методов лечения по периоперационным показателям показало существенное преимущество БТ перед РПЭ – это и краткие сроки госпитализации, и непродолжительное время оперативного вмешательства и послеоперационного дренирования мочевого пузыря, и отсутствие кровопотери и необходимости в гемотрансфузии (табл. 1).

Таблица 1

Периоперационные показатели лечения больных, медианы

Показатель	РПЭ	БТ	p
Продолжительность операции, мин	180	40	0,009
Объем интраоперационной кровопотери, мл	700	–	–
Частота проведения гемотрансфузии, %	59,2	–	–
Срок нахождения уретрального катетера, сутки	17	1,1	0,007
Общий срок стационарного лечения, сутки	24	4	0,036
Срок послеоперационного пребывания в стационаре, сутки	19	3	0,047
Частота всех осложнений, %	45,5	12,4	0,039

Высокая частота осложнений после РПЭ была обусловлена распространенностью среди пациентов случаев интраоперационной кровопотери, к которым отнесены наблюдения, где объем кровопотери превышал 750 мл.

Изучение функциональных результатов выявило, что сексуальная функция пациентов после лечения значительно лучше в группе больных после БТ. По другим сравнимым признакам применение БТ не приводило к достоверно лучшим результатам (табл. 2).

Таблица 2
Функциональные результаты после выполнения РПЭ и БТ

Показатель	РПЭ	БТ	р
Недержание мочи, %	20	7,7	0,103
Эректильная дисфункция, %	93,1	36	0,022
Стриктура пузырно-уретрального анастомоза, %	22,6	12,2	0,122

Показатели безрецидивной выживаемости пациентов после РПЭ и БТ имели практически одинаковые величины (табл. 3).

Таблица 3
Онкологические результаты после РПЭ и БТ

Показатель	РПЭ	БТ	р
5-летняя безрецидивная выживаемость, %	80	79	0,038
10-летняя безрецидивная выживаемость, %	72	70	0,044

При анкетировании пациентов после оперативных вмешательств с помощью опросника EQ-5D было выявлено, что качество жизни больных после обеих операций было идентичным и составило в среднем 0,7.

Суммарные расходы на лечение одного пациента раком простаты с помощью РПЭ составили 119 690,82 руб., при применении БТ – 597 973,43 руб. (< 0,0001). Эта колоссальная разница расходов при операциях стало следствием высокой цены радиоактивных источников, и без учета расходов на них по остальным показателям БТ имела значительное преимущество перед позадилоной РПЭ. И в этой связи создание отечественного производства радиоактивных зерен для БТ может стать одним из путей снижения расходов на лечение.

Таким образом, применение РПЭ и БТ для лечения РПЖ приводит к практически одинаковым онкологическим и функциональным результатам, за исключением сексуальной функции, по которой для БТ характерны лучшие показатели. Более выгодным с экономической точки зрения методом признана радикальная простатэктомия. Однако без учета затрат на радиоактивные источники при БТ расходы на все остальные статьи были намного меньше, чем при РПЭ. Полученная информация, безусловно, может служить основой для выработки мер по оптимизации будущих расходов на оперативное лечение РПЖ, может быть использована при разработке национальных стандартов лечения рака простаты, при определении тарифов на лечение по линии ОМС и по квотам на высокотехнологичную медицинскую помощь.

Оперативное лечение пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

В.И. Ковалевская, И.В. Радьков, А.И. Презов, М.А. Гридюшко,
А.В. Гогонов, П.И. Ковалевская
Гомель

Нами проведен ретроспективный анализ историй пациентов, оперированных в урологическом отделении БСМП г. Гомеля с 2000 г по 2009 год. За этот период в урологическом отделении находилось на лечении 28 217 пациентов, с доброкачественной гиперплазией предстательной железы – 1783 пациента, что составило 6,3% от всех пролеченных пациентов. В urgentном порядке оперировано 1221 (68,5 %) пациент, в плановом порядке 562 (31,5%). Средний возраст всех оперированных больных составил 69,7 лет. Пациенты, поступавшие в плановом порядке, обследовались в полном объеме на догоспитальном этапе. Urgentное состояние больных диктовало максимальное сокращение периода обследования от нескольких часов до 1–2 суток. Предоперационная подготовка направлена на профилактику инфекции мочевых путей, выявление и при необходимости коррекцию сопутствующих болезней. Комплексное обследование экстренных больных включает ОАК, ОАМ, определение глюкозы крови, протромбинового индекса, группы крови и резус-фактора, содержание мочевины и креатинина в сыворотке крови, коагулограмма, ЭКГ, ФЛГ, консультация терапевта. УЗИ почек, предстательной железы с определением объема предстательной железы трансабдоминально. В 63% случаев объем составлял от 80 см³ и выше, в одном случае имела место гигантская аденома, достигшая 280 см³. Неотложная аденомэктомия противопоказана в случае острого воспалительного процесса в мочевой системе, сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации (артериальная гипертензия 3 ст., хроническая ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет терминальная стадия ХПН). Методом отведения мочи явилось наложение эпицистостомы у 278 (15,5%) пациентов. После коррекции состояния пациента через 1,5–2 месяца выполнили второй этап – чрезупузырную аденомэктомию у 121 пациента. В предоперационном периоде, за сутки, назначалась инфузионная, антибактериальная, антикоагулянтная и седативная терапия.

Во время операции проводилась профилактика инфекционных осложнений путем введения в/в антибактериальных препаратов. С целью гемостаза на ложе аденомы накладывались две кетгутовые лигатуры. Последние с катетером Фолея выводились, по уретре. Мочевой пузырь ушивается трехрядными швами с оставлением эпицистостомы. Налаживалась система постоянного отведения в послеоперационном периоде в течение 2–3 суток.

При благополучном течении, нормальной температуре и удовлетворительных клинико-лабораторных показателях на 8–10 сутки после аденомэктомии удаляется цистостомическая трубка и с помощью уретрального катетера заживляется надлобковый свищ.

Результаты исследования. При анализе данных средний койко-день составил 16,8 дня.

В послеоперационном периоде установлено возникновение в разные сроки кровотечения из ложа аденомы у 6 пациентов (0,6%), культиты у 9 пациентов (0,9%), эпидидимоорхиты у 4 пациентов (0,4%). Общая летальность состави-

ла 0,9 % (12 случаев). Более гладкое течение в послеоперационном периоде наблюдалось у плановых пациентов. Что отразилось на укорочении сроков пребывания их в стационаре.

Таким образом: раннее оперативное лечение пациентов с ДГПЖ, осложнившейся ОЗМ, до 48 часов, способствует более гладкому послеоперационному течению.

Использование съемного кетгутового шва, с целью гемостаза, а также раннее удаление катетера Фолея на 2-е сутки является профилактикой ранних кровотечений, воспалительных осложнений, а также поздних осложнений (стенозов шейки м/п и стриктур задней уретры).

Хирургическая тактика при обструкции пиелоретерального сегмента

Б.К. Комяков, Б.Г. Гулиев, Р.Г. Шиблиев, А.С. Шипилов
Санкт-Петербург

В настоящее время при лечении больных со стриктурами пиелоретерального сегмента (ПУС) применяются различные реконструктивные и эндоскопические методы оперативного лечения. Из большого числа пластических вмешательств, предложенных для лечения гидронефроза, в основном предпочтение отдается резекции измененного ПУС с последующим пиелоретероанастомозом. При протяженных сужениях прилоханочного отдела мочеточника применяется операция Кальп-Де-Вирда, подразумевающая замещение его дефекта выкроенным из лоханки лоскутом. В редких случаях выполняется анастомоз мочеточника с нижней чашкой почки. Современная рентгенэндоскопическая техника также открыла новые возможности в диагностике и лечении обструктивных заболеваний верхних мочевыводящих путей (ВМП). Преимуществом эндоскопических методов коррекции стриктур мочеточников является их меньшая инвазивность и травматичность.

С 1996 по 2010 год под нашим наблюдением находилось 230 больных со стриктурами ПУС. Мужчин было 105 (45,6%), женщин – 125 (54,4%). Возраст их колебался от 17 до 64 лет. Первичные стриктуры имели место у 208 (90,4%), рецидивные – у 22 (9,6%) пациентов. Гидронефроз II стадии установлен у 164 (71,3 %), III стадии – у 45 (19,6 %), IV стадии – у 21 (9,1%) больных. Распределение больных с сужениями ПУС в зависимости от этиологии приведены в таблице 1. Всем больным проводилось комплексное лабораторное и инструментальное обследование, направленное на выяснение функционального состояния ВМП и активности воспалительного процесса в почках. Хроническая почечная недостаточность выявлена у 18 (7,8%), а явления хронического пиелонефрита (ХП) – у 159 (69,1%) больных.

При наличии мочевых свищей и активной фазы ХП вначале выполняли чрескожную пункционную нефростомию, которая произведена 10 больным. После купирования воспалительного процесса и стабилизации общего состояния им производились реконструктивные операции. Для выяснения функционального состояния заблокированной почки до и после дренирования почки выполняли динамическую и статическую сцинтиграфию, пробу Реберга, анализ и посев мочи из нефростомы.

Из 230 больных с обструкцией ПУС открытые операции произведены 157 (68,3%), эндоскопические – 52 (22,6%) и оргауносящие – 21 (9,1%) пациенту. Характер хирургических вмешательств, выполненных наблюдаемым нами больным с гидронефрозом, приведен в таблице 2. Выбор необходимого способа оперативной коррекции зависел от протяженности сужения, давности процесса, наличия нижнеполярного сосуда и функционального состояния пораженной почки. При первичных сужениях ПУС, особенно при наличии нижнеполярного сосудистого пучка, выполняли резекцию измененного участка с последующим антевазальным пиелoureteroанастомозом.

Отдаленные результаты выполненных на ПУС операций оценивали по трехстепенной системе, как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Послеоперационные осложнения при открытых вмешательствах на ПУС

Таблица 1

Причины обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента
у обследованных больных

Причины сужения пиелoureтерального сегмента	Количество больных	
	абс.	%
I. Первичные стриктуры		
1.1. Врожденные	68	29,6
1.2. Рубцовый процесс в области ПУС	55	23,9
1.3. Сужение ПУС на фоне нижнеполярного сосудистого пучка	22	9,6
1.4. Сужения мочеточника подковообразной почки	6	2,6
II. Вторичные стриктуры		
2.1. Рецидивные стриктуры пиелoureтерального сегмента	24	10,4
2.2. Сужения пиелoureтерального сегмента после пиелолитотомии	49	21,3
2.3. Сужения пиелoureтерального сегмента после перкутанной нефролитотрипсии	6	2,6
Всего	230	100,0

наблюдали у 23 (14,7%) больных. У 13 (8,3%) из них имело место гематурия, наблюдаемая в основном при дренировании почки нефростомой и интубатором, что было связано с травмой сосудов паренхимы при проведении дренажей. У 10 (6,4%) пациентов послеоперационное течение осложнилось обострением ХП, им проводилась противовоспалительная терапия. Послеоперационные осложнения после перкутанного лечения стриктур ПУС и мочеточника наблюдали у 8 (15,4%) пациентов. В основном имело место обострение ХП (5 больных), что было связано с хронической инфекцией мочевых путей и повышением внутрилоханочного давления при нефроскопии.

Отдаленные результаты пластических вмешательств на ПУС были изучены у 138 больных. Хорошие послеоперационные данные получены у 114 (82,6%) из них, удовлетворительные – у 16 (11,6%), неудовлетворительные – у 8 (5,8%)

больных. При этом хорошие результаты наблюдались у больных с 2 стадией гидронефроза и функцией почки более 50% по данным динамической сцинтиграфии. Высокая эффективность (94,2%) выполненных нами операций обусловлена их патогенетичностью, так как после резекции ПУС формируется анастомоз между лоханкой и мочеточником за счет полноценных в морфофункциональном отношении тканей, чем и обеспечивается существенное улучшение уродинамики верхних мочевыводящих путей.

Таблица 2

Характер хирургических вмешательств, выполненных больным с обструкцией пиелoureтерального сегмента

Виды оперативных вмешательств	Количество больных	
	абс.	%
I. Реконструктивные		
1.1. Резекция ПУС с пластикой по Хайнс-Андерсену	138	60
1.2. Пластика ПУС по Калп-Де Вирд	3	1.3
1.3. Резекция ПУС с пластикой и истмомотомией при подковообразной почке	6	2.6
1.4. Уретерокаликoанастомоз по Нейверту	10	4.3
II. Эндоскопические		
2.1. Перкутанная эндопиелотомия	46	20,0
2.2. Трансуретральная эндопиелотомия	6	2.6
III. Органоуносящие операции		
3.1. Открытая нефрэктомия	15	6,6
3.2. Лапароскопическая нефрэктомия	6	2.6
Всего	230	100,0

При отдаленном анализе эндоскопических вмешательств на ПУС в сроки от 6 до 36 месяцев хорошие результаты получены только у 39 (75,0%), удовлетворительные – у 8 (15,4%), неудовлетворительные – у 5 (9,6%) пациентов. Неудовлетворительные результаты в основном были получены у больных с первичными сужениями, что связано с оставлением измененного ПУС. У этих больных лоханка была внутрипочечной, поэтому у них целесообразнее лечение начинать с эндоскопических методов. В дальнейшем им выполнялись открытые реконструктивно-пластические операции.

Таким образом, реконструктивные операции остаются основными способами лечения больных со структурами ПУС. Своевременно выполненная операция позволяет восстановить проходимость ВМП и достичь хороших результатов. Выбор оптимального метода оперативного лечения позволил улучшить отдаленные результаты до 94,2%. Перкутанные вмешательства при сужениях ВМП являются малоинвазивными и эффективными операциями. Они, особенно, предпочтительны при вторичных стриктурах ПУС, когда выполнение открытых хирургических вмешательств из-за выраженного рубцового процесса крайне затруднительны, а у больных с единственной почкой очень опасны.

Наш подход к лечению пациентов с «острым орхоэпидидимитом»

С.М. Кустов, Ю.В. Зенина, А.А. Ковалев

Белово

На сегодняшний день окончательно не определены тактические подходы к решению данной проблемы. До 10% от всех госпитализированных пациентов в урологическое отделение составляют лица с диагнозом «острый орхоэпидидимит». В основном, это дети и мужчины репродуктивного возраста. Если, в детской урологии единственным методом лечения является раннее хирургическое вмешательство, то в лечении пациентов репродуктивного возраста, по мнению ряда авторов, иногда предпочтение отдается консервативной терапии. Под консервативной терапией понимают: антибиотико- и десенсибилизирующую терапию, новокаиновые блокады семенного канатика, компрессы с мазью Вишневского, суспензорий, физиотерапия. Но, к сожалению, консервативная тактика приводит к прогрессированию отека, ишемии яичка, развитию аутоиммунных процессов; в конечном счете, к снижению фертильности. В некоторых случаях консервативные методы лечения не способны предотвратить развитие некроза яичка.

К сожалению, за 2010 год нам пришлось выполнить 3 орхоэктомии детям с перекрутом яичка, приведшим к некрозу, поступившим в отделение в поздние от начала заболевания сроки по причине неправильно выбранной тактики лечения амбулаторными хирургами других лечебных учреждений города.

Целью нашего исследования было оценить клиническую эффективность консервативной терапии и хирургического вмешательства. Под нашим наблюдением находилось 73 пациента, которые были разделены на 2 группы. Консервативное лечение проводилось 1-й группе пациентов (18% – 13 человек) при отсутствии подозрений на деструктивные процессы по данным УЗИ. Пациенты 2-й группы (82% – 60 человек) были прооперированы сразу после момента поступления.

Критерием для оценки эффективности были выбраны такие показатели, как наличие болевого синдрома, нормализация температуры тела (табл. 2), показатели лейкоцитоза (табл. 3). Всем пациентам при поступлении проводилось УЗИ органов мошонки. Данные экспериментальных исследований представлены в сравнительной таблице 1.

Дальнейшее наблюдение проводилось через 3 и 6 месяцев. У пациентов 1-й группы в течение 3 месяцев сохранялись болевые ощущения, у некоторых – на протяжении 6 месяцев. По данным повторного УЗИ через 3 месяца у 3% пациентов 1-й группы обнаружены признаки атрофии яичка: уменьшение размеров, изменение эхогенности. Через 6 месяцев аналогичные результаты наблюдались уже у 5% пациентов.

Для 2-й группы характерна нормальная УЗИ картина.

На наш взгляд, активная хирургическая тактика позволит избежать неудовлетворительных исходов лечения острого орхоэпидидимита и предупредить развитие такого опасного осложнения, как атрофия яичка.

По нашему мнению, «золотым стандартом» является ревизия органов мошонки, проведение декомпрессионных операций в возможно ранние сроки с момента поступления пациента в стационар.

Таблица 1

	Наличие болевого синдрома при поступлении	Нормализация температуры тела (в среднем)		Показатели лейкоцитоза (в среднем)		Кол-во проведенных койко-дней (в среднем)
		2-й день	6-й день	2-й день	6-й день	
I группа	+	38,1	36,8	13,1±1,3	10,9±0,6	9 дней
II группа	+	36,8	36,6	10,0±1,2	8,3±0,4	3 дня

Таблица 2

Сравнительная характеристика нормализации температуры тела

	1 день	2 день	3 день	4 день	5 день	6 день
I группа	38,3°C	37,8°C	37,5°C	37,3°C	37°C	36,8°C
II группа	37,1°C	36,8°C	36,8°C	36,7°C	36,6°C	36,6°C

Таблица 3

Сравнительная характеристика показателя лейкоцитоза

	1 день	2 день	3 день	4 день	5 день	6 день
I группа	13,1	12,8	12,3	11,9	11,3	10,9
II группа	10,9	10	9,8	9,5	8,9	8,3

Инцидентальный рак предстательной железы у больных, перенесших радикальную цистпростатэктомию по поводу рака мочевого пузыря

К.Б. Лелявин, А.В. Тараненко

Иркутск

В связи с высоким темпом роста заболеваемости диагностика и лечение больных раком предстательной железы (РПЖ) является одной из актуальных проблем современной онкологии. Радикальная цистпростатэктомия (РЦПЭ) по поводу рака мочевого пузыря (РМП) является стандартным методом хирургического лечения, который дает уникальную возможность для изучения частоты и морфологических особенностей инцидентального РПЖ.

Истинным инцидентальным РПЖ считают рак, выявленный при морфологическом исследовании ткани предстательной железы (ПЖ), удаленной во

время хирургического вмешательства, в случаях, когда данные дооперационного клинического обследования не позволяли заподозрить РПЖ (4, 8). По классификации TNM инцидентальному РПЖ соответствуют две стадии: T1a и T1b. При этом следует признать, что дооперационное определение уровня простат-специфического антигена в крови, ТРУЗИ, полифокальная биопсия простаты, компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства не позволяют полностью исключить наличие опухолевого процесса в предстательной железе у больных РМП.

Частота выявления инцидентального РПЖ после радикальной цистпростатэктомии значительно варьирует. Диагностика инцидентального РПЖ зависит от возраста больного, методики морфологического исследования и квалификации патолога. Применение метода ступенчатых срезов позволило значительно повысить частоту выявления инцидентального РПЖ.

Актуальность проблемы инцидентального РПЖ подтверждается высокой частотой его обнаружения у пациентов, страдающих РМП, и возможными непредсказуемыми последствиями прогрессирования раковой болезни.

Цель исследования. Оценить частоту, особенности инцидентального рака предстательной железы у больных раком мочевого пузыря, перенесших радикальную цистпростатэктомию.

Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и стационарного лечения 134 пациентов мужского пола, которым по поводу РМП была выполнена РЦПЭ в отделении урологии Иркутского областного онкологического диспансера в период 2003–2010 гг. Для статистического анализа создана ретроспективная выборочная совокупность карт выбывших из стационара пациентов. Средний возраст оперированных пациентов составил $67,4 \pm 3,4$ года. Стадии РМП: T1N0M0 – у 9 (6,7%), T2N0M0 – у 63 (47,0%), T3N0M0 – у 22 (16,4%), T4aN0M0 – у 17 (12,6%), T3-4aN1-2M0 – у 23 (17,1%) больных. Переходно-клеточный РМП верифицирован у 126 (94,0%), плоскоклеточный у 4 (2,9%), железисто-плоскоклеточный у 1 (0,7%), аденокарцинома у 3 (2,2%) больных. Высокая, умеренная и низкая степень дифференцировки определены у 69 (51,4%), 24 (17,9%) и 41 (30,5%) больных, соответственно. Перед операцией всем больным выполнялось пальцевое ректальное исследование (ПРИ), определение уровня простатспецифического антигена (ПСА) в сыворотке крови, ТРУЗИ, компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Больные с выявленными на дооперационном этапе клиническими признаками РПЖ в исследование не включались. Показаниями к полифокальной биопсии ПЖ служили: повышение уровня ПСА ≥ 4 нг/мл; патологические изменения при ПРИ; патологические изменения при ТРУЗИ ПЖ. Показаниями к РЦПЭ считали: немышечно-инвазивный РМП низкой степени дифференцировки (стадия T₁G3) или рак in situ; опухоли, резистентные к интравезикальной терапии (стадия T_a, G₃ или рак in situ); мышечно-инвазивный переходо-клеточный РМП; аденокарцинома, плоскоклеточный рак или саркома МП. РЦЭ осуществляли по стандартной методике у всех больных удаляли мочевой пузырь, ПЖ с семенными пузырьками, а также выполняли стандартную (тазовую) лимфаденэктомию. После операции на морфологическое исследование направлялись удаленный МП, подвздошные ЛУ с обеих сторон, ткань ПЖ и семенных пузырьков, край уретры, парапро-

статические ткани – по показаниям, после чего определялась патоморфологическая стадия по системе TNM. Морфологическое исследование препаратов ПЖ проводилось с использованием стандартных гистологических красителей (гематоксилин и эозин). Толщина парафиновых срезов, выполненных на ротторном микротоме серийно-ступенчатым методом, составила 3–4 мкм. Предварительно материал фиксировали в 10% нейтральном формалине в течение 24 часов. По результатам исследования оценивали частоту инцидентального РПЖ, тяжелой ПИН, рака *in situ*, а также наличие сопутствующей уретеролиальной карциномы *in situ* простатического отдела уретры. Простату условно разделяли на зоны по McNeil. Данную схему использовали как при регистрации данных биопсии, так и при регистрации результатов исследования операционного материала. Морфологический диагноз выставлялся в соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра (МКБ X), с учетом суммы градации Глисона (2005). РПЖ считали прогностически «клинически значимым» при наличии следующих признаков: объем опухоли $\geq 0,5 \text{ см}^3$; сумма Глисона ≥ 4 ; позитивный уретральный хирургический край; экстрапростатическое распространение; инвазия в семенные пузырьки и метастазы в лимфатические узлы (EAU, 2010).

Тяжелая ПИН или рак *in situ* верифицированы у 5 (3,7%) из 134 больных, инцидентальный РПЖ – у 19 (36,5%). Средний возраст больных с инцидентальным РПЖ составил $66,7 \pm 2,03$ года (50–74 лет), без РПЖ $62,4 \pm 4,4$ года ($p > 0,05$). Инцидентальный РПЖ выявлялся значительно чаще (78%) у пациентов с более высокой стадией ($T_{3,4}$) РМП, однако данный результат оказался статистически не достоверен ($p = 0,08$). Средний уровень ПСА до операции у пациентов с инцидентальным РПЖ и без него был $2,7 \pm 2,4$ нг/мл и, соответственно ($p > 0,05$). РПЖ T1bN0M0 был у 16 (84,2%), T2aN0M0 у 3 (15,7%) больных. По данным морфологического исследования операционного материала степень злокачественности инцидентального РПЖ по шкале Глисона составила 2–4 балла – у 11 (57,8%), 5–6 баллов – у 6 (31,5%) и 7 баллов – у 2 (10,5%) пациентов. Объем опухоли ПЖ был $\leq 0,5 \text{ см}^3$ – у 17 (89,4%); $\geq 0,5 \text{ см}^3$ – у 2 (10,5%). Средний объем опухоли ПЖ $0,16 \pm 0,38 \text{ см}^3$. Позитивный хирургический край не был выявлен ни у одного пациента. Инцидентальный РПЖ был признан прогностически «клинически значимым» у 7 (36,8%) больных. Диффузное поражение ПЖ отмечено у 2 (10,5%) больных, полифокальное у 3 (15,7%), монофокальное у 13 (68,4%). У 14 (73,6%) пациентов инцидентальный РПЖ локализовался в периферической зоне, у 4 (21,0%) в центральной, а у одного пациента были вовлечены все три зоны.

Инцидентальный РПЖ является распространенным заболеванием среди мужчин, страдающих РМП. Частота выявления инцидентального РПЖ после радикальной цистпростатэктомии у больных РМП составила 36,5%. Значительно чаще (78%) карцинома ПЖ выявлялась у пациентов с более высокой стадией РМП ($T_{3,4}$). У 84,2% оперированных пациентов инцидентальный РПЖ был в стадии T1bN0M0, что согласуется с данными других исследователей (6, 7, 9). Всех пациентов с инцидентальным РПЖ следует отнести в группу с повышенным риском рецидива РПЖ и организовать регулярное диспансерное наблюдение в соответствии с рекомендациями EAU (2010).

Лапароскопические операции в урологии: шестилетний опыт и перспективы направления

Д.Г. Лобанов, П.И. Шустер, О.П. Хлебов,
А.О. Хлебов, Б.Б. Борчишин, Д.Н. Ежов
Омск

В урологической клинике Омской областной клинической больницы впервые в истории омской урологии были освоены и внедрены в практику лапароскопические операции.

В освоении методики неocenимую помощь оказали хирурги, которые значительно раньше стали широко использовать лапароскопические вмешательства. Лапароскопическое лигирование гонадной вены при варикоцеле – первая несложная операция, которая была освоена. По нашему мнению, данная методика является не оптимальной при варикоцеле, зато помогает освоить методику, почувствовать инструментарий. На сегодняшний день выполнено более 60 таких операций: 2005 – 12, 2006 – 21, 2007 – 7, 2008 – 6, 2009 – 8, 2010 – 8.

Освоив основы лапароскопической техники, перешли к выполнению истинно урологических вмешательств:

– уретеролитотомия – 3 (1 – ретроперитонеоскопическим доступом, 2 – лапароскопическим доступом).

– нефрэктомия – 7 (4 – при нефроциррозе, 3 – при гидронефрозе). Первая лапароскопическая нефрэктомия в истории омской урологии была выполнена в ОКБ 10 февраля 2009 г.

– иссечение кист почек – 15. Первая такая операция в Омске была выполнена в ОКБ 17 февраля 2009 г.

– лапароскопическая адреналэктомия – 6. Первая операция в истории омской урологии была выполнена в ОКБ 8 мая 2009 г.

– лапароскопический уретеропиелолизис – 2 и лапароскопическая пластика ЛМС при гидронефрозе – 1. Первая лапароскопическая пластика гидронефроза в истории омской урологии была выполнена в ОКБ в январе 2011 г.

Средний послеоперационный койко-день после урологических лапароскопических операций составил – 5,0 койко-дней. В клинике было две конверсии при выполнении лапароскопических адреналэктомий, связанных с интраоперационным кровотечением и плохой визуализацией и выраженным спаячным процессом, техническими трудностями и риском повреждения кишки. После конверсии послеоперационный койко-день соответствовал аналогичному при выполнении открытых операций. Летальных исходов не было.

Таким образом, лапароскопическая техника выполнения операций все шире внедряется в повседневную урологическую практику. Необходимы стажировки урологов в ведущих урологических клиниках и центрах для быстрого внедрения лапароскопии при лечении новых урологических нозологий. В перспективных планах урологической клиники дальнейшее освоение таких методик, как: лапароскопические пиелолитотомия, пиелопластика при гидронефрозе, нефропексия при нефроптозе, резекция почки, радикальная простатэктомия при раке простаты, биопсия почки, тазовая лимфаденэктомия, кольпосуспензия при недержании мочи.

Экстренная нефростомия

А.И. Неймарк, М.Я. Гаткин, И.В. Вишняков, И.Э. Сибуль

Барнаул

Проблема обструкции мочевых путей встречается в практике врача-уролога практически ежедневно и является особой урологической проблемой, поскольку вызывает гидронефроз, а присоединяющаяся инфекция усугубляет течение и приводит к атрофии почечной паренхимы и развитию ХПН.

Работая в экстренной урологии, мы чаще встречаемся с приобретенной обструкцией мочевых путей. Обструкция нижних мочевых путей, к которой относятся стриктуры уретры, аденома и рак простаты, опухоли шейки мочевого пузыря, разрывы уретры и нейрогенный мочевой пузырь, сопровождаются задержкой мочи, достаточно легка для диагностики и лечения (катетеризация, цистостомия).

Обструкция верхних мочевых путей, к которой относятся обструкции мочеточников конкрементами, опухолью, стриктурой, ятрогенными повреждениями мочеточников, забрюшинным фиброзом, опухолями соседних органов, последствиями лучевой терапии, более сложна для диагностики и требует сложных инструментальных и оперативных вмешательств.

На базе отделения урологии МУЗ ГБ № 11 города Барнаула в течение 5 лет проводится пункционная нефростомия. За период работы выполнено 158 нефростомий. Нефростомия проводилась по общепринятой методике с применением разовых нефростомических наборов «Nefrofix» фирмы B.braun. Из числа прооперированных больных: 16 – с раком прямой кишки, прорастанием устьев мочеточника, 14 – с раком шейки матки, 35 – с раком простаты, 54 – с камнями почек и мочеточников, 11 – со стриктурами мочеточников, 9 – с ятрогенными повреждениями мочеточников, 18 – с аденомой и раком простаты.

Из общего числа больных 8 выполнена нефростомия единственной почки.

За время работы случаев установки нефростомы беременным не было. Все беременные с гидронефрозом подвергались стентированию почки.

В результате проведения пункционной нефростомии у больных снижался уровень мочевины и креатинина, нередко показатели приходили в норму. Продолжительность жизни больных с раком кишечника и шейки матки увеличивалась до 26 месяцев.

Подавляющее количество больных подвергалось реконструктивным операциям, пластике мочеточников, КЛТ, ДЛТ, кишечной пластике, пластике ЛМС и уретероцистонеоанастомозу по Боари. Нефростома впоследствии была удалена. В 70% случаев обструкция верхних мочевых путей сопровождалась острым пиелонефритом. Течение пиелонефрита на фоне пункционной нефростомы являлось более благоприятным за счет уменьшения внутрилоханочного давления. Это подтверждено лабораторными и клиническими показателями.

Всем больным проводилась антибактериальная терапия в зависимости от выраженности воспалительных изменений и явлений ХПН. Больным назнача-

лись антибактериальные препараты: цефалоспорины III поколения, фторхинолоны, редко аминогликозиды.

Тяжелых послеоперационных осложнений и летальных исходов не наблюдалось.

Таким образом, пункционная нефростомия является незаменимым малоинвазивным методом лечения больных с обструкцией верхних мочевых путей, который легко переносится и является первым этапом хирургического лечения стриктур и камней мочеточников, осложненных пиелонефритом и дает необходимое время для подготовки ослабленных больных к реконструктивным операциям.

Органосохраняющие операции при раке почки T1aN0M0: результаты десятилетних наблюдений

А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко
Гродно

В настоящее время уже нет необходимости доказывать целесообразность выполнения органосохраняющих операций (ОСО) при раке почки в случаях размеров опухоли до 4 см. В хирургии рака почки ОСО прочно заняли достойное место.

Вместе с тем наступило время для критической всесторонней оценки не только пятилетних, но и десятилетних результатов органосохраняющих операций у больных раком почки T1aN0M0.

В настоящем сообщении мы и представляем результаты десятилетнего наблюдения за больными раком почки T1a (размерами до 4 см), которым выполнены ОСО в сравнении с результатами радикальной нефрэктомии (РН) при раке почки такой же степени распространенности. Функциональное состояние второй почки у всех больных до операции было хорошим.

С января 2000 по декабрь 2009 года мы наблюдали 105 больных раком почки T1aN0M0 (диаметр опухоли от 2 до 4,0 см). Мужчин было 75, женщин 30. Возраст пациентов 54–62 года. Среди них 55 выполнена ОСО и 50 – РН. ОСО проводилась в виде секторальной резекции почки на пережатой почечной артерии. Продолжительность тепловой ишемии почки составила 8–12 минут. Лимфаденэктомию не выполняли. РН выполнялась по стандартной методике, надпочечник удаляли только при локализации опухоли в верхнем сегменте почки.

Все пациенты хорошо перенесли операцию и были выписаны домой.

Диспансеризация пациентов позволила выявлять признаки прогрессирования процесса, получить информацию об анатомическом и функциональном состоянии каждой почки (в случаях ОСО) и о состоянии единственной оставшейся почки (после нефрэктомии), о состоянии других органов и систем.

Выживаемость пациентов в обеих группах рассчитывали динамическим методом на декабрь 2009 года.

В течение 10 лет наблюдения умерли при явлениях прогрессирования опухолевого процесса 9 человек (18,0±5,4%), 7 человек от других заболеваний в группе перенесших РН, 3 человека (5,4±3,0%) от прогрессирования процес-

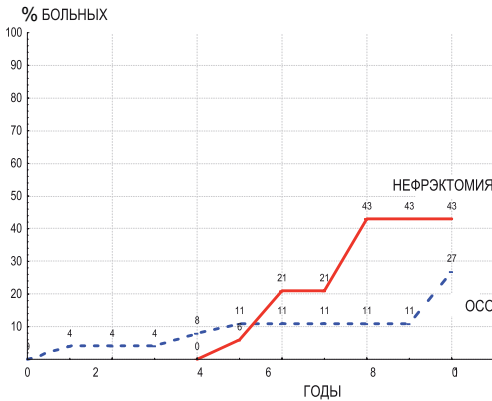


Рис. 1

ОСО прогрессирующие отмечено у 2 пациентов уже на первом году после операции, то после РН – прогрессирующие опухолевого процесса выявлено на 5 году после операции.

Во втором пятилетии жизни пациентов после операции отмечена тенденция к нарастанию частоты прогрессирующего опухолевого процесса после РН по сравнению с ОСО.

Скорректированная 5- и 10-летняя выживаемость среди 105 больных в зависимости от вида операции приведена на рис. 2

Как видно, пятилетняя выживаемость в группе пациентов, перенесших РН, составила $94,0 \pm 0,2\%$, а в группе, перенесших ОСО – $98,0 \pm 2,0\%$ ($P > 0,05$). Десятилетняя выживаемость соответственно составила после РН – $57,0 \pm 12,0\%$, а после ОСО – $88,0 \pm 7,0\%$ ($P < 0,05$).

Следовательно, в группах пациентов после РН и ОСО, без учета возраста больных, пятилетняя скорректированная выживаемость одинакова, а десятилетняя – достоверно выше в группе перенесших ОСО.

Нами изучено функциональное состояние почек у больных раком почки после ОСО в различные сроки по данным РРГ. Через 1 год у 23 человек, через 5 лет у 27 и через 10 лет у 7.

Через год после ОСО достоверных различий в функциональном состоянии почек по сравнению с дооперационным состоянием нет.

Через 5 лет отмечена тенденция к ухудшению функции оперированной почки по сравнению с функциональным состоянием через год после операции, а через 10 лет функция оперированной почки еще

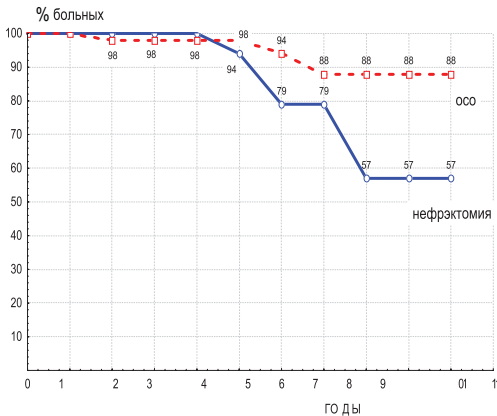


Рис. 2

больше ухудшается. Недостаточное количество наблюдений не позволяет делать окончательные выводы о функции почек через 10 лет после операции.

После РН через 1 год функция оставшейся почки была хорошей в 85% случаев, через 5 лет – в 65% и через 10 лет в – 55%.

Следовательно, приведенные результаты исследования свидетельствуют о том, что через год после ОСО функция оперированной почки хорошая, но к 5-му и особенно к 10-му году после операции функция оперированной почки ухудшается по сравнению с состоянием через 1 год после операции. Таким образом, пятилетняя скорректированная выживаемость пациентов после РН и ОСО по поводу рака почки T1aN0M0 одинакова. Десятилетняя скорректированная выживаемость пациентов после ОСО составляет 88%, после РН – 57%. Прогрессирование опухолевого процесса после ОСО и РН в течение 10 лет наблюдения отмечается одинаково часто. Функция оперированной почки через год после ОСО не отличается от таковой до операции, а к 5-му и особенно к 10-му году ухудшается.

Гемодинамические критерии в определении показаний к оперативному лечению нефроптоза

А.В. Носков, В.В. Яновой, К.А. Цепелев, А.И. Блинец,
В.Н. Завгородний, П.Г. Семеняк, О.Г. Просвирина

Благовещенск

Хирургическое лечение нефроптоза остается одной из актуальных проблем в современной урологии. Это связано с широкой распространенностью заболевания, составляющего 6,2% в популяции урологических больных и до 18,4% в популяции больных с патологией почек, а также с высокой социальной значимостью заболевания.

Основным методом лечения нефроптоза и его осложнений является оперативное вмешательство. Отбор пациентов с патологически подвижной почкой для оперативного лечения является достаточно сложной клинической задачей, так как у врача зачастую нет четких объективных диагностических критериев, позволяющих оценить степень имеющихся нарушений уро- и гемодинамики, прогнозировать успех оперативного лечения. Традиционная классификация нефроптоза по степеням смещения почки не отражает тяжести этого заболевания. Гемодинамические нарушения могут быть значимыми при небольшой степени опущения почки и, наоборот, выраженное смещение почки вниз не сопровождается изменениями гемодинамики.

Цель исследования: изучить изменения почечного кровотока при патологически подвижной почке и определить гемодинамические критерии в выборе тактики ведения пациентов с нефроптозом.

В уроandroлогическом центре АОДКБ обследовано 40 пациентов с нефроптозом справа II–III ст. Возраст пациентов 16–45 лет, женщин 37, мужчин 3. Больные распределены на две группы. В первую вошли пациенты с неосложненным нефроптозом – 20 человек, а во вторую с осложненным нефроптозом – 20 человек (МКБ, хронический пиелонефрит, гематурия, выра-

женный болевой синдром, симптоматическая гипертония). Всем больным выполнялось стационарное обследование (УЗИ почек, экскреторная урография, клинично-лабораторные исследования). Также в план обследования пациентов включено ультразвуковое доплерографическое исследование (УЗДГ) кровотока в среднем сегменте главной почечной артерии (наиболее измененная часть почечной артерии при нефроптозе). Особенностью обследования УЗДГ пациентов с данной патологией явилось исследование в положении стоя, определение V_{\max} см/с, V_{\min} см/с, R_i . После чего больной укладывался в горизонтальное положение и через 10 мин вновь определяли те же показатели. В обязательном порядке на момент исследования измеряли артериальное давление и по показаниям рено-аортальный индекс, сердечный выброс. Степень нарушения гемодинамики в орто- и клиностазе рассчитывали по формуле:

$$X = V_{\max} \text{ п/а ортостаза} \times 100\% / V_{\max} \text{ п/а клиностаза}.$$

Где V_{\max} п/а клиностаза – 100%, V_{\max} п/а ортостаза – X%.

После анализа полученных данных выявлено, что степень нарушения гемодинамики у больных с осложненным нефроптозом в 100% случаев превышала 30% в ортостазе. У пациентов с неосложненным нефроптозом степень изменения гемодинамики варьировала от нормальных величин (кровоток стоя и лежа не менялся) до 42% в ортостазе.

Всем больным с осложненным течением нефроптоза выполнена лапароскопическая нефропексия полипропиленовым трансплантатом к поясничным мышцам (взрослые), лапароскопическая нефропексия (патент на изобретение № 2311151 от 2007 года) T-образным полипропиленовым лоскутом к диафрагмальной поверхности париетальной брюшины (дети 15–18 лет). 8 пациентам с неосложненным течением нефроптоза, у которых степень нарушения гемодинамики в ортостазе превышала 30%, предлагалась оперативная коррекция патологически подвижной почки, из которых 5 пациентам выполнена лапароскопическая нефропексия, трое от операции воздержались. Остальным 12 пациентам с неосложненным течением нефроптоза, у которых степень нарушения гемодинамики в ортостазе не превышала 30%, предложено динамическое наблюдение с консервативными методами лечения.

В послеоперационном периоде через 10 дней, затем через 6 мес. всем оперированным больным выполнялось УЗДГ стоя и лежа. Кровоток в оперированной почке восстановился у всех больных с неосложненным нефроптозом и у 13 пациентов с осложненным течением нефроптоза. У 7 пациентов с осложненным нефроптозом гемодинамические показатели улучшились, но не нормализовались и составляли $+26\% \pm 5\%$. Хотя у всех пациентов, перенесших оперативное лечение, по данным УЗИ и экскреторной урографии, оперированная почка находилась в физиологическом положении.

Таким образом, исследование почечного кровотока дает объективное представление о степени нарушения гемодинамики в патологически подвижной почке. Своевременная коррекция неосложненного нефроптоза (нефропексия) позволяет полностью восстановить нарушенную гемодинамику, что нельзя сказать о гемодинамике у ряда пациентов с осложненным нефроптозом. Поэтому пациентам с симптоматическим нефроптозом со степенью нарушения гемодинамики в положении стоя более 30% следует рекомендовать оперативное лечение для профилактики осложнений данного заболевания.

Применение комбинированной уретропластики в случае протяженной стриктуры висячего отдела уретры

А. Ю. Окладников, П. В. Говорущкин
Красноярск

Почти в половине случаев стриктур висячего отдела уретры ведущую роль в этиологии играют ятрогенные факторы, такие, как ТУР, катетеризация, цистоскопия, простатэктомия, брахитерапия и последствия хирургии гипоспадий. Лечение таких больных, как правило, с множественными и протяженными стриктурами, связано с большими трудностями. Кроме того, в большинстве случаев, ситуация осложняется тяжелым периуретральным фиброзом. Несомненный интерес представляет собой использование в заместительной уретропластике букального трансплантата. Весьма демонстративным, на наш взгляд, представляется следующий клинический случай.

Пациент И. 63 лет поступил в урологическое отделение по поводу острой задержки мочеиспускания. В экстренном порядке проведена операция – троакарная цистостомия. Из анамнеза выяснено: больной 1,5 года назад перенес острое нарушение мозгового кровообращения, по поводу чего проходил лечение в условиях отделения неврологии. В течение 3–4 недель моча отводилась с помощью «постоянного» уретрального катетера Фолея (диаметр и фирма-производитель не известны). На фоне проводимого лечения отмечалась положительная неврологическая симптоматика с, практически, полной реабилитацией пациента. Однако, акт мочеиспускания постепенно ухудшался, что, в конечном счете, привело в оперативному дренированию мочевого пузыря. В ходе последующего обследования диагностировано – облитерация висячего отдела протяженностью до 6 см, далее просвет уретры был сохранен до луковичного отдела, где отмечалась стриктура протяженностью 1 см. После предоперационной подготовки, включающей в себя санацию полости рта, проведена операция. Продольным разрезом по вентральной поверхности полового члена, несколько смещаясь от средней линии, послойно было обнажено спонгиозное тело уретры. Путем продольного рассечения в проекции стриктуры формировалась «уретральная площадка». Соответственно определенному размеру был взят трансплантат слизистой одной щеки. Произведена пластика «вентральной заплатай» на катетере 18Ch. Использовали непрерывный шов монокрилом 4-0. Проксимальная стриктура в области луковичного отдела была ликвидирована по установленной методике наложением анастомоза «конец в конец» с иссечением рубцовых тканей. Уретральный дренаж удерживался 18 дней. После удаления последнего, микция – неудовлетворительная. Проведенная восходящая уретроцистография выявила 2 «короткие», до 0,2–0,3 см, стриктуры по краям букального анастомоза, что, вероятно, было связано с недостаточно полным рассечением рубцовых тканей. Остальной просвет уретры состоятелен. Предпринята внутренняя оптическая уретротомия на 12 часах условного циферблата. В последующем цистостомический дренаж после тренировки удален. Пациент мочится свободно, цистостомический свищ закрылся, остаточной мочи не определяется.

Таким образом, комбинирование вышеописанных методов лечения позволяет реабилитировать больных с достаточно протяженными стриктурами висячего отдела уретры. Необходимо обратить внимание на качество проведения катетеризации уретры в смежных отделениях (использование силиконовых и серебросодержащих дренажей, применение адекватных смазок, соблюдение оптимальных сроков удержания постоянных уретральных катетеров.)

Результаты пластических операций при обструкции верхних мочевых путей

В.Ф. Онопко, С.А. Сусин, С.В. Егоров

Иркутск

Цель исследования – изучить результаты пластических операций при стенозе ЛМС.

В исследование включено 79 больных, оперированных по поводу обструкции ЛМС (гидронефроза), которые в период с 2001 по 2008 г. проходили лечение в ГУЗ ОКБ г. Иркутска.

Всем больным проводилось общеклиническое, лабораторное, инструментальное исследование.

Критериями включения в исследование служили: степень гидронефроза – II и III; выполненные реконструктивно-пластические операции определенными способами; наличие информированного согласия больного на участие в исследовании.

Критериями исключения служили тяжелые системные заболевания, несовместимые с проведением исследования, такие, как острый инфаркт миокарда, декомпенсированная форма гипертонической болезни, гидронефроз терминальной стадии.

Пик заболеваемости у женщин приходился на возрастной период от 51 года до 60 лет (16–69), а у мужчин – от 31 до 40 лет. Средний возраст пациенток составил $38,9 \pm 2,5$ лет, медиана – 43,0 года, стандартное отклонение – 15,7. Средний возраст мужчин – $34,3 \pm 2,4$ лет, медиана – 31,0 года, стандартное отклонение – 15,3 лет.

Клиника гидронефроза была представлена болевым синдромом в поясничной области (как правило, на стороне поражения) у 40 (50,6%) больных. Гипертензионный синдром отмечен у 21 (26,6%) пациента. Микрогематурия наблюдалась у 18,9% больных, бактериурия – у 45,9% и лейкоцитурия – у 48,1% пациентов, что указывало на высокую инфицированность органов мочевой системы (*E. coli*, *Chlamida*, *Pr. mirabilis*, *Klebsiella*, *Ps. aerogenosae*, *St. aureus*, *St. epidermidis*). Бессимптомное течение наблюдалось у 16,2% больных. У некоторых больных было по 2–3 симптома (табл.1).

Определение степени гидронефроза, оценка структурно-функционального состояния почечной паренхимы являлось основным критерием установления показаний к оперативному лечению гидронефроза. Согласно классификации гидронефроза (Лопаткин Н.А., 1969), II степень заболевания была у 45 (56,1%) больных, и III – у 34 (43,9%) пациентов.

В 69 (87,3%) случаях выполнена стандартная резекция пиелoureтерального сегмента с пластикой по Хайнс-Андерсену. У 6 (7,6%) пациентов проведена пиелопластика ЛМС по лоскутной методике Кальп-Де Вирда; пиелопластика по Фоли выполнена 3 (3,8%) и пиелопластика по Альбарану – 1 (1,3%) пациентам.

Отдаленные результаты пластических операций проанализированы на основании обобщенных данных клинических проявлений патологического процесса, выраженности воспалительных изменений и динамики восстановления показателей секреторно-экскреторной функции почки (дефицит секреции) по данным динамической гаммасцинтиграфии и оценивались по трех-

Таблица 1

Частота клинических симптомов у больных
со стенозом лоханочно-мочеточникового сегмента (%)

Симптомы	Частота выявления отдельных симптомов	
	абс.	%
Лейкоцитурия	38	48,1
Бактериурия	67	84,8
Постоянная или периодически возникающая боль в поясничной области или подреберье	40	50,6
Пальпируемая почка	13	16,5
Микрогематурия	16	20,2
Артериальная гипертензия	21	26,6
Гастроинтестинальные симптомы	5	6,3
Расстройства мочеиспускания	16	20,3
Бессимптомное течение	14	17,7

бальной системе как «хорошие», «удовлетворительные» и «плохие» (табл. 2).

Как видно, «хорошие» и «удовлетворительные» результаты получены при коррекции ЛМС у 73 (92,4%) пациентов, «плохие» – были у 6 (7,6%) больных.

Таким образом, из приведенных данных о функциональном состоянии паренхимы почки после коррекции ЛМС следует, что чем выше степень дефицита секреции почечной паренхимы, тем больше процент неудовлетворительных результатов и, наоборот, чем выше показатели секреции паренхимы почки, тем выше эффективность лечения. У большинства пациентов с выраженным дефицитом секреции (более 75,0%) наблюдались плохие результаты лечения. Лучшие результаты получены при выполнении уретеропиелопластики в условиях, когда дефицит секреции не превышал 50%.

Таблица 2

Отдаленные результаты пластических операций на лоханочно-мочеточниковом сегменте в зависимости от степени гидронефроза и степени дефицита секреции (%)

Степень гидронефроза	Результаты лечения					
	хорошие		удовлетвор.		плохие	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2 степень	33	73,3	10	22,2	2	4,4
3 степень	22	64,7	8	23,5	4	11,8
Всего	55	69,6	18	22,8	6	7,6
Степень дефицита секреции	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<25%	32	40,5	7	8,9	–	–
25-50%	16	20,2	5	6,3	1	1,3
51-75%	7	8,9	4	5,1	2	2,5
>75%	–	–	2	2,5	3	3,8
Всего	55	69,6	18	22,8	6	7,6

Изучение показателей азотистого и водно-электролитного обмена у пациентов с раком мочевого пузыря при различных способах оперативного лечения

В.Н. Павлов, Я.В. Кондратенко, А.В. Алексеев, А.А. Измайлов
Уфа

Обширные хирургические вмешательства сопровождаются высокой частотой осложнений, обусловленных травматичностью операции, тяжелым течением инфекционных процессов, расстройствами водно-электролитного баланса, снижением иммунореактивности. В послеоперационном периоде у пациентов урологического профиля часто наблюдаются сдвиги в азотистом и водно-электролитном обмене, что приводит ко многим адаптивным и компенсационным почечным и экстраренальным изменениям. Целью нашего исследования явилось сравнение состояния водно-электролитного гомеостаза и азотистого обмена у пациентов с раком мочевого пузыря после цистэктомии с илеоцистопластикой, выполненной по методам Studer и Bricker.

Материалы и методы. Обследованы 29 пациентов с раком мочевого пузыря стадии T2. После предоперационной подготовки 15 пациентам выполнена цистэктомия с формированием гетеротопического мочевого кондукта из подвздошной кишки по Bricker – первая группа. Вторую группу составили 14 пациентов, которым выполнена операция по Studer. В комплексное клиническое обследование больных было включено определение мочевины, креатинина и параметров водно-электролитного обмена (концентрации ионов натрия, калия, хлоридов, осмолярность) в сыворотке крови и суточной моче до операции и через 14 дней после. Контрольную группу составили 15 здоровых добровольцев.

Результаты. У всех обследованных пациентов до операции отмечалась гипосмолярность сыворотки крови, после цистэктомии в обеих группах значение осмолярности приблизилось к норме. В результате проведенной цистэктомии с гетеротопической илеоцистопластикой на 10% снизилась концентрация альбумина в сыворотке крови на фоне исходно более низких значений по сравнению с пациентами контрольной группы. Во второй группе концентрация альбумина до операции не отличалась от значений контрольной группы, а после хирургического вмешательства достоверно снизилась на 31%. В обеих группах отмечалось достоверное снижение уровней креатинина на 21% и 22%, билирубина – 23% и 38% соответственно. Различия уровней концентраций ионов натрия и хлоридов недостоверны. В моче после операции в первой и второй группах достоверно уменьшается концентрация креатинина на 45% и 51%, мочевины – 57% и 60%, ионов калия – 49% и 67% и осмолярности на 49% и 31% соответственно. Концентрация ионов натрия и хлоридов имеет тенденцию к снижению на 21% и 9% в первой группе, на 29% и 5% во второй группе.

Таким образом, опухолевый процесс вызывает изменения многих параметров гомеостаза. Цистэктомия с илеоцистопластикой, как хирургический метод лечения рака мочевого пузыря, усугубляет сдвиги в водно-электролитном и азотистом балансах. Изменения изучаемых показателей при исследованных методах оперативного лечения опухолей мочевого пузыря имеют односторонний характер и более выражены при выполнении операции по Studer. Объектом дальнейших исследований должны стать поиск методов коррекции изменений водно-солевого и азотистого обмена для улучшения результатов лечения пациентов со злокачественными опухолями мочевых путей.

Хирургическая коррекция пролапса гениталий с использованием сетчатых эндопротезов

Е.В. Помешкин, Н.И. Кордубайлова, Е.В. Уткин

Россия

Цель настоящего исследования: оценить эффективность и целесообразность использования Пелвикса (полипропилен-поливинилиденфторидного сетчатого эндопротеза для реконструктивной хирургии тазового дна).

Проведено оперативное лечение с использованием сетчатого эндопротеза 28 женщинам в возрасте от 35 до 68 лет (средний возраст $M \pm m$ составил – $53,2 \pm 9,0$), с осложненными формами пролапса гениталий: полное выпадение матки в 6 случаях, преимущественно с ректоцеле – в 4 и преимущественно с цистоцеле – в 18.

Стадирование пролапса тазовых органов проводилось по классификации «Pelvic Organ Prolapse Quantitative» (POP-Q) Международного Общества, изучающего удержание мочи (International Continence Society (ICS)).

Длительность заболевания составила – от 1 года до 15 лет (средняя продолжительность $M \pm \delta$ – $5,8 \pm 0,5$ лет).

Система «Пелвикс» для реконструкции тазового дна представлена полипропилен-поливинилиденфторидным сетчатым имплантом, выполненным из легковесного (60 г/м^2), тонкого (0,5 мм) инертного материала, плетеного из мононити диаметром 0,10 мм, с объемной пористостью 72%.

Пациенткам были проведены следующие оперативные вмешательства в изолированном виде или в сочетании, в зависимости от наличия сопутствующей гинекологической патологии: передняя кольпоррафия и леваторопластика в 8 случаях; передняя, задняя кольпоррафия и леваторопластика – в 6; ампутация шейки матки, передняя, задняя кольпоррафия и леваторопластика – в 8; тотальная влагалитная гистерэктомия, с передней и задней кольпоррафией и леваторопластикой – в 6. Передний эндопротез «Пелвикс» введен 15 пациенткам и в остальных случаях – полный.

Оценка оперативного вмешательства проводилась по следующим критериям: длительность операции; послеоперационный койко-день; интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения; длительность и выраженность температурной реакции; длительность и выраженность болевого синдрома; активизация пациенток; поздние послеоперационные осложнения.

При поступлении на оперативное лечение большинство пациенток жаловались на дискомфорт и ощущение «инородного тела» в области промежности и влагалитца. Кроме этого, 2 больных предъявляли жалобы на нарушение эвакуаторной функции толстой кишки. Со стороны мочевыделительной системы наиболее часто отмечены жалобы на стрессовую мочевою инконтиненцию – в 8 случаев, затрудненное (10 случаев) и учащенное мочеиспускание (3 случая). Помимо этого, представительницы обследуемой группы предъявляли жалобы на обильные бели (2 женщины) и диспареунию (3 пациентки).

Среди соматической патологии, относящейся к признакам системной дисплазии соединительной ткани, наиболее часто, в 5 случаях, встречалась патология сердечно-сосудистой системы (у 3 женщин варикозная болезнь 1–2

степени, у 2 – пролапс митрального клапана). Кроме этого, у 1 пациентки в анамнезе была выполнена герниопластика в связи с пупочной грыжей. Важно отметить, что в 8 случаях оперативная коррекция пролапса проводилась на фоне сохраненной менструальной функции в перименопаузальном периоде, при этом, в случае отсутствия сопутствующей гинекологической патологии тела и придатков матки принималось решение в пользу органосохраняющей операции.

При оценке акушерского статуса установлено, что у всех обследованных женщин в анамнезе были роды, из них 24 были повторнородящими. У 5 женщин в анамнезе были роды крупным плодом. У 13 больных роды осложнились травмой мягких родовых путей, перинеотомия была выполнена в 20 случаях.

Длительность операции составила от 1 часа 05 минут до 3 часов 30 минут; послеоперационный койко-день от 7 до 12 суток (в среднем $M \pm d - 8,8 \pm 1,5$ койко-дней); интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений зафиксировано не было. В послеоперационном периоде у 6 пациенток температура тела повышалась до фебрильных цифр, и у 8 – она была субфебрильной. Болевые ощущения сохранялись только в течение первых суток после оперативного вмешательства. Активизация пациенток производилась на 1–2 сутки послеоперационного периода. Жалоб на наличие дизурических расстройств в послеоперационном периоде пациентки не предъявляли.

Результаты проведенного хирургического лечения оценивались нами как положительные, удовлетворительные и неудовлетворительные: положительными оценены результаты у больных, которые не предъявляли жалоб и не имели признаков пролапса гениталий при осмотре; удовлетворительными признаны результаты у больных, отметивших значительное улучшение после проведенного лечения, но имевших умеренное опущение стенок влагалища, неярко выраженные сексуальные расстройства; неудовлетворительными признаны результаты лечения при развитии значительного опущения стенок влагалища или его выпадения, появление или усугубление симптомов стрессовой инконтиненции мочи и сексуальных расстройств. Положительными признаны результаты у 24 больных; удовлетворительными – у 3 больных и неудовлетворительными – у 1 больной.

Клинически реакции отторжения сетчатого синтетического материала не наблюдалось ни у одной больной, в связи с чем он оказался максимально эффективным для замещения значительных фасциальных дефектов у пациенток с пролапсом гениталий.

Следовательно, использование Пелвикса (сетчатого полипропилен-поливинилиденфторидного эндопротеза) для реконструктивной хирургии тазового дна в комплексе хирургического лечения опущения и выпадения половых органов высокоэффективно (96,4%) и может применяться у пациенток с наличием обширных фасциальных дефектов, а также в случаях рецидивных форм пролапса.

Эндовидеохирургия в лечении больных раком почки

С.А. Ракул, П.П. Митрофанов, Р.Д. Галимов
Санкт-Петербург, Краснознаменск

Наиболее эффективным методом лечения пациентов с раком почки является радикальная нефрэктомия. Эндовидеохирургические операции при данной патологии являются высокоэффективными и обладают определенными преимуществами: меньшая инвазивность, по сравнению с открытой операцией, относительно малый объем кровопотери, короткий период госпитализации и реабилитации пациентов.

Целью нашего исследования явилась оценка результатов лечения больных подвергнутых эндовидеохирургической нефрэктомии.

В клинике урологии Военно-медицинской академии в период с 2004 по 2010 г. выполнено 99 эндовидеохирургических нефрэктомий, из них 75 трансперитонеальным и 24 экстарперитонеальным доступом.

Медиана возраста составила 56,5 лет (16–83 года). Соотношение мужчин и женщин составило 58,6% и 41,4 % соответственно. Медиана продолжительности лапароскопической нефрэктомии составила 170 (55–345) минут. Не выявлено зависимости времени, затраченного на выполнение эндоскопического хирургического вмешательства, от стороны поражения, локализации и размеров опухоли ($p > 0,05$). Средний объем кровопотери во время 99 эндовидеохирургических нефрэктомий составил 200 (50–4000) мл. Различий среднего объема кровопотери в зависимости от стороны поражения, локализации, размеров опухоли почки и опыта выполнения данных операций не выявлено ($p > 0,05$). Трансфузия компонентов крови (эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма) с целью заместительной терапии и коррекции гемодинамических нарушений проводилась у 5 пациентов (5,05%). Интраоперационные осложнения зарегистрированы у 16 пациентов (16,2%). В 8 (8%) из 16 наблюдений отмечено повреждение крупных сосудов, что потребовало перехода на открытую операцию. В одном наблюдении отмечено повреждение диафрагмы. У 5 пациентов (5,05%) возникли технические трудности во время эндовидеохирургической нефрэктомии за счет особенностей анатомического строения почечных сосудов, распространения онкологического процесса, выраженный спаечный процесс, что потребовало увеличения продолжительности операции. Кровотечение в раннем послеоперационном периоде возникло у 5 пациентов (5,05%), что потребовало выполнение ревизии послеоперационной раны. Поздние послеоперационные осложнения не были выявлены. Средняя продолжительность госпитализации больных, подвергнутых эндовидеохирургической нефрэктомии, в клинике составила 8 дней (4–60).

Эндовидеохирургическая нефрэктомия характеризуется низкой травматичностью и инвазивностью, радикальностью лечения, коротким периодом госпитализации и реабилитации. Выполнение нефрэктомии как транс-, так и ретроперитонеальным доступами по поводу рака почки I–II стадии может рассматриваться как стандартный метод лечения.

Интраоперационные осложнения при эндовидеохирургической нефрэктомии

С.А. Ракул, П.П. Митрофанов, Р.Д. Галимов

Санкт-Петербург, Краснознаменск

Хирургическое вмешательство является единственным эффективным методом лечения больных, страдающих раком почки. В настоящее время эндовидеохирургические операции являются методом выбора в лечении рака почки стадии T1–T2. По данным различных авторов, интраоперационные осложнения встречаются в 2–13,4 % случаев. В клинике урологии Военно-медицинской академии в период с 2004 по 2010 г. выполнено 99 эндовидеохирургических нефрэктомий, из них 75 трансперитонеальным и 24 экстраперитонеальным доступом.

Интраоперационные осложнения зарегистрированы у 16 пациентов (16,2%). В 8 (8%) из 16 наблюдений отмечено повреждение крупных сосудов, что потребовало перехода на открытую операцию. В одном наблюдении отмечено повреждение диафрагмы. У 5 пациентов (5,05%) возникли технические трудности во время эндовидеохирургической нефрэктомии за счет особенностей анатомического строения почечных сосудов, распространения онкологического процесса, выраженный спаечный процесс, что потребовало увеличения продолжительности операции. Кровотечение в раннем послеоперационном периоде возникло у 5 пациентов (5,05%), что потребовало выполнения ревизии послеоперационной раны, трансфузии компонентов крови (эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма) с целью заместительной терапии и коррекции гемодинамических нарушений. Поздние послеоперационные осложнения не были выявлены.

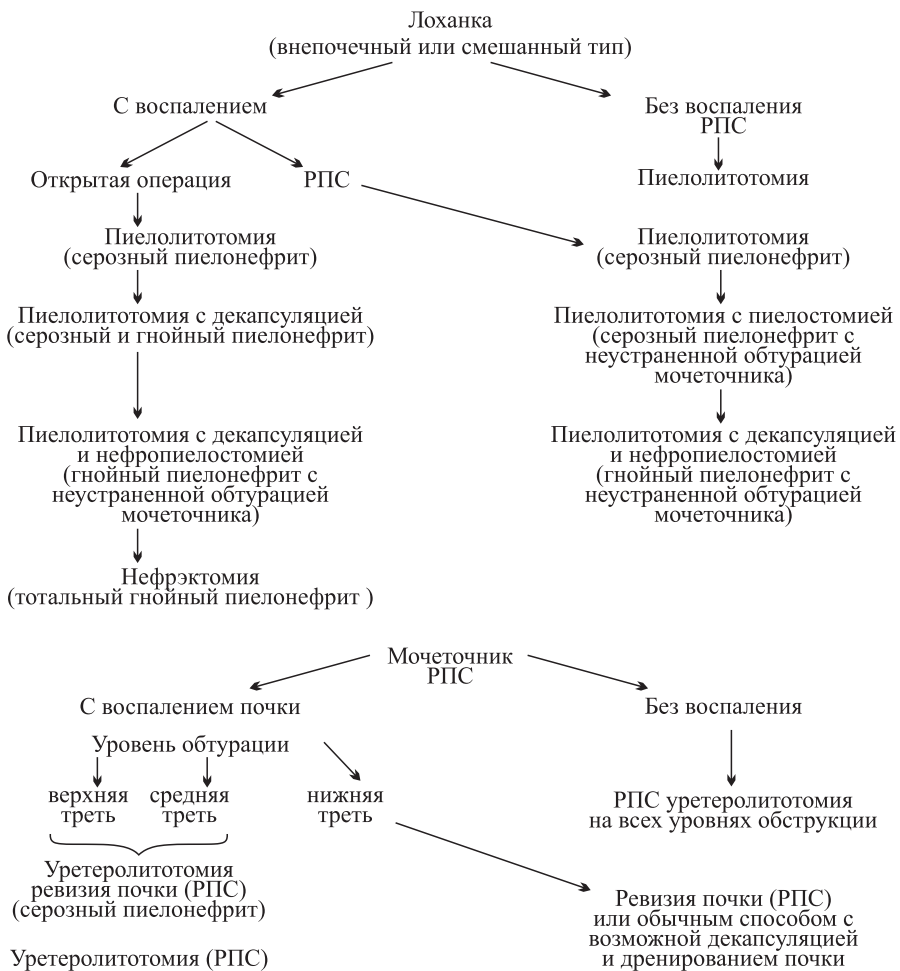
Таким образом, для профилактики возникновения осложнений необходимо более тщательно проводить отбор пациентов, с учетом противопоказаний, критически оценивать возможности эндовидеохирургии.

Мочекаменная болезнь, острый гнойный пиелонефрит – оптимизация применения ретроперитонеоскопии

В.П. Рублевский, Б.В. Рублевский, Е.В. Ильинская, О.В. Громов

Новокузнецк

Анализ многолетней работы с пациентами, страдающими нефроуретеролитиазом и заболеваниями почек воспалительного характера, привел к разработке алгоритма оперативной тактики ведения больных с мочекаменной болезнью и острым гнойным пиелонефритом (обструктивным и необструктив-



ным), который позволяет более углубленно и целенаправленно использовать ретроперитонеоскопию.

При операциях на почке по поводу мочекаменной болезни и воспалительных заболеваний обязательно следует учитывать давность заболевания, запущенность процесса и глубину поражения паренхимы. В каждом конкретном случае необходим индивидуальный подход. Предлагаемый нами алгоритм, позволяет более рационально использовать ретроперитонеоскопию при оказании хирургической помощи пациентам с нефролитиазом и воспалительными заболеваниями почек, которые занимают одно из ведущих мест в нозологии урологических заболеваний.

Ретроперитонеоскопия: 27-летний опыт

В.П. Рублевский, Б.В. Рублевский, Е.В. Ильинская, О.В. Громов

Новокузнецк

На современном этапе в оперативной урологии быстрыми темпами развиваются методы малоинвазивных оперативных вмешательств. Среди них эндоскопические, лапароскопические, люмбоскопические и ретроперитонеоскопические методы лечения урологических заболеваний.

Мы используем достаточно перспективный метод оперативного лечения, используя минидоступы с применением аппаратуры и инструментария, не требующих больших материальных затрат. Это ретроперитонеоскопия. На основании данных литературы и собственного опыта установлено, что 5–7 % операций, выполняемых в урологии, приходится на ретроперитонеоскопию.

Наша клиника имеет 27-летний опыт применения ретроперитонеоскопии. За этот период было пролечено 1353 пациента. Из них 551 женщина, 724 мужчины, 78 детей. Наблюдаемым пациентам выполнена 1391 операция, из них 78 детям. Из 1391 ретроперитонеоскопии у взрослых 1212 выполнены с лечебной целью, 179 операций носили диагностический характер.

Большая часть операций выполнена ретроперитонеоскопом, изготовленным по собственному проекту, а в 2008 году был приобретен ретроперитонеоскоп и комплект инструментов фирмы «San LTD. Company» из Екатеринбурга.

Результаты исследования. 476 операций выполнено по поводу варикозного расширения вен семенного канатика, у 74 пациентов лигированы подвздошные артерии при злокачественном поражении мочевого пузыря. Большую группу в 237 человек составили пациенты, страдающие нефролитиазом. Из них 180 уретеролитотомий на различных уровнях обтурации, 57 пиелолитотомий (внепочечный и переходный тип лоханки). Иссечение карбункулов и с декапсуляцией почки при остром гнойном пиелонефрите выполнено у 134 пациентов. Часть операций у этой группы заканчивалась нефропиелостомией и пиелостомией – 64. Уретростомия осуществлена в 44 случаях, иссечена 101 киста почки, выполнено 13 поясничных симпатэктомий, 5 нефропексий, 3 иссечения кист хвоста поджелудочной железы. У 78 детей ретроперитонеоскопия – при варикоцеле, травме почки, рубцовом сужении мочеточника, ахалазии мочеточника с пузырно-мочеточниковом рефлюксом.

Для выполнения ретроперитонеоскопии мы пользовались тремя основными доступами: межреберным, люмбодорзальным и паховым.

Показаниями к применению ретроперитонеоскопии мы считаем:

- мочекаменная болезнь (камни внепочечной и переходного типа строения лоханки, камни мочеточника любой локализации);
- гнойные заболевания почек (острый гнойный пиелонефрит);
- кистозные заболевания почек (одиночные кисты почек, поликистоз);
- врожденные аномалии развития (стриктура пиелоретрального сегмента, гидронефроз, патологически подвижная почка, периуретеральные спайки);
- злокачественные опухоли мочевого пузыря (перевязка внутренних подвздошных артерий, уретерокутанеостомия);
- варикозное расширение вен семенного канатика;
- травмы почек (диагностическая ретроперитонеоскопия с целью определения дальнейшей тактики);
- диагностические биопсии почек для верификации диагноза.

К противопоказаниям мы относим:

- общее крайне тяжелое состояние больного, когда невозможно выполнение любого оперативного вмешательства;
- гипокоагуляционный синдром;
- наличие рубцов в зоне предполагаемой ретроперитонеоскопии.

Ни один метод, который применяется для оказания хирургической помощи, не обходится без осложнений. Нами установлено, что на 1 391 операцию за период в 27 лет произошло 54 осложнения, то есть 3,2%. Летальных исходов не было. Наибольшее число осложнений приходится на гнойный нефрит (12), затем идет повреждение париетального листка брюшины (12), кровотечение из паренхимы почки после биопсии, водянка оболочек яичка, фрагментация камня в мочеточнике и ретроградная миграция камня в лоханку.

Если учесть, что пребывание в стационаре после хирургического лечения нефроуретеролитиаза традиционным способом составляет 16 койко-дней, а пациентов с острым гнойным пиелонефритом – 29,5 койко-дней, то сокращение сроков пребывания в стационаре после ретроперитонеоскопии соответственно на 2,8 и 11,2 койко-дня, приводит к значительной экономии лекарственных средств, позволяет в более короткий срок пройти реабилитационный период и быстрее вернуться к трудовой деятельности.

Учитывая простоту технического исполнения, щадящее, малотравматичное оперативное вмешательство, значительное сокращение времени операции, гарантия от образования послеоперационных грыж – далеко не все преимущества ретроперитонеоскопии перед другими видами оперативных пособий, применяемых в урологии.

Исходы и удовлетворенность пациентов с болезнью Пейрони, после графтинга с применением аутовены

В.В. Савич, И.И. Титяев, С.С. Андреев, В.В. Осадчий, К.В. Удалов,
Д.С. Касьянов, С.С. Мирошник, М.В. Скворцов, А.А. Афонин
Новосибирск

Болезнь Пейрони – заболевание, которое заключается в образовании неэластичных фиброзных бляшек в белочной оболочке кавернозных тел полового члена. В зависимости от локализации эти образования могут вызывать разнонаправленные искривления полового члена при эрекции. Хирургическое лечение болезни Пейрони является методом лечения, направленным на устранение эректильной деформации. Существуют следующие виды оперативного лечения болезни Пейрони: укорачивающие методики, рассечение бляшек и графтинг и имплантация протезов полового члена с графтингом или без.

В данной работе мы решили проанализировать исходы и удовлетворенность пациентов с болезнью Пейрони после рассечения бляшек и графтинга. Данный вид оперативного лечения используется в тех случаях, когда применение укорачивающих методик не возможно по какой-либо причине, значительной степени искривления или наличия мультифокальной деформации. Материал для графтинга мы использовали аутотрансплантат-венозная стенка. Нами были проанализированы исходы и удовлетворенность пациентов с болезнью Пейрони после графтинга с применением аутовены у 28 больных, подвергшихся этому виду оперативного лечения в период с 2007 по 2010 год. Анализ проводился методом опроса, фотографированием и исследованием на аппарате Rigi Scan. Все пациенты отмечали удовлетворительный косметический результат. Удовлетворительный функциональный результат (прямой или почти прямой член во время эрекции, нормальная чувствительность головки полового члена, достаточная эрекция и нормальный половой акт) был у 25 пациентов (89,5%). Причинами функциональной недостаточности были снижение чувствительности головки полового члена (2 пациента (7%)) и эректильная дисфункция (1 пациент (3,5%)).

Рассечение фибробластической бляшки с графтингом аутовеной в лечении болезни Пейрони – эффективный метод с хорошими косметическими и функциональными результатами.

Радикальная цистэктомия в лечении инвазивного рака мочевого пузыря

А.В. Соловьев, А.А. Осинцев, М.П. Дианов, К.К. Антонов, Т.М. Королева
Кемерово

В период 2002–2010 гг. на базе урологического отделения ГУЗ КОКБ проведено оперативное лечение 110 пациентов в возрасте от 31 до 76 лет с диагнозом «инвазивный рак мочевого пузыря». Из них 105 мужчин и 5 жен-

щин. Переходноклеточный рак диагностирован в 89,2%, плоскоклеточный – в 8,1%, аденокарцинома мочевого пузыря – в 2,7%, недифференцированный рак диагностирован в 11,8% случаев. Степень распространенности опухолевого процесса оценивалась методами ультразвуковой диагностики, рентгенологическими методами обследования, такими как экскреторная урография, мультиспиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография. Также выполнялась цистоскопия и ТУР биопсия мочевого пузыря и простатического отдела уретры.

У 65 пациентов, в связи с распространенностью опухолевого процесса либо тяжелой сопутствующей соматической патологией, не позволяющей осуществить реконструктивную операцию, методом выбора деривации мочи была избрана уретерокутанеостомия. Операция Mainz-Pouch II выполнена 4 больным, у которых диагностировано поражение проксимального отдела уретры. В 41 случае выполнялась операция по созданию ортотопического мочевого пузыря из сегмента подвздошной кишки. На этапе освоения методики илеоцистопластики 13 пациентам выполнена операция Studer, при которой резервуар располагался внутрибрюшинно. В дальнейшем были освоены методики забрюшинного расположения кишечного сегмента – Hautmann и Сантау, в соответствии с которыми прооперировано 27 и 1 пациент. По истечении 1,5–2 лет 7 пациентам, перенесшим первым этапом уретерокутанеостомию с предварительным обследованием на предмет продолженного роста и отдаленных метастазов, была выполнена илеоцистопластика. При выполнении операции предпочтение отдавалось методике Studer, которая позволяла компенсировать недостаточную длину мочеточников.

В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 9 (8,1%) больных. Наиболее частые из них – эвентерация тонкого кишечника и тонкокишечная непроходимость, развившаяся у 5 (4,5%) больных, четверем из которых была выполнена цистэктомия с одномоментной илеоцистопластикой, а одному – уретерокутанеостомия. У 2 (1,8%) больных, перенесших уретеросигмостомию по Mainz-Pouch II, послеоперационный период осложнился острым пиелонефритом. У 1 (0,9%) больного развилась стриктура неоцистоуретроанастомоза. Летальный случай зафиксирован после уретерокутанеостомии у 1 (0,9%) пациента, имевшего сопутствующую сердечно-сосудистую патологию, который скончался от острого нарушения мозгового кровообращения.

При анализе показателей качества жизни пациентов было отмечено, что после ортотопической пластики мочевого пузыря наблюдался наиболее высокий уровень качества жизни, а также быстрая социальная адаптация за счет восстановления адекватного мочеиспускания. Все трудоспособные пациенты в этой группе вернулись к труду. Группа пациентов, перенесших уретеросигмостомию по Mainz-Pouch II, показывала средние показатели качества жизни, вследствие частых обострений хронических пиелонефритов, требующих постоянной коррегирующей терапии. Наиболее низкий уровень качества жизни наблюдался у пациентов с деривацией мочи на кожу.

Таким образом, по нашим данным, ортотопическая пластика мочевого пузыря является лучшим методом отведения мочи, обеспечивающим наиболее высокий уровень качества жизни.

Эндоскопическое лечение стриктуры уретры

В.А. Соломеев, Д.В. Грядунов, Т.А. Алейникова

Барнаул

За последние 6 лет в урологическом отделении ГУЗ «Краевая клиническая больница» проведено 293 эндоскопические операции по поводу стриктур и облитераций уретры у 249 больных, возраст которых от 18 до 78 лет (средний – 54,6 года).

По этиологии: посттравматическая – 125 операций, послеоперационная – 63, воспалительная – 104, врожденная – 1.

По локализации: простатическая – 24, мембранозная – 128, бульбозная – 54, пенильная – 41, множественная (2 и более отдела) – 29.

По протяженности: короткая – 217, длинная – 76.

По патоморфозу: первичная – 208, рецидивная – 85, осложненная (свищ) – 1.

В том числе эндоскопическая реканализация уретры проведена у 26 больных. Облитерация уретры локализовалась: перепончатый отдел – у 22 пациентов, простатический – у 3, бульбозный – у 1.

Облитерация протяженностью до 2 см у 17 больных, более 2 см у 9 больных. У 3 больных оптическая реканализация уретры проведена с интраоперационным ультразвуковым контролем.

Трансуретральная резекция шейки мочевого пузыря изолированно проведена у 16 больных со стриктурой простатического отдела уретры.

У 50 больных проведены сочетанные операции: уретротомия и трансуретральная резекция простаты – 27, уретротомия и цистолитотрипсия – 9, уретротомия и ТУР шейки мочевого пузыря – 6, уретротомия и ТУР опухоли мочевого пузыря – 2, уретротомия и контактная уретеролитотрипсия – 6.

Осложнения: у одного больного недержание мочи после уретротомии и ТУР простаты, выраженная уретроррагия, потребовавшая повторного оперативного вмешательства.

Рецидивы за истекший период наблюдались у 25 больных (85 операций).

Послеоперационная стриктура у 7 больных, посттравматическая у 9 и воспалительная у 9 больных. Стриктура локализовалась: пенильный отдел у 10 пациентов, бульбозный – 3, перепончатый – 10, в простатическом отделе у 2 пациентов.

Из них протяженная и (или) множественная стриктура у 16 больных. 2 больных оперированы по поводу облитераций уретры.

Следовательно, эндоскопические операции, проводимые по поводу стриктур и облитераций уретры, имеют ряд несомненных преимуществ перед открытыми операциями:

- практически отсутствие кровопотери;
- низкий операционный койко-день, и, соответственно, меньшие затраты;
- возможность неоднократного повторения вмешательства без повышения риска для больного органа и практически не затрудняют проведения после них традиционных операций (в отличие от открытого вмешательства, которое с каждым последующим рецидивом уменьшает шансы на удачное его повторение).

При необходимости оптическая уретротомия может конвертироваться в пластическую операцию.

Многие пациенты отказываются от открытого оперативного вмешательства из-за риска развития деформации полового члена, его укорочения.

Способ отведения мочи при обширных ятрогенных повреждениях мочевого пузыря

В.А. Соломеев, И.В. Казаков, Д.В. Грядунов

Барнаул

По сравнению с другими органами мочевой пузырь чаще всего повреждается во время тазовой хирургии и чаще всего при проведении родовспомогательных и гинекологических процедур. Более того, количество подобных повреждений постепенно растет в зависимости от сложности каждой процедуры и местных условий ее проведения.

Распространенность ятрогенных повреждений мочевого пузыря весьма велика. К ятрогенным повреждениям мочевого пузыря относятся повреждения, нанесенные при ортопедическом лечении переломов тазовых костей, чреспузырном размещении аортоподвздошного обходного трансплантата, разрыв мочевого пузыря при введении внутриматочной спирали и повреждение мочевого пузыря катетером

Признаки ятрогенного повреждения мочевого пузыря во время хирургических операций: жидкость в операционном поле, видимая рваная рана мочевого пузыря, диагностические процедуры (прямая ревизия стенок мочевого пузыря, введение через катетер Фолея метиленовой сини или индигокармина, разведенного в 200–300 мл стерильного обычного солевого раствора).

Признаки повреждения мочевого пузыря, не регистрируемые во время хирургической операции: гематурия, олигурия, повышенный уровень креатинина и мочевины крови, перитонит, сепсис.

Диагностические процедуры: ретроградная цистография, компьютерная томография брюшной полости, компьютерная томографическая цистография, цистоскопия, эксплоративная лапаротомия.

В острых случаях применяются те же принципы лечения, что и при повреждениях мочевого пузыря в результате внешних травм. Повреждения во время лапароскопической операции могут быть устранены также при помощи лапароскопической техники.

Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря – стандартный вариант лечения – типичная хирургическая восстановительная операция с применением рассасывающихся швов. Только дренирование через катетер допустимо при минимальных ятрогенных повреждениях (например, резектоскопом).

Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря – в большинстве случаев единичные неосложненные повреждения можно вылечить при помощи только трансуретрального дренирования мочевого пузыря.

Стандартный подход в лечении проникающего повреждения мочевого пузыря – хирургическая ревизия и восстановительная операция (срединная «эксплоративная цистотомия»).

Если повреждение было выявлено с запозданием или есть осложнения, лечение подбирается индивидуально с учетом времени и сложности диагностики, а также состояния пациента. Возможно, понадобится многоэтапное лечение с временным применением надпузырного отведения мочи. Позднее восстановление мочевого пузыря, когда состояние пациента стабилизирова-

лось и инфекционное заболевание затухло, как правило, требует проведения трудных восстановительных процедур.

Клинический случай:

Пациентка Н. 29 октября поступила в отделение анестезиологии и реанимации ККБ из районной больницы в критическом состоянии, на искусственной вентиляции легких.

Из анамнеза: 27 октября поступила в районную больницу из женской консультации с кровавыми выделениями около 10 дней – установлен диагноз: беременность 13–14 недель, угроза прерывания беременности – состояние ухудшается.

28 октября в 11⁰⁰ вакуум-аспирация – профузное кровотечение. 13⁵⁰ – экстренная операция экстирпация матки без придатков, интраоперационная травма мочевого пузыря – выполнено ушивание. 21⁰⁰ – в раннем послеоперационном периоде повторное внутрибрюшное кровотечение – пациентка в критическом состоянии (гемоглобин – 30 г/л, АД – 40/0 мм. рт. ст.) – экстренная релапаротомия – обнаружено: несостоятельность швов культи влагалища, швов стенки мочевого пузыря. Выполнена цистостомия, гемостаз в малом тазу. 3³⁰ – продолжающееся внутрибрюшное кровотечение – экстренная повторная релапаротомия – дополнительный гемостаз в малом тазу, введение НОВОСЭВЕН. Общая кровопотеря составила около 8000 мл. Общая инфузионная терапия составила 27 000 мл (эритроцитарная масса – 5 000 мл, СЗП – 7500 мл). Больная бригадой КЦМК доставлена в отделение анестезиологии и реанимации ККБ с диагнозом: массивное маточное кровотечение. Геморрагический шок 3 степени. ДВС-синдром. Экстирпация матки без придатков. Ушивание стенки мочевого пузыря. Релапаротомия – внутреннее кровотечение, цистостомия. Релапаротомия – внутреннее кровотечение.

2 ноября больная переведена в гинекологическое отделение (по дренажам из брюшной полости 1 000 мл серозно-геморрагического отделяемого в сутки) – больной проводится консервативная терапия. 17 ноября консилиум – состояние остается тяжелым, сохраняется фебрильная температура, в левой подвздошной области пальпируется объемное образование 8 x 9 см, появляются признаки кишечной непроходимости. 18 ноября выполнена релапаротомия, тотальный энтероллиз, опорожнение гематомы, дренирование брюшной полости. Диагноз: острая спаечная тонкокишечная непроходимость. Серозно-фибринозный перитонит. 21 ноября осмотрена урологом: проведена проба Зильдовича – положительная (подтекание окрашенной жидкости из дренажей брюшной полости). Диагноз: частичная несостоятельность швов мочевого пузыря. Проведен консилиум: диагноз – несостоятельность швов мочевого пузыря, ограниченный мочевой перитонит, рекомендовано: двусторонняя нефростомия с «отключением» мочевого пузыря. 22 ноября больной выполнена двусторонняя открытая нефростомия с обтурацией мочеточников в верхней трети катетерами Фогерти (заполненные рентгенконтрастным веществом).

1 сутки после операции: нефростомы функционируют (по 800 мл), паранефральные дренажи – скудное геморрагическое отделяемое. Цистостомический дренаж (активная аспирация) – 150 мл мочи.

4 сутки: нефростомы функционируют (по 900 мл), паранефральные дренажи – удалены. Цистостомический дренаж – отделяемое отсутствует.

20 сутки: нефростомы функционируют (по 900 мл), цстостомический дренаж – отделяемое отсутствует. Катетеры Фогерти удалены.

В дальнейшем пациентке проводилось консервативное лечение. В удовлетворительном состоянии выписана, с функционирующими нефростомами. С рекомендациями госпитализации в УО ККБ через 1 месяц – решение вопроса об удалении нефростом.

Таким образом, данный метод лечения не привел к двусторонней уретерокутанеостомии и последующих реконструктивных операций. Данный метод деривации позволил эффективно «отключить» мочевой пузырь, что, в свою очередь, позволило купировать активность мочевого перитонита. Наличие рентгенконтрастного вещества в манжетах катетеров Фогерти позволило контролировать обтурацию мочеточников.

Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений после ТУР простаты

М.Ю. Солуянов, М.А. Смагин, Д.Б. Велигур
Новосибирск

По данным различных авторов, частота инфекционно-воспалительных осложнений после трансуретральной резекции простаты колеблется от 5 до 22%. В структуре осложнений ведущие позиции занимают острый эпидидимит, эпидидимоорхит, пиелонефрит. В связи с этим обоснован поиск новых методов профилактики осложнений.

В клинике НИИ Клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН предложен метод лимфотропной профилактики инфекционно-воспалительных осложнений после ТУР простаты. Метод заключается во введении антибактериального препарата в разовой дозировке (цефалоспарин II–III поколения), разведенного на местном анестетике (анекаин 0,5%), под кожу передней поверхности мошонки.

За период с 2008 по 2010 год в клинике НИИКЭЛ СО РАМН выполнено 56 трансуретральных резекций предстательной железы биполярным резектоскопом. Пациенты были разделены на 2 группы. Пациентам группы исследования (24 человека) проводилась профилактика инфекционно-воспалительных осложнений методом лимфотропного введения антибиотика. Инъекция проводилась за сутки до операции, в день операции и в течение 3 суток после операции. Пациентам группы сравнения (32 человека) проводилась стандартная антибактериальная терапия.

В группе исследования не было зарегистрировано осложнений, в группе сравнения у 2 (6.25%) пациентов возник острый эпидидимит.

Таким образом, лимфотропная антибактериальная профилактика является эффективным методом борьбы с инфекционно-воспалительными осложнениями после трансуретральной резекции предстательной железы.

Результаты лечения пролапса тазовых органов у женщин с использованием mesh-пластики: один год наблюдений

М.Ю. Солуянов, О.А. Шумков, Е.Г. Королева, М.В. Чекалина
Новосибирск

По данным иностранных авторов в мире 50% женщин старше 50 лет страдают пролапсом тазовых органов. По данным отечественных авторов патология тазового дна встречается у 15–30% российских женщин. Каждый год США проводится около 200 000 операций по поводу пролапса тазовых органов. В России общие цифры операций по поводу генитального пролапса с использованием синтетических протезов приблизительны, а общий реестр осложнений и фиксация отделенных результатов имеется лишь у нескольких референтных клиник.

В клинике НИИКЭЛ СО РАМН за период с 2009 по 2010 г. выполнено 103 операции по реконструкции тазового дна у женщин с использованием mesh-пластики. Операция Prolift total (PT) была выполнена у 65 пациенток (63%), Prolift anterior (PA) у 19 пациенток (18%), Prolift posterior (PP) у 13 пациенток (13%), система PROSIMA (P) была установлена 4 пациенткам (4%), лапароскопическая сакровагинопексия (LS) с использованием gaunemesh выполнена у 3 пациенток (2%).

Из интраоперационных осложнений были зарегистрированы следующие: перфорация мочевого пузыря у 5 пациенток (4,8%), перфорация прямой кишки у 1 пациентки (0,97%), кровотечение у 2 пациенток (1,94%). В раннем послеоперационном периоде у 6 пациенток (5,82%) имелись обширные гематомы промежности.

Отдаленные результаты оценивались через один, три, шесть месяцев и через год. Диспареуния была отмечена через один год после операции у 3 пациенток (2,9%), рецидив пролапса был отмечен через год у 8 пациенток (7,7%), дискомфорт во влагалище через месяц наблюдался у 11 пациенток (16,5%), через 3 месяца у 9 (8,7%), через 6 месяцев у 7 (6,7%), через один год у 5 (4,8%). Боль в области промежности через один месяц после операции была у 17 пациенток (16,5%), через 3 месяца у 12 (11,6%), через 6 месяцев у 8 (7,7%), через один год наблюдений у 5 пациенток (4,8%). Эрозии влагалища над сетчатым имплантом были зарегистрированы у 10 пациенток (9,7%). У одной пациентки длительно существующая эрозия, не поддающаяся консервативному и малоинвазивному оперативному лечению, потребовала полное удаление переднего сетчатого импланта.

Таким образом, отдаленные результаты хирургического лечения пролапса тазовых органов можно считать удовлетворительными, однако, необходимо дальнейшее наблюдение за пациентками.

К вопросу лечения мочекаменной болезни у беременных

Р.С. Тиллабоев, У.М. Рустамов, Ж.И. Абдуллажанов, А.Р. Юлдашев

Андижан

Беременность способствует камнеобразованию и создает благоприятные условия для быстрого роста конкрементов. Иногда беременность выявляет клинически латентно протекающую мочекаменную болезнь. Мочекаменная болезнь и ее осложнения являются тяжелым заболеванием при беременности.

В урологической клинике АГМИ с 2000 по 2010 год под нашим наблюдением с диагнозом мочекаменная болезнь и беременность находились 45 больных. Возраст от 18 до 35 лет. Из них: 30 больных были первородящими, а 15 больных повторнородящими.

Все больные в клинику поступили с приступами почечной колики, повышением температуры тела и общей слабостью.

В диагностике применяли сбор анамнеза, осмотр, пальпацию, ультразвуковое исследование, клинические и биохимические исследования крови.

С помощью ультразвукового исследования у 31 больной выявлены камни почек, а у 14 больных – камень мочеточника, у всех больных наблюдались гидронефротические трансформации почек.

У всех больных в анализе крови отмечались лейкоцитоз и ускоренное СОЭ. В анализе мочи пиурия, бактериурия и альбуминурия.

Всем больным после соответствующего обследования дренировали почку путем наложения нефростомы. После дренирования – восстановления оттока мочи из почек у всех больных нормализовалась температура тела, исчезли боли в пояснице, улучшилось общее самочувствие.

На основании наших клинических данных можно сделать вывод о том, что при сочетанном заболевании мочекаменной болезни и беременности необходимо своевременно создать отток мочи путем наложения нефростомы.

Опыт лечения лигатурных камней мочевыделительной системы

В.Я. Фарбирович, С.Я. Худяшов, М.В. Кондратьев, О.А. Устинова,

Ю.И. Журавлев, Ю.Г. Бабышкин, Р.С. Шаряфетдинова

Кемерово

Лигатурные камни (ЛК) мочевыделительной системы чаще наблюдаются у женщин в мочевом пузыре и мочеточниках, ранее перенесших различные акушерские и гинекологические операции, при которых случайно прошивались стенки мочевого пузыря или мочеточника преимущественно нерассасывающимися лигатурами. В почечной лоханке ЛК возникают после пластических операций по поводу гидронефроза. Лечение ЛК преимущественно эндоскопическое: после литотрипсии или литоэкстракции производится удаление лигатур.

В нашей клинике на лечении находились 27 пациентов с ЛК в возрасте от 17 до 57 лет, из них 24 женщины и 3 мужчины. ЛК в мочевом пузыре выявля-

ны после гистерэктомии по поводу миомы матки у 10 пациенток, а у 2 – после операции Кесарева сечения. ЛК в мочеточнике возникли у 5 женщин после операции по поводу удаления кисты яичника, а у 5 – после удаления опухоли яичника. Камни в почечной лоханке диагностированы в пиелоуретральном сегменте (ПУС) после пластических операций по поводу гидронефроза у 3 мужчин и 2 женщин.

У всех женщин ятрогенные осложнения (прошивание стенки мочевого пузыря и мочеточника) в раннем послеоперационном периоде не диагностировались. ЛК выявлялись от 4 месяцев до 7 лет после оперативного вмешательства. ЛК мочевого пузыря нередко не имеют патогномоничных симптомов и длительное время жалобы пациенток расцениваются, как проявление обострения хронического цистита. При локализации камня в мочевом пузыре лишь 5 пациенток отмечали боли над лоном и выраженные дизурические явления. При локализации камня в мочеточнике или почечной лоханке часто наблюдался сильный болевой синдром, который нередко сочетался с клиникой острого пиелонефрита.

При поступлении пациентам проводилось общеклиническое обследование, УЗИ мочевого пузыря и мочеточников, обзорная и экскреторная урография с нисходящей цистографией. Лигатурный характер камня часто подтверждался только при проведении эндоскопического метода диагностики либо непосредственно в процессе лечения.

Все больные оперированы. При локализации камня в мочевом пузыре проводилась эндоскопическая цистолитотрипсия с удалением лигатуры – 12 человек. Приводим несколько конкретных клинических случаев.

Пациентка 35 лет поступила в клинику через 7 лет после операции Кесарева сечения с диагнозом: камень мочевого пузыря. Больная длительно лечилась амбулаторно по поводу хронического цистита. При цистоскопии обнаружено 3 камня размером 5 x 2 см на лигатурах. Ей выполнена операция – эндоскопическая цистолитотрипсия с удалением лавсановой лигатуры длиной 10 см. У другой пациентки 47 лет после операции надвлагалищной ампутации матки по поводу миомы возник пузырно-влагалищный свищ. При УЗИ мочевого пузыря и экскреторной урографии с нисходящей цистографией заподозрен камень мочевого пузыря. При цистоскопии, а затем вагиноскопии выявлен ЛК в области пузырно-влагалищного свища. Камень (3 см) удален вместе с лигатурой через влагалище. У 10 больных, поступивших с диагнозом МКБ, на фоне буллезного отека слизистой мочеточника, обнаружены ЛК различной величины (от 0,5 до 1,0 см). Камни удалены, процедура завершена дренированием почки стентом. Следует отметить, что ЛК нередко были уратными, рентгеннегативными. Удаление лигатуры проводилось после курса противовоспалительной терапии.

ЛК в лоханке выявлены у 5 пациентов, ранее оперированных по поводу гидронефроза. При пиелоскопии обнаруживался отек и гиперемия слизистой в области ПУС, в лоханке конкременты на лигатурах. Всем больным выполнены эндоскопические операции: контактная литотрипсия, удаление лигатур, дренирование лоханки стент-катетером. В клинике на лечении находился пациент, оперированный 11 лет назад в возрасте 6 лет. При осмотре в лоханке

выявлено 3 ЛК до 1 см. Выполнена КЛТ с удалением лигатуры, достигнуто выздоровление.

Следовательно, лигатурные камни в мочевом пузыре и мочеточниках у женщин образуются в результате акушерских и гинекологических операций при случайном прошивании стенки органа нерассасывающимся шовным материалом. В почечной лоханке ЛК возникают после ранее выполненных пластических операций по поводу гидронефроза. Основными методами лечения таких пациентов являются эндоскопические: литотрипсия или литоэкстракция с удалением лигатуры, а по показаниям дренирование почечной лоханки стент-катетером.

Лечение пациентов с мочекаменной болезнью в клинике урологии КеМГМА

В.Я. Фарбирович, С.А. Худяшов, О.А. Устинова
Кемерово

В клинике урологии Кемеровской медицинской академии визуальная контактная литотрипсия и дистанционная литотрипсия применяются с 1995 года. За эти годы пролечено более 15 тыс. пациентов с различной локализацией конкрементов мочевыводящей системы.

При конкрементах н/з и с/з мочеточника, как и в других клиниках, мы используем контактную литотрипсию. Мы внедрили применение уретероскопии у пациентов с субренальной анурией. За период с 2001 по 2010 год в клинику урологии было доставлено 124 пациента с отсутствием мочи на протяжении от 1 до 7 суток. В 96 случаях анурия была обусловлена обструкцией мочеточника единственной почки, в 28 случаях – обструкция мочеточников с обеих сторон. У 102 пациентов причиной анурии явилась мочекаменная болезнь. У 18 больных субренальная анурия развилась в результате сдавления мочеточников извне опухолевыми процессами, а у 4 пациенток была связана с двусторонней перевязкой мочеточников при гинекологических операциях. Сразу при поступлении забирались клинические анализы крови, мочи, выполнялось УЗИ почек (для исключения гнойных поражений паренхимы и выявления степени расширения полостной системы), обзорная урография, при которой у 75 больных выявлялись рентгенконтрастные конкременты мочеточника. Весь объем обследования занимал не более 1,5–2 часов.

Мы убеждены, что даже при невозможности установления причины анурии в связи с тяжестью состояния, показано неотложное дренирование полостной системы почек. Так, в 14 случаях при наличии у пациентов выраженной гиперазотемии, лихорадки и патологии со стороны сердечно-сосудистой системы, было выполнено стентирование мочеточника с последующей коррекцией гиперазотемии и КЩС. После восстановления оттока мочи и коррекции гомеостаза больные выписывались из стационара с последующей госпитализацией для проведения уретероскопии с целью верификации диагноза и устранения причины возникновения субренальной анурии.

В остальных случаях в неотложном порядке была выполнена уретероскопия и установка мочеточникового стента на 2–3 недели с последующей кон-

сервативной терапией. При проведении уретероскопии в 100% случаев удалось установить причину анурии. Это позволило нам целенаправленно проводить терапию и профилактику подобных состояний в будущем. В случаях, когда анурия была обусловлена блокирующими конкрементами, проводилась контактная литотрипсия и удаление фрагментов.

Таким образом, мы полагаем, что при субренальной анурии необходимо выполнять уретероскопию в неотложном порядке для верификации диагноза и патогенетического лечения с обязательным дренированием полостной системы почки не менее чем 2 недели.

При локализации конкрементов в $\frac{1}{3}$ мочеточника, лоханке и чашечках применяется дистанционная литотрипсия, а также комбинированное лечение, включающее в себя контактную литотрипсию с дренированием полостной системы и применением в последующем дистанционной литотрипсии для более мелкого фрагментирования конкрементов. Комбинация различных методов литотрипсии позволяет ускорить процесс дробления конкрементов и отхождения фрагментов. Необходимым условием при этом методе лечения является соблюдение общих правил ДУВЛ, строгий учет противопоказаний (активный воспалительный процесс, нарушение функции почки), а также дренирование полостной системы почки мочеточниковым стентом до полного разрушения конкремента.

Первым этапом является превентивная контактная пиелолитотрипсия и установка стента. В послеоперационном периоде проводится контрольная урография с целью визуализации фрагментов и контроля положения стента, а также активная инфузионная, антибактериальная терапия с умеренным форсированием диуреза. В последующем при необходимости выполняется ДУВЛ, но не более 3 сеансов за одну госпитализацию.

Проанализировав две группы больных (пациентам первой выполнялось только стентирование с последующей ДЛТ, а пациентам второй – комбинированная литотрипсия), мы пришли к выводу, что во второй группе значительно раньше наступало разрушение конкремента на более мелкие фрагменты, что обеспечивало беспрепятственную элиминацию. Процент осложнений в послеоперационном периоде (выраженный болевой синдром, атаки пиелонейрита) у пациентов из обеих групп был незначителен.

Комбинированное дробление крупных конкрементов лоханки дает возможность применять низкоэнергетичные режимы ДУВЛ, что уменьшает энергетическую нагрузку и сводит к минимуму травму почки. Возможность применения низких режимов ДУВЛ после превентивной контактной пиелолитотрипсии ведет к мелкодисперсной фрагментации и свободной элиминации. Таким образом, мы полагаем, что при наличии в лоханке крупных конкрементов и отсутствии противопоказаний для дробления, целесообразно выполнять комбинированную литотрипсию, что уменьшает сроки полного выздоровления больных и сокращает время нетрудоспособности.

При диагностировании у пациента рентгеногетивного камня лоханки, учитывая способность последнего к медикаментозному литолизу, трудность оценки эффективности дистанционной литотрипсии, низкую инвазивность и повторяемость уретеропиелолитотрипсии, нами применяется методика контактной литотрипсии в качестве монотерапии. Пролечено 674 пациента

с рентгеннегативным камнем почки. У всех больных камень располагался в лоханке почки и был размером от 1 до 3 см. Проводилась уретеропиелоскопия, КЛТ с частичной экстракцией фрагментов или без последней. Во всех случаях устанавливался стент для дренирования полостной системы. В последующем проводилась инфузионная, спазмолитическая, противовоспалительная терапия в течение 2-3 дней и при отсутствии болевого синдрома и гипертермии пациенты выписывались на амбулаторное лечение. После 4-5 недель консервативной терапии, включающей в себя прием литолитиков (блемарен в сочетании с пролитом или цистонем), уросептиков (короткими курсами под контролем посева мочи) и мочегонных трав (марена красильная, эрва шерстистая, урологический сбор), пациенты приглашались на контрольный осмотр для решения вопроса об удалении стента. У 145 пациентов потребовались повторная госпитализация для проведения КЛТ по поводу резидуальных конкрементов, в 54 случаях потребовалось три сеанса контактной литотрипсии. Лишь у одной пациентки потребовалось проведение пиелолитотомии в связи с исходным снижением функциональной способности почки и невозможностью проведения литолитической терапии из-за поливалентной аллергии. Из осложнений были отмечены 54 случая обострения пиелонефрита в первые сутки после КЛТ. У всех пациентов острый воспалительный процесс был купирован консервативно.

Таким образом, уретеропиелоскопия и КЛТ с внутренним дренированием является, на наш взгляд, эффективным, малотравматичным, низкочастотным методом лечения пациентов с рентгеннегативными конкрементами лоханки.

Поздние кровотечения после перкутанных операций на почке: диагностика и лечение

И.В. Феофилов, В.И. Исаенко, Е.О. Крживоблоцкий, Ю.В. Чикинев
Новосибирск

Одним из наиболее грозных осложнений перкутанных вмешательств на почке является кровотечение, возникающее в результате повреждения паренхиматозных артериальных или венозных сосудов, которое встречается, по данным разных авторов, от 1 до 12%. Выбор метода купирования этого осложнения является актуальной проблемой эндоурологии. Если при развитии интраоперационного кровотечения разработаны такие мероприятия, как тугая интубация раневого хода, криогемостаз раневого канала, конверсия для открытой ревизии почки, вплоть до нефрэктомии, то при поздних кровотечениях, развивающихся на 5-14 сутки, когда зачастую нефростомы удалены и пациенты выписаны из стационара, эти методы не всегда могут быть применены.

При решении этой проблемы несомненный интерес представляет рентгенангиохирургия, позволяющая не только диагностировать этиологию почечного кровотечения, но и выполнить суперселективную эмболизацию кровоточащего внутривисцерального сосуда.

Проанализировано 932 перкутанных рентген-эндоскопических вмешательства: 822 перкутанных нефролитолапаксий и 110 перкутанных эндото-

мий. Возраст пациентов от 3 до 80 лет (средний возраст $48,23 \pm 13,89$), женщин – 493 (52,89%), мужчин – 439 (47,11%).

Перкутанные операции выполнялись по стандартной методике, расширенные чрескожного канала в почку на первом этапе осуществлялось телескопическими бужами Alken (43 случая), в последующем одновременно бужами Amplatz, в подавляющем большинстве случаев операция закачивалась нефростомией, используя катетер Фолея № 20–22 Ch.

Поздние кровотечения в сроки от 3 до 14 дней развились у 17 пациентов (1,82%). Двум пациентам выполнена нефрэктомия, у 4 выполнен криогемостаз никелид титановым криоапликатором по собственной методике (патент № 2318457), у 11 – брюшная аортография и селективная ангиография почки (при этом у 7 больных причиной кровотечения стало развитие артерио-венозного шунта – выполнена суперселективная эмболизация, у 4 – источника кровотечения не выявлено и им была продолжена консервативная терапия).

Нефрэктомии (в начале освоения перкутанных операций) были выполнены по поводу рецидивирующего кровотечения, нарастания анемии, неэффективности консервативной терапии и прошивания паренхимы почки. Из семи случаев суперселективной эмболизации артериовенозного шунта, успех достигнут в 5 случаях. Двум пациентам, которым подвести ангиокатетер к поврежденным сосудам не удалось, выполнен криогемостаз раневого канала, который оказался также эффективен, как и у 4 пациентов, криогемостаз у которых проводился в первые часы после развития послеоперационного кровотечения. Все 17 пациентов выписаны в удовлетворительном состоянии, при этом наиболее длительный послеоперационный койко-день был в группе больных, которым проводилась ангиография и консервативная терапия, а наиболее короткий – в группе с криогемостазом.

Таким образом: наиболее эффективным и простым методом купирования поздних кровотечений после перкутанных операций является криогемостаз никелид титановым криоапликатором. Суперселективная эмболизация также является эффективным методом гемостаза, но требует специальных навыков, несет большую лучевую нагрузку на пациента и персонал. Применение этих методик позволяет избегать открытых операций и нефрэктомий.

Лапароскопическая нефрэктомия – первые результаты

И.В. Феофилов, В.И. Исаенко, Т.Н. Моисеенко, Ю.В. Чикинев
Новосибирск

Лапароскопические операции приобретают все большее значение в урологии. Эти высокотехнологичные вмешательства, благодаря своей малотравматичности и высокой эффективности, являются хорошей альтернативой традиционным открытым операциям. С внедрением современного эндоскопического оборудования значительно возрос интерес к лапароскопической нефрэктомии (ЛНЭ).

В урологическом отделении Новосибирской областной клинической больницы выполнено 93 ЛНЭ у 82 пациентов. Три операции сочетались с резекцией мочевого пузыря, три с холецистэктомией, две с удалением кистомы яич-

ника, одна с адrenaлэктомией с противоположной стороны. Женщин было несколько больше, возраст от 15 до 77 лет (средний $57,86 \pm 11,37$). У 63 больных ЛНЭ выполнена по поводу рака почки (в том числе у 17 нефрадреналэктомиа в связи с локализацией опухоли в верхнем поясе), у 2 больных по поводу коралловидного камня, у 4 с терминальным гидронефрозом, у 3 с вторично-сморщенной почкой, у 11 с терминальной хронической почечной недостаточностью одномоментно выполнена билатеральная ЛНЭ.

Размер опухоли почки варьировал от 2 до 10 см. Почки с коралловидным камнем, терминальным гидронефрозом и вторично-сморщенные почки были нефункционирующими. Перед операцией проводилось стандартное обследование, в том числе УЗИ, урография, КТ, СКТ, МРТ, РРГ.

При операциях использовалась видеостойка, включающая в себя ЖК-монитор, инфулятор, источник света, помпу, электрохирургические аппараты «Аутоком» и «ЛигаШу», набор лапароскопических инструментов.

Операция выполнялась в положении на здоровом боку с опущенным головным и ножным концом стола, при билатеральной ЛНЭ пациент после выполнения нефрэктомии с одной стороны переворачивался на другой бок. Троякара устанавливались: центральный № 10 в 21 (22,8%) случае сразу выше пупка, в остальных – латеральное пупка со стороны поражения на 4–5 см, № 13 – в подвздошной области, в подреберье справа два № 10, слева один № 5, иногда дополнительно устанавливался троакар № 5 в мезогастрин. Первый троакар в подавляющем большинстве случаев вводился после создания через иглу Верриша пневмоперитонеума, только в пяти случаях для установки троакара использовался прикладной доступ – в подвздошной области послойно разрезом до 5 см осуществлялся доступ в брюшную полость, устанавливался троакар, рана вокруг которого ушивалась через все слои, установка остальных троакаров осуществлялась под видеоконтролем. Такой доступ исключает повреждение органов брюшной полости в случаях наличия в анамнезе больших или многократных операций на органах брюшной полости, приводящих к развитию выраженных спаек.

После вскрытия париетальной брюшины вдоль линии Тольда и выделения мочеточника, осуществляется подход к почечной ножке (мелкие сосуды, гонадная и надпочечниковые вены чаще всего коагулируются и пересекаются ЛигаШу, при необходимости накладываются клипсы). Выделение и лигирование почечной ножки является основным и наиболее важным этапом ЛНЭ. Мы использовали несколько способов: раздельное пересечение артерии инструментом ЛигаШу с предварительным наложением 1–2 клипс или без клипирования, на вену накладывался линейный сшивающе-рассекающий аппарат 35 мм; одномоментное отсечение почечных артерии и вены с помощью линейного сшивающе-рассекающего аппарата 35 мм.

После выделения всей почки, отсечения мочеточника ЛигаШу препарат помещался в пластиковый контейнер для извлечения органов. При опухолях почка выделялась в пределах фасции Герота и региональной жировой клетчаткой. После ревизии и санации забрюшинного пространства и брюшной полости троакары удалялись. Место стояния подвздошного троакара расширялось до 5 см, почка в контейнере извлекалась, рана послойно ушивалась до дренажа, если последний не был установлен через троакар.

Результаты операций оценивались по длительности, характеру интра- и послеоперационных осложнений, использованию анальгетиков, необходимости лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии, сроках реабилитации.

Продолжительность ЛНЭ составила 70–235 мин. (среднее $121,45 \pm 33,85$) – без учета симультантных операций и переворота на другой бок. Понятно, что длительность операции сокращается с приобретением необходимого опыта. Так, при сравнении средней длительности первых 10 ($174,48 \pm 24,57$ мин) и последних 10 ($98,34 \pm 26,73$ мин) оперативных вмешательств, продолжительность уменьшилась почти в 2 раза (1,77). По нашему мнению, на сокращение длительности операции также влияет надежность инструментов и оборудования и способ лигирования почечной ножки.

При ЛНЭ мы наблюдали 14 (15,05%) серьезных и незначительных осложнений. Интраоперационные кровотечения – 3 (3,22%), в двух случаях потребовавшие конверсии (повреждение полой вены – ушита и добавочной артерии – отвязана), в одном купировано лапароскопически (краевое ранение ветви селезеночной вены – клипирована). Одно (1,07%) кровотечение в раннем послеоперационном периоде, когда через 30 мин. после окончания операции и поворота пациентки на спину по дренажу одновременно выделилось до 600 мл. крови – была расширена рана, через который извлекалась почка, при ревизии неполное заваривание почечной артерии – наложено две клипсы. Средняя кровопотеря составила $118,17 \pm 257,52$ мл (от 0 до 1900 мл). Гематомы в области стояния троакаров – 2 (2,14%), не потребовавшие проведения специальных мероприятий. Подкожная эмфизема – 1 (1,07%), купировалась самостоятельно в течение суток. Перфорация диафрагмы (была прожжена при неоднократных попытках коагуляции кровоточащего сосуда) и развитие пневмоторакса во время выделения верхнего полюса правой почки – 1 (1,07%), в связи с нарастанием гиперкапнии выполнена конверсия, типичная нефрэктомия, ушивание диафрагмы с выведением плеврального дренажа на вакуум-аспирацию через контрапертуру. Длительная (больше 3 суток) лимфоррея по дренажу – 5 (5,37%), купирована самостоятельно. Нагноение послеоперационной раны – 1 (1,07%), заживление вторичным натяжением. Необходимо отметить, что большинство осложнений пришлось на первые 50 операций.

В послеоперационном периоде только у 57 (69,5%) пациентов потребовалось одно- и двухкратное применение наркотических анальгетиков, в остальных случаях достаточным было обезболивание трамаолом или кетанолом.

Несмотря на достаточно возрастную категорию пациентов, имеющих сопутствующую патологию, только пять (6,1%) пациентов в течение суток проходили лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Активизация пациентов наступала в течение суток. Послеоперационный койко-день 8,67.

Таким образом, лапароскопическая нефрэктомия при самой разной патологии почки является малотравматичной, высокоэффективной операцией.

Возможности хирургического лазера в эндоурологии

И.В. Феофилов, В.И. Исаенко, С.С. Шкуратов, С.П. Деревянко, Ю.В. Чикинев
Новосибирск

Лазеры прочно входят в хирургическую практику врачей самых разных специальностей. Несомненный интерес вызывает применение хирургического лазера и в эндоурологии.

Проанализировано 107 историй болезни пациентов, в лечении которых использовался отечественный хирургический лазер «Лазурит», сочетающий в себе лазер-скальпель и лазер-литотриптор (лазерные технологии в урологической клинике внедрены в феврале 2010 г.). Женщин – 48, мужчин – 59. Возраст от 22 до 73 лет. Лазер-скальпель использовался в 43 случаях, в 62 – лазер-литотриптор.

Структура вмешательств: трансуретральная контактная литотрипсия в мочеточнике – 28 и в лоханке – 7; перкутанная нефролитотрипсия – 23; цистолитотрипсия – 4; трансуретральная эндотомия (ЭТ) нижней трети мочеточника – 4 и лоханочно-мочеточникового сегмента – 7; перкутанная эндотомия лоханочно-мочеточникового сегмента – 8; трансуретральная резекция и абляция мочевого пузыря по поводу опухоли – 16 и уретры – 1; абляция лейкоплакии мочевого пузыря – 9. При лазерной литотрипсии (ЛЛТ) разрушение камней отмечено в 100% случаях, время разрушения уменьшилось в среднем в 1,5 раза по сравнению с ультразвуковой литотрипсией (УЛТ), отмечено также отсутствие эффекта отскока при ЛЛТ в мочеточнике, часто наблюдаемое при УЛТ. Хороший эффект отмечен при лазерной ЭТ, хотя в 4 случаях отмечен ранний рецидив (связанный скорее всего со становлением методики). При лазерной резекции и абляции опухолей мочевого пузыря по сравнению с традиционной трансуретральной электрорезекцией (ТУР) отмечены следующие преимущества: отсутствие кровотечений, легкая доступность опухоли в любом отделе мочевого пузыря, использование обычного цистоскопа. Контрольная цистоскопия через 3 и 6 месяцев выполнена у 7 пациентов – признаков рецидива не выявлено. Осложнений, связанных непосредственно с воздействием лазера, не отмечено ни в одном случае.

Следовательно: использование хирургического лазера в эндоурологии уже на первых этапах освоения показало хорошие результаты. Отечественный хирургический лазер «Лазурит» обеспечивает высокую эффективность и безопасность широкого спектра эндоурологических операций.

Индивидуальный подбор метода хирургического лечения аденомы простаты

М.А. Фирсов, А.Н. Вохмин, Н.А. Костюк,
А.В. Пучко, А.Н. Юнкер, А.В. Андрейчиков
Красноярск

Аденома предстательной железы (АПЖ) – широко распространенное заболевание мужчин старших возрастных групп. Процент мужчин с признаками АПЖ пропорционален возрасту: так если в 50 лет АПЖ встречаются у 40%, то в 80 – у 90%. Основным радикальным методом лечения ДГПЖ является удаление аденоматозных тканей. Показаниями к оперативному лечению являются осложнения АПЖ или угроза их возникновения.

При оперативном лечении АПЖ применяется ряд методов, имеющих определенный перечень показаний и противопоказаний. В современной урологии в основном применяются: 1) трансуретральная резекция (ТУР и ее модификации), 2) чреспузырная (ЧА) и 3) позадилоная аденомэктомия (ПА). Ведущие специалисты страны (Лоран О.Б., 2008, Мартов А.Г. 2008) считают, что основным фактором, влияющим на выбор трансуретрального и «открытого» метода оперативного лечения АПЖ, являются техническое и кадровое обеспечение урологического отделения.

После проведения анализа литературных данных, в урологическом отделении Красноярского КГБУЗ «Краевая клиническая больница», соответственно техническому обеспечению был разработан метод дифференцированного подхода к выбору типа оперативного вмешательства при АПЖ. Основными, определяющими моментами, помимо субъективной симптоматики (IPSS), которого являются: 1) размеры простаты, 2) тип роста аденоматозных узлов, 3) наличие сопутствующей патологии. Для каждой методики оперативного лечения был разработан балльный способ выбора варианта оперативного лечения. Та методика, которая имела в сумме наибольшее количество баллов, определялась как «операция выбора» для данного пациента (индивидуально). Каждая методика (ТУР, ЧА, ПА) оценивалась по одинаковым критериям, но с различным количеством баллов для каждого.

Таблица 1

Схема оценки показаний к ТУР простаты при ДГПЖ

Критерий	Тип оперативного вмешательства		
	ТУР	ЧА	ПА
Тяжелая сопутствующая патология	1	-1	0
Объем простаты <70 мл	2	-1	-1
Объем простаты 70-110 мл	0	1	2
Объем простаты >110 мл	-1	1	0
Преимущественно парауретральный тип роста	1	1	2
Преимущественно внутрипузырный тип роста	1	1	-1
Сочетание с цистолитиазом	1	1	-1
Цистостомический дренаж или операции на мочевом пузыре в анамнезе (фиброз cav. Retcii)	1	1	-1
Сумма баллов			

Как видно из таблицы, наибольшим числом положительных баллов обладает ТУР (т.е. показана большинству), что подтверждено данными как мировой, так и отечественной литературы – именно данный метод хирургического лечения АПЖ общепринято является «золотым стандартом». Наиболее «жестким» набором критериев отличается позадилонная аденомэктомия.

Предлагаемый дифференцированный подход, апробированный в отделении в течение 4 лет, позволил наиболее правильно и четко определить подходящее оперативное вмешательство индивидуально. Так, с 2006 по 2009 год выполнено 588 операций по поводу АПЖ: 211 (35,9%) чреспузырных, 90 (15,3%) позадилонных аденомэктомий, 287 ТУР (48,8%).

Правильность выбора способа оперативного вмешательства, очевидно, может быть оценена по количеству осложнений в послеоперационном периоде (кровотечение, осложнения воспалительного характера, инфравезикальная обструкция и пр.), отмеченных у больных, подвергнутых тому или иному способу операции. Этот же критерий применим и для оценки правильности тактики выбора. Так, из 588 операций по поводу АПЖ только 31 (5,27%) протекала с осложнениями на разных сроках послеоперационного периода (до 3 месяцев). По сведениям из литературы, послеоперационные осложнения, по данным различных клиник страны, при лечении АПЖ составляют 6–13%. Продемонстрированный выше достаточно низкий уровень послеоперационных осложнений, вероятнее всего обусловлен применяемым в отделении дифференцированным подходом к выбору типа оперативного вмешательства в лечении АПЖ. Послеоперационная смертность у больных АПЖ, обусловленная «урологическими» осложнениями (кровотечения, воспалительные осложнения), казуистически редка.

Послеоперационный период лапароскопической нефрэктомии

А.О. Хлебов, В.Г. Лобанов, О.П. Хлебов

Омск

С января 2009 по февраль 2011 года лапароскопическая нефрэктомия была выполнена у 12 пациентов с использованием аппаратуры Karl Storz: монополярных инструментов и клипатора, инсуффлятора, аквалуратора, осветителя Halogen 150 и видеомонитора, видеокамеры Richard Wolf ICCD Endocam. Средний возраст больных составил 31 год (в диапазоне от 20 до 73 лет). У десяти пациентов нефрэктомия выполнена по поводу терминального гидронефроза, у двух при явлениях нефроцирроза. Правосторонняя локализация патологического процесса была у 7 пациентов, левосторонняя – у 5. В одном случае потребовалась конверсия в связи с выраженным спаечным процессом в забрюшинном пространстве при наличии терминального гидронефроза.

Послеоперационный период характеризовался быстрым восстановлением активности пациентов. Для купирования болей требовалось небольшое количество наркотических анальгетиков – 2 мл 2% раствора промедола при нахождении пациента в палате интенсивной терапии в первые сутки после

лапароскопической нефрэктомии, а также 60 мг/сутки раствора кеторолака на 3 дня. Парез кишечника не наблюдался.

Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре составила 4,5 суток, среднее время временной нетрудоспособности – 3 недели. Следует отметить хороший косметический результат операции.

Лапароскопическая нефрэктомия характеризуется быстрым восстановлением активности пациентов, снижением количества анальгетиков в послеоперационном периоде, хорошим косметическим результатом, а также короткими сроками госпитализации.

Первый опыт лапароскопической простатэктомии

И.Ю. Чудновец, А.В. Гатилов, Н.В. Борозенец

Новосибирск

Рак предстательной железы занимает первое место среди всех онкоурологических заболеваний у мужчин старше 50 лет и стоит на втором месте по уровню смертности среди всех злокачественных опухолей в России и США.

Радикальная простатэктомия с тазовой лимфодиссекцией была выполнена 18 пациентам с раком простаты. Все больные находились под нашим наблюдением в течение 6–48 месяцев после операции. Возраст больных колебался от 52 до 72 лет (средн. – 62). Рак простаты диагностировался с помощью биопсии, выполнявшейся пациентам с повышенным ПСА, ТРУЗИ, КТ и МРТ. Уровень ПСА колебался от 7 до 21 нг/мл (средн. – 12,2 нг/мл). Распределение больных по стадиям: Т1 – 2 пациента, Т2 – 14, Т3 – 2. Операция производилась через 5 лапаропортов. С использованием ультразвуковой диссекции (аппарат «Гармоник») выполнялась двусторонняя лимфодиссекция от наружной до внутренней подвздошной артерии из запирающей ямки. Использовали нисходящую технику простатэктомии: сначала рассекался циркулярно мочевой пузырь. Затем семенные пузырьки выделялись и удалялись единым блоком с предстательной железой после электротермического лигирования (аппарат «LigaSure» или «Enseal») дорзального венозного комплекса и пересечения уретры. Уретровезикальный анастомоз накладывался отдельными швами или непрерывным викриловым швом.

Результатами лечения были удовлетворены все пациенты. Среднее время операции 3 часов 50 мин. Суммарная кровопотеря, в среднем, составила 220 мл, что не потребовало переливания препаратов крови. У всех пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. Адекватное мочеиспускание восстанавливалось сразу после удаления катетера на 7–10 сутки. Средний койко-день составил 8,2. У одного пациента развилось эпизодическое недержание мочи, не поддающееся консервативному лечению в течение 6 мес. У 12 больных явления эректильной дисфункции легко корригировались sildenafilом. 6 человек страдали до операции выраженными эректильными расстройствами и не отмечали ухудшение качества жизни в связи с этой проблемой. У 2 больных в отдаленном послеоперационном периоде развилась стриктура уретровезикального анастомоза, что потребовало оперативного ле-

чения. В послеоперационном периоде снижение ПСА ниже 0,3 нг/мл отмечено у всех пациентов. При морфологическом исследовании у одного пациента со стадией T2 до операции обнаружена T3. Один больной оперирован со стадией T3 после 12 мес. лечения антиандрогенами. Поражение лимфатических узлов отмечено в трех случаях. Биохимический рецидив развился у 5 человек в первый год наблюдения.

Таким образом, лапароскопическая простатэктомия является современным радикальным оперативным вмешательством и в случае отсутствия тяжелых конкурентных заболеваний является методом выбора в лечении больных раком предстательной железы без признаков экстракапсулярной инвазии.

Использование ультразвуковой диссекции (аппарат «Гармоник») и электротермического лигирования дорзального венозного комплекса (аппарат «LigaSure» и «Enseal») облегчает мобилизацию и уменьшает кровопотерю, предупреждает послеоперационную лимфорею.

Считаем, что непрерывный монофиламентный шов ускоряет наложение уретровезикального анастомоза и делает его более герметичным.

Чрезкожное дренирование кист почек со склеротерапией с использованием аутокрови

А.К. Шадманов, У.М. Рустамов, Р.А. Бобоев, Ж.И. Абдуллажанов

Андижан

Совершенствование оборудования, расходных материалов и методик позволяет применять рентгенохирургические малоинвазивные методы все шире, практически при любой патологии, как в виде основного метода, так и вспомогательного. Об этом свидетельствует опыт различных клиник и непосредственно наш.

Целью настоящей работы является показать возможность малоинвазивной хирургии в лечении кист почек различной локализации с использованием в качестве склерозирующего материала аутокровь.

За 2008–2010 годы мы выполнили 84 пункций кист почки со склерозированием.

У 21 больного в качестве склерозанта использовали обычный медицинский спирт 96%, у 63 больных – аутокровь. Минимальный срок наблюдения – 3 месяца, максимальный – 6 месяца. Больные были в возрасте от 14 до 60 лет. Локализация кист по наружной поверхности почек. При этом – 55 в области нижнего полюса, 12 – средний сегмент, 20 – верхнего полюса.

Пункция выполнялась по стандартной методике под местной анестезией, УЗ-наведением и рентген-контролем с контрастированием полости кисты. После полной эвакуации содержимого кисты, в полость устанавливали дренаж типа «pig tail» и через него в полость вводился склерозант – 96% спирт, через 2 часа склерозант (96% спирт) эвакуировали через катетер. Дренаж на 1-2 дня оставляли в полости кисты для контроля количества отделяемой жидкости. Во второй группе больных склерозантом служила аутокровь. После введения склерозанта дренаж не устанавливали.

Результаты:

Спирт 96%					
Количество	Гипертермия	Отделяемое > 1 дня	Гематурия	Рецидив через 6 мес.	Чувство жжения в области вмешательства
21	16	10	4	5	11

Аутокровь					
Количество	Гипертермия	Отделяемое > 1 дня	Гематурия	Рецидив через 6 мес.	Чувство жжения в области вмешательства
63	5	Нет	3	Нет	Нет

Полученные результаты позволяют сделать вывод о возможности широкого применения аутокрови в виде склерозанта в малоинвазивном лечении кист почек, как наименее агрессивного к тканям и обладающим высоким склерозирующим свойством.

К вопросу о малоинвазивных методах лечения солитарных кист почек

А.К. Шадманов, У.М. Рустамов, Р.А. Бобоев, Ж.И. Абдуллажанов

Андижан

Кистозная дегенерация почек – одна из наиболее распространенных форм поражений почечной структуры, характеризующаяся наличием одной или нескольких изолированных полостей, наполненных различного рода содержимым. Простая (солитарная) киста – одиночное образование, имеющее круглую или овальную форму. Чаще всего солитарная киста располагается на поверхности почки и может локализоваться в различных ее отделах.

Данные о частоте выявления кистозных поражений почек достаточно противоречивы и зависят от информативности используемых методов исследования и контингента обследуемых лиц. Простые кисты являются наиболее распространенной кистозной патологией, встречающейся в почках человека. Они могут быть единичными или множественными и часто увеличиваются с возрастом, встречаясь у детей, но значительно чаще (30%) у лиц старше 40 лет. Простая киста почки встречается у 3–5% взрослых больных, страдающих урологическими заболеваниями, а на вскрытии обнаруживается в 50% случаев. Существуют статистические данные о том, что кисты почек выявляются на вскрытии у 5,8 – 50% лиц старше 50 лет. Простые кисты почек могут быть с

одной или с двух сторон, как правило, имеют сферическую форму и одну полость размером 2,5 – 10,0 см. В ряде случаев встречаются атипичные простые кисты почек – геморрагические (шоколадные) и кальцинированные. Геморрагические составляют 0,4–4,5% от числа всех кист почек. Кальцинация стенки кисты наблюдается в 1–3% случаев.

За последние годы взгляды урологов на лечение кистозных поражений почек значительно изменились. Выбор методов лечения зависит от степени достоверности диагноза, характера кисты, наличия или отсутствия осложнений, сопутствующих заболеваний, возраста и состояния больного, а также от личного опыта врача.

За период 2008–2010 гг. в урологическом отделении клиники АГМИ наблюдалось 47 больных с солитарными кистами почек в возрасте от 40 до 60 лет.

Солитарные кисты почек чаще наблюдались у мужчин – 31, реже у женщин – 16. Локализовались преимущественно в левой почке 29 пациентов (61,7%).

В план обследования включались:

- анализы мочи и крови;
- УЗИ почек (измерение кисты, определение положения кисты, взаимоотношение кисты с чашечно-лоханочной системой и магистральными сосудами, определение структуры ткани, окружающей кисты, особенности кровотока);
- экскреторная урография (определение функции почки, сообщение кистозного образования с чашечно-лоханочной системой).

Пункции кист почек проведены 47 больным, и они оставались под динамическим наблюдением. Дренирование кисты выполняется по методике Сельдингера (по игле вводится металлический проводник, затем по проводнику полиэтиленовая трубка с завитком, последняя фиксируется к коже узловым швом). После активной аспирации и промывания содержимого кисты дренаж оставляется в полости кисты на 3–5 суток до полного стихания воспалительного процесса. Затем приступают к введению склерозирующих веществ. После 4-кратного введения склерозирующих веществ дренаж удаляют, предварительно заполнив полость кисты аутокровью.

В данном исследовании мы отдавали предпочтение аутокрови, т.к. она наиболее физиологична по химическому составу, легко расщепляется организмом и поэтому этот метод более безопасен. Побочных реакций не наблюдалось. У данных больных (прошедших пункционное лечение кист почек) результаты лечения были оценены в сроки от 2 мес. до года. УЗ контроль, обычно, проводился через 2 и 6 мес.

Как показали наши исследования, у 31 больного (65,9%) наблюдалось полное исчезновение кисты и ее клинических проявлений после проведенной пункции. У них отсутствовали жалобы, гематурия, воспалительные изменения, у 12 больных (25,5%) выявлено сохранение кисты на прежнем месте, но уменьшение ее в размерах, при отсутствии ее роста и клинических проявлений, а у 4 больных (8,5%) наблюдалось сохранение кисты на прежнем месте, увеличение ее размеров, при сохранении болей и других симптомов кисты.

Таким образом, в результате анализа проведенной работы можно сделать следующий вывод: перкутанный пункционный метод со склеротерапией является щадящим и не требует сложного хирургического вмешательства.

К вопросу хирургической тактики при кровотечениях и тампонаде мочевого пузыря

А.К. Шадманов, У.М. Рустамов, А.Р. Салиев, М.А. Шадманов, Д.И. Юлдашев
Андижан

Доброкачественной гиперплазией простаты (ДГП) страдают мужчины пожилого и старческого возраста. Многочисленные консервативные методы лечения не дают желаемого эффекта. Методом выбора остается радикальная аденомэктомия.

Показаниями к операции являются: острая задержка мочеиспускания, гематурия, камни мочевого пузыря рецидивирующая инфекция мочевых путей, дивертикулы мочевого пузыря, ХПН, а также случаи сомнительного эффекта от консервативной терапии при значительных размерах предстательной железы и большом количестве остаточной мочи.

Если все перечисленные показания к операции остаются дискуссионными, то в вопросе хирургической тактики при гематурии, особенно при тампонаде мочевого пузыря при ДГП, необходимость операции является очевидной.

Профилактикой уретральных травм с последующими кровотечениями из разорвавшейся капсулы, увеличенной предстательной железы является использование с этой целью тонких эластических катетеров или установление перкутанной цистостомии. Можно также использовать разовые надлобковые пункции мочевого пузыря в дооперационном периоде.

Мы наблюдали 3 больных с тампонадой мочевого пузыря и острой задержкой мочеиспускания. Всем 3 больным в разные сроки проводились попытки вывести мочу врачами по месту жительства. Основными симптомами кровотечения и тампонады мочевого пузыря у этих больных было увеличение размеров мочевого пузыря, постоянные непрекращающиеся позывы к мочеиспусканию и уретрорагия.

По УЗИ обнаруживали значительные скопления неоднородной массы в мочевом пузыре.

Всем больным произведена аденомэктомия в экстренном порядке.

Наступило выздоровление.

МЕТОДЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Альфа-адреноблокатор Тулозин (Тамсулозин) у больных мочекаменной болезнью

Ю.Г. Аляев, В.И. Руденко, А.В. Артемов, И.В. Дьяконов, А.З. Винаров
Москва

Изучено применение альфа-адреноблокаторов для сокращения времени отхождения камней мочеточника и фрагментов камней после сеанса дистанционной литотрипсии, что, в свою очередь, может уменьшить частоту развития острой обструкции верхних мочевых путей.

Цель: оценить клиническую эффективность альфа-адреноблокатора тулозина (тамсулозина) компании «EGIS», у больных мочекаменной болезнью.

Задачи:

а) оценить эффективность и сроки отхождения камней мочеточника размерами до 7 мм у пациентов, принимающих и не принимающих тулозин;

б) оценить эффективность и сроки отхождения фрагментов камней после дистанционной литотрипсии у пациентов, принимающих и не принимающих тулозин.

Клиническое исследование проведено у 57 пациентов. Все пациенты были разделены на две группы: 31 (57%) человек принимали тулозин (группа А) и 26 человек не принимали альфа-адреноблокаторов (группа Б). Средний возраст пациентов составил 42 года. Возраст больных группы А составил, в среднем, 42 года, возраст больных группы Б (контрольная группа), составил, в среднем, 47 лет. В исследовании приняло участие 37 (73%) мужчин и 20 (27%) женщин. Размеры камней в группах составили, в среднем, 0,7 см (0,2–0,78 мм). Из 57 пациентов: у 10 камень находился в почке, у 12 в верхней трети мочеточника, у 13 в средней трети, у 22 в нижней трети. В группе А у 5 пациентов камень находился в почке, у 5 в верхней трети мочеточника, у 6 в средней трети у 15 в нижней трети. Среди группы Б у 5 пациентов камень находился в почке, у 7 в верхней трети мочеточника, у 7 в средней трети, у 7 в нижней трети. Распределение больных по локализации конкремента не различалось. Сеанс дистанционной литотрипсии был проведен у 32 (59%) пациентов, у 25 (41%) дистанционная литотрипсия не проводилась. Различия между группами А и Б недостоверны ($p=0,555$).

Дистанционная ударноволновая литотрипсия выполнялась на аппарате «Siemens Modularis Uro».

Результат: в ходе исследования выявлена тенденция к снижению количества дней отхождения камней и фрагментов камней у пациентов, принимавших препарат, по сравнению с контрольной группой ($p=0,07$). У пациентов группы А среднее количество дней отхождения камней составило 5 дней, а в группе Б в среднем 13 дней. В группе А у 30 пациентов не потребовалось дренирование катетером-стентом, у одного пациента потребовалось. В группе Б 25 пациентам не потребовалось дренирование верхних мочевых путей катетером-стентом, у 1 потребовалась установка катетера-стента.

Следовательно, представленные результаты показали эффективность тулозина (тамсулозина) в качестве препарата, способствующего улучшению отхождения конкрементов мочеточника, а также фрагментов конкремента после дистанционной нефролитотрипсии и уретеролитотрипсии.

Результаты применения высоких доз препарата Солифенацин у пациентов с нейрогенной детрузорной гиперактивностью

О.И. Аполихин, А.В. Сивков, В.В. Ромих, Л.Ю. Кукушкина, А.В. Захарченко
Москва

Нейрогенные нарушения мочеиспускания (ННМ) могут быть результатом различных заболеваний и состояний, поражающих ту часть нервной системы, которая контролирует нижние мочевые пути. Возникающая таким образом дисфункция нижних мочевых путей (ДНМП) зависит в значительной степени от локализации и степени поражения нервной системы.

Данных о распространенности ННМ в общей популяции не существует, тем не менее, имеются данные о заболеваниях, которые могут привести или повышают риск возникновения ННМ. Очевидно, что подобные данные значительно отличаются ввиду низкого уровня доказательности или небольшого объема выборки.

Среди причин возникновения рассматриваемых нарушений можно выделить такие как врожденные пороки развития, травмы, опухоли, воспалительно-дегенеративные заболевания спинного мозга, также имеет место поражение проводящих путей спинного мозга, когда происходит частичное или полное разобщение спинномозговых центров и нервных сплетений мочевого пузыря.

Цель: оценить клиническую эффективность препарата солифенацина (везикара) в высоких дозах у пациентов с нейрогенной детрузорной гиперактивностью.

В исследование были включены 30 пациентов с наличием нейрогенной детрузорной гиперактивности, подтвержденной уродинамически. Возраст пациентов составил от 19 до 88 лет. Средний возраст 47 лет. В исследование вошли 9 мужчин и 21 женщина. Из исследования были исключены: 8 пациенток с наличием стрессового недержания мочи и пролапса органов малого таза, 7 пациентов с наличием инфравезикальной обструкции, обусловленной аденомой предстательной железы.

Первичное обследование включало в себя субъективные методы оценки: шкалу ГМП, визуальную аналоговую шкалу, оценку качества жизни (QoL); объективные методы оценки: дневник мочеиспусканий, урофлоуметрию дважды с определением остаточной мочи, комбинированное уродинамическое исследование.

При уродинамическом исследовании мы оценивали следующие параметры: скорость мочеиспускания, время мочеиспускания, максимальную цисто-

метрическую емкость, наличие или отсутствие детрузорной гиперактивности.

У всех пациентов во время комбинированного уродинамического исследования до лечения выявлены произвольные сокращения детрузора. Всем пациентам в качестве лечения был предложен препарат солифенацин (везикар) в дозировке 10 мг в сутки.

Клиническую эффективность мы оценивали через 4 недели, 12 недель и 24 недели от начала лечения. Оценка эффективности строилась на основании анкетирования (QoL, шкала ГМП, визуальная аналоговая шкала), 3-дневного дневника мочеиспусканий, урофлоуметрии с определением остаточной мочи, комбинированного уродинамического исследования.

Субъективно улучшение состояния отметили все пациенты. Объективно, через 24 недели лечения отмечено: по данным дневников мочеиспусканий количество микций в сутки снизилось с $16,3 \pm 5,8$ до $10,5 \pm 2,5$ раз (улучшение на 64%), urgency снизилась с $9,1 \pm 6,1$ до $2,7 \pm 1,9$ раз (улучшение на 30%), недержание мочи при позыве уменьшилось с $3,5 \pm 2,5$ до $0,9 \pm 1,2$ раз (улучшение на 26%).

Анализ опросников показал улучшение качества жизни, в среднем, с $10,7 \pm 3,2$ до $7,5 \pm 2,1$ баллов (30%), по данным шкалы ГМП значения снизились с $11,8 \pm 5,3$ до $6,5 \pm 2,9$ баллов (улучшение на 55%), по данным визуальной аналоговой шкалы с $25 \pm 17,8$ до $55,2 \pm 18,3$ мм (улучшение на 50%).

При выполнении комбинированного уродинамического исследования отмечено увеличение максимальной цистометрической емкости мочевого пузыря (МСС) с 166 ± 56 до 273 ± 68 мл, максимальная амплитуда произвольных сокращений детрузора, в среднем, снизилась с $41,5 \pm 25$ до $17,4 \pm 24,7$ см водного столба. После лечения у 24 пациентов (85%) отмечено полное исчезновение симптомов. У 4 пациентов отмечено частичное исчезновение симптоматики. У 2 пациентов (8%) эффекта от проведенного лечения не было.

Отрицательной динамики не отмечено.

За время проведенного лечения 12 пациентов отметили появление незначительной сухости во рту, у 4 пациентов была существенная сухость во рту, 1 пациент отметил нарушение работы кишечника.

Изучая качество жизни, мы отметили уменьшение тревоги и депрессий практически у всех пациентов.

Следовательно, в ходе настоящего исследования продемонстрирована эффективность препарата солифенацин (везикар). С помощью стандартизированных опросников подтверждено выраженное симптоматическое действие препарата. На фоне лечения выраженность симптомов постепенно уменьшалась. В меньшей степени отреагировали на терапию пациенты с тяжелыми травмами позвоночника.

В заключение необходимо подчеркнуть, что эффективность любого лекарственного средства во многом определяется правильностью выбора пациентов. Успешные результаты, полученные в настоящем исследовании, относятся именно к пациентам с наличием нейрогенной детрузорной гиперактивности. Стандартизированное обследование позволяет дифференцировать различные варианты нарушений функции тазовых органов и прибегнуть к наиболее эффективной терапии, основанной на понимании этиологии и патогенеза заболевания.

Особенности статинотерапии у лиц пожилого и старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью и хронической болезнью почек

И.А. Бережнова, Л.Н. Алипова, Т.Ю. Маркова, Л.Н. Юсова, Г.В. Коршунов
Саратов

Сохраняется актуальность выявления эффективности терапии статинами сердечно-сосудистых заболеваний при наличии хронической почечной патологии. Многие вопросы предстоит решить, среди них, всегда ли при хроническом заболевании почек (ХЗП) следует снижать уровень липидов, способны ли препараты этой группы замедлять прогрессирование хронической почечной недостаточности (ХПН, ХБП), насколько безопасна терапия статинами при патологии почек.

Цель: изучить содержание цитокинов и аутоантител (АуАт) у геронтологических больных с ХСН, ХПБ заболеваниями мочевыводящей системы (ЗМВС), принимающих статины.

Методы: обследовано 235 человека с ХСН (ИБС, НКПА), ХБП (с умеренным снижением СКФ) и ЗМВС в возрасте 60–90 лет и 96 человек с ХСН (ИБС, НКПА) без ЗМВС (группа сравнения) в динамике, до приема и через 3–6 месяцев терапии аторвастатином и розувастатином. Сформировано 3 группы: 1 – больные с пиелонефритом (ПН); 2 группа – с мочекаменной болезнью (МКБ); 3 группа – с сахарным диабетом II типа (СД) и др. ЗМВС. Содержание цитокинов (И1, 2, 4, 6; IFN α , γ ; TNF α) определяли методом ИФА тест-системами «Протеиновый контур» (ГосНИИ ОЧБ, СПб). Содержание АуАт определяли наборами «ЭЛИ-Нефро-Тест» и «ЭЛИ-АИМ-Тест» («Иммункулус») методом ИФА. Исследовались антитела (Ат) к ДНК (А-ДНК), к β 2-гликопротеину (А-ГП), антиидиотипические Ат к β 2-гликопротеину (А-А-ГП), ревматоидный фактор (А-Fc), Ат к коллагену (А-К), к белку-регулятору дифференцировки и миграции незрелых нейробластов S100 (А-S), к мембранному белку нервных клеток (МБк) из семейства адгезинов MP-65 (А-MP) и миозину (А-M); МБк почек KiM-05-300 и KiM-05-40, цитозольному белку клеток (ЦБк) почек KiS-07-120, МБк тромбоцитов TrM-008-10, TrM-015-12, TrM-001-15 и фракции кислых белков цитоплазмы нейтрофилов (АНСА).

Содержание И1 β , И6, TNF α до приема статинов было повышенным во всех исследуемых группах. Содержание И1 β максимальным было в группе с СД II типа (229,9 \pm 12,6 пг/мл). Содержание И1 β у пациентов с МКБ и ПН было соответственно 156,75 \pm 14,5 пг/мл и 141,45 \pm 11,6 пг/мл. Содержание И6 максимальным было в группах с МКБ (373,65 \pm 23,6), а также СД (289,55 \pm 12,6). У пациентов с ПН содержание И6 было 185,25 \pm 12,7 пг/мл. Содержание TNF α максимальным было в группах с МКБ (353,3 \pm 18,7 пг/мл), а также СД II типа (278,6 \pm 12,7 пг/мл). У пациентов с ПН содержание TNF α было 194,25 \pm 11,9 пг/мл. Содержание IFN γ было повышенным в группе с СД II типа (281,6 \pm 17,4 пг/мл). Выявлена прямая корреляционная зависимость между содержанием И1 β и IFN γ ($r=0,96$); И 4 и И

6 ($r=0,92$), $IFN\alpha$ ($r=1,0$) и $TNF\alpha$ ($r=0,78$); II 6 и $TNF\alpha$ ($r=0,96$) и $IFN\alpha$ ($r=0,91$). Наивысшей частота встречаемости повышенных значений содержания $AuAt$ до приема статинов (А-ДНК, А-ГП, А-А-ГП, А-Фс, А-К, А-S, А-МР и А-М) была в группе с СД II типа. Содержание А-ДНК, А-ГП, А-А-ГП, А-Фс, А-К, А-S в группе с ПН (до приема статинов) было достоверно повышено по сравнению с группой сравнения, что связано с воспалительным процессом в почках; содержание А-МР и А-М имели отрицательные значения в пределах нормальных величин, что могло быть связано с их исследованием у лиц старшей возрастной группы. Выявлен дисбаланс в содержании А-ДНК, А-ГП, А-А-ГП, А-Фс, А-К, А-S, А-МР и А-М в группе с МКБ, что может свидетельствовать о выраженном метаболическом нарушении у лиц старшей возрастной группы. Наивысшей частота встречаемости содержания $AuAt$ $KiM-05-300$, $KiM-05-40$, $KiS-07-120$, k $TrM-008-10$, $TrM-015-12$, $TrM-001-15$ и ANCA также было в группах больных с СД II типа. В группе с ПН содержание $KiM-05-300$, $KiM-05-40$, k $TrM-008-10$, $TrM-015-12$, $TrM-001-15$ изменялось незначительно относительно группы сравнения, за исключением $KiS-07-120$, что свидетельствовало о наличии функциональных изменений в ткани почек при ПН и ANCA, что могло быть связано с воспалительным процессом в почках. В группе больных с МКБ содержание $KiM-05-300$, $KiM-05-40$ было в пределах нормальных значений, а $KiS-07-120$ – незначительно повышено, что также свидетельствовало о функциональных нарушениях в ткани почек; $TrM-008-10$, $TrM-015-12$, $TrM-001-15$ имели отрицательные величины, в отличие от аналогичных при ПН, но не выходили за пределы нормальных значений. Содержание ANCA были также повышенными в группах с МКБ и с ПН, что может быть связано как с воспалительным характером в соответствующих сосудах, так и с возрастными изменениями у данных групп больных.

В результате приема аторвастатина и розувастатина достоверно уменьшилось содержание провоспалительных цитокинов в группах больных с СД II типа и МКБ, и практически не изменилось у пациентов с ПН. Изменение в содержании провоспалительных цитокинов при приеме аторвастатина и розувастатина в группах геронтологических больных с ЗМВС и без них не имело достоверных различий. Среди цитокинов наиболее выраженными изменениями были содержание $TNF\alpha$ и II 6. Уменьшилась частота обнаружения повышенных значений $AuAt$ в группе больных с СД II типа и МКБ (А-ДНК, А-ГП, А-А-ГП, А-Фс, А-К, А-S, А-МР и А-М; а также $KiM-05-300$, $KiM-05-40$, $KiS-07-120$, k $TrM-008-10$, $TrM-015-12$, $TrM-001-15$ и ANCA). В то время как содержание $AuAt$ у пациентов с ПН не имело достоверных отличий как до, так и при приеме аторвастатина и розувастатина.

В группах геронтологических больных с ХСН и СД II типа, а также МКБ применение как аторвастатина, так и розувастатина приводит к достоверному уменьшению содержания провоспалительных цитокинов и частоты встречаемости повышенного содержания групп $AuAt$; а при ПН явной динамики содержания как цитокинов, так и $AuAt$ при приеме и аторвастатина и розувастатина выявлено не было.

Изучение химиопрофилактической активности селена на комбинированной модели канцерогенеза предстательной железы

В.Г. Беспалов, Я.Г. Муразов, А.В. Панченко, О.Ф. Чепик
Санкт-Петербург

Химиопрофилактика рака предстательной железы (РПЖ) – одно из перспективных направлений борьбы с данным социально значимым заболеванием.

Целью работы явилось изучить влияние селена (в виде селенита натрия) на развитие предрака (простатическая интраэпителиальная неоплазия, ПИН) и РПЖ на комбинированной модели канцерогенеза предстательной железы у крыс.

Для моделирования канцерогенеза простаты использовали разработанную нами двухстадийную модель, основанную на андрогенной стимуляции пролиферации эпителия простаты и использовании канцерогена N-метил-N-нитрозомочевины (МНМ). Эксперимент был проведен на 68 половозрелых крысах-самцах Вистар. Животным под наркозом была выполнена двусторонняя орхидэктомия. Через 21 день после операции внутрибрюшинно им был введен пролонгированный препарат тестостерона (смесь эфиров) исходя из дозы самого «короткоживущего» эфира (тестостерона пропионата) – 100 мг/кг с целью стимуляции пролиферации простатического эпителия. Через 3 дня после инъекции препарата тестостерона крысам был введен однократно внутривенно канцероген МНМ в дозе 50 мг/кг массы тела. Через 7 дней после инъекции канцерогена проведена рандомизация животных. В опытной группе (n=30) животные ежедневно получали селен (селенит натрия) с питьевой водой в концентрации 4 мг/л. Контрольная группа животных (n=38) получала дальнейшее введение только препарата тестостерона. После рандомизации животным опытной группы и группы негативного контроля начато введение пролонгированного препарата тестостерона внутрибрюшинно в дозе исходя из расчета 2 мг/кг тестостерона пропионата (ранняя промоция). Смесь эфиров тестостерона вводилась в течение 60 дней с промежутками между введениями 3 дня. После этого препарат тестостерона вводился внутрибрюшинно в той же дозе 1 раз в неделю до конца эксперимента (поздняя длительная промоция). По окончании эксперимента, а также у забитых в терминальном состоянии и павших до этого животных, проводилось индивидуализированное взвешивание и полная аутопсия каждой крысы. Предстательная железа у животных забиралась и взвешивалась в виде комплекса дорсальной, латеральных и вентральных долей простаты. Отдельно забирались семенные пузырьки с передней простатой. Длительность эксперимента составила 13 месяцев. Отделы простаты подвергали стандартной гистологической обработке, проводили серийные срезы парафиновых блоков с тканями простаты с шагом микронома 500 мкм, окраску гематоксилином/эозином. Анализ препаратов на предмет выявления ПИН и РПЖ проводили при световой микроскопии два независимых патолога.

Число эффективных животных в группе контроля составило 34, в группе

селена – 29. Селен проявил слабое и противоречивое антиканцерогенное действие на возникновение и развитие РПЖ. Селен недостоверно уменьшал общую частоту РПЖ, частоту метастатического РПЖ, частоту РПЖ в дорсолатеральном отделе простаты, частоту РПЖ в переднем отделе простаты. В контрольной группе было выявлено 22 (64,7%) случая РПЖ, в группе селена – 14 (48,3%). Число крыс с метастатическим РПЖ в контроле составило 11 (32,4%), в группе селена – 6 (20,7%). Число крыс с РПЖ в дорсолатеральном отделе простаты, который онтогенетически наиболее близок к предстательной железе человека, в контрольной группе и группе селена составило 20 (58,8%) и 13 (44,8%), соответственно. В переднем отделе простаты у животных контрольной группы было выявлено 10 (29,4%) случаев РПЖ, у животных из группы селена – 3 (10,3%). По сравнению с группой контроля, селен достоверно уменьшал только множественность РПЖ на крысу из группы и множественность РПЖ на крысу-опухоленосителя РПЖ. Если в контрольной группе множественность РПЖ на крысу из группы и крысу-опухоленосителя составили $1,12 \pm 0,18$ и $1,73 \pm 0,18$, то в группе селена эти показатели были равны $0,62 \pm 0,14$ и $1,29 \pm 0,13$, соответственно. Что касается предраковых изменений, то селен проявил лишь недостоверную тенденцию к торможению развития ПИН. По сравнению с группой контроля, селен недостоверно уменьшал общую частоту, множественность ПИН на крысу из группы, а также частоту ПИН в дорсолатеральном отделе простаты. В контрольной группе животных ПИН была выявлена у 26 (76,5%) крыс, а в группе селена – у 17 (58,6%). Среднее число отделов предстательной железы с ПИН на крысу из группы контроля составило $1,53 \pm 0,19$, из группы селена – $1,28 \pm 0,23$. Частота ПИН в дорсолатеральном отделе простаты у крыс из контрольной группы и группы селена составила соответственно 24 (70,6%) и 15 (51,7%). В нашем исследовании содержание селена составляло около 400 мкг/кг корма, что соответствует адекватному суточному потреблению селена для крыс. Вероятно, в условиях дефицита селена, его антиканцерогенные эффекты могли бы быть значительно более выраженными. Одно из объяснений неудачи исследования SELECT заключается в том, что включенные в исследование мужчины изначально имели высокий уровень селена в крови.

Таким образом, селенит натрия в доклиническом исследовании на комбинированной модели канцерогенеза предстательной железы у животных проявил слабое и неоднозначное антиканцерогенное действие в отношении предопухолевых и опухолевых изменений предстательной железы. По сравнению с контрольной группой, селен достоверно уменьшал только множественность РПЖ на крысу из группы на 44,6% и множественность РПЖ на крысу-опухоленосителя РПЖ – на 25,4%. Селен недостоверно уменьшал общую частоту РПЖ на 16,4%, частоту метастатического РПЖ – на 11,7%. В отношении предраковых изменений селен проявил лишь недостоверную тенденцию к торможению развития ПИН. Селен способен тормозить канцерогенез простаты, но необходимо определить обоснованные показания применения селена для химиопрофилактики РПЖ. Прежде всего, следует учитывать потребление селена с пищей. Положительные эффекты селена как средства химиопрофилактики РПЖ будут проявляться, вероятно, только в условиях дефицита селена в питании.

Предупреждение рецидивов мочекаменной болезни после оперативного лечения у больных декретированных групп населения

А.А. Волков, И.М. Спицын
Ростов-на-Дону

Несмотря на успехи малоинвазивного хирургического лечения МКБ, сохраняется высокий риск рецидива этого заболевания, так как удаление камня не избавляет от болезни (Яненко Э.К. и соавт., 2010)

Цель исследования: изучить результаты комбинированного лечения (хирургическое + консервативное) у пациентов декретированной группы населения (работники ОАО «РЖД»), связанные с безопасностью движения поездов), проводимого для полной санации почек от конкрементов. Объектом исследования явились 47 пациентов декретированной группы с камнями почек, пролеченных в урологическом отделении ДКБ на ст. Ростов – Гл. ОАО «РЖД» по поводу небольших камней почек. С целью лечения камней почек использовались дистанционная литотрипсия (ДЛТ), контактная лазерная или пневматическая литотрипсия (КЛТ), фиброоптическая контактная нефролитотрипсия (ФКНЛТ), перкутанная нефролитотрипсия (ПКНЛТ), а также сочетание этих методов. Всем больным проводилась консервативная терапия в послеоперационном периоде. Полная санация почек от камней была достигнута сразу после операции у 35 пациентов (75%) – камни почек не были выявлены по данным УЗИ и обзорных урограмм. У остальных 12 (25%) пациентов, на фоне проведения консервативной терапии (курсы антибактериальной терапии по результатам бактериологического исследования мочи, цитратные смеси, канефрон, пролит, диета согласно химическому составу камня, употребление большого количества жидкости), полная санация почек от конкрементов наступила через 1–3 мес. Срок наблюдения над пациентами составил 12 мес. Рецидив камнеобразования при контрольном обследовании отмечен у 5 (10,6%) человек. Этим больным выполнена ДЛТ конкрементов.

Таким образом, после проведения хирургического лечения МКБ показана длительная консервативная литокинетическая терапия, которая приводит к отсутствию рецидивов в 90% случаев.

Результаты длительного наблюдения за больными раком предстательной железы на фоне гормонального лечения

Р.Д. Галимов, С.А. Ракул
Краснознаменск, Санкт-Петербург

Актуальность рака предстательной железы (РПЖ) является общеизвестной. Радикальное лечение применяется, в основном, при локализованных формах рака и в исключительных случаях при местно распространенной форме заболевания. В остальных случаях первичным методом лечения является

антиандрогенное лечение. В настоящее время данный вид лечения больных раком простаты в России является одним из основных.

Целью работы явилась оценка результатов антиандрогенного хирургического лечения больных раком предстательной железы.

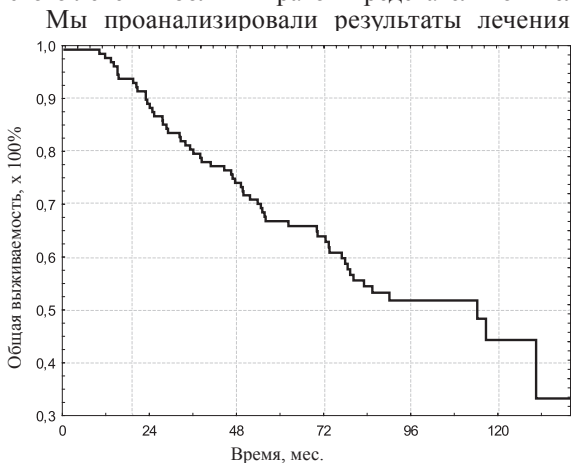


Рис. 1

Общая выживаемость больных РПЖ после хирургического антиандрогенного лечения

Мы проанализировали результаты лечения 135 мужчин различными формами РПЖ, проходивших лечение в клинике урологии с 1998 по 2009 г. Средний возраст пациентов составил 73 (53–87) лет. Основным методом гормонального лечения являлась двухсторонняя субкапсулярная орхиэктомия (энуклеация паренхимы яичек). Хирургическая кастрация в сочетании с приемом антиандрогенов была применена у 22 (16,3%) больных. Длительность наблюдения за пациентами составила 71,9 [46,9; 100,5] мес. У 68 (50,37%) мужчин диагностирован локализованный, у 50 (37,04%) – местно распространенный и у 17 (12,59%) метастатический РПЖ. Уровень простатического специфического антигена крови при первичном выявлении заболевания составил для локализованного рака 8,99 [6,38; 17,2], для местно распространенного – 25,5 [10,6; 42,1] и для метастатического – 38,0 [30,0; 55,0] нг/мл.

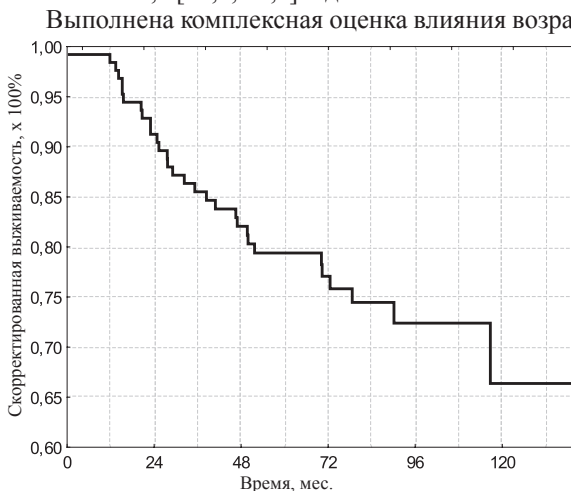


Рис. 2

Скорректированная выживаемость больных РПЖ после хирургического антиандрогенного лечения

Выполнена комплексная оценка влияния возраста, стадии, вида сопутствующей патологии, вида лечения, уровня ПСА, характера отдаленных метастазов, морфологических характеристик опухоли на исходы. За время наблюдения умерло 67 (49,63%) мужчин, из них 31 (46,27%) – от рака предстательной железы. Общая 5- и 10-летняя выживаемость больных после субкапсулярной орхиэктомии составила 66,75% и 33,21%, скорректированная – 79,4% и 66,37%, соответственно (рис. 1, 2).

Уровень простатического специфического антигена крови при первичном выявлении заболевания составил для локализованного рака 8,99 [6,38; 17,2], для местно распространенного – 25,5 [10,6; 42,1] и для метастатического – 38,0 [30,0; 55,0] нг/мл.

За время наблюдения умерло 67 (49,63%) мужчин, из них 31 (46,27%) – от рака предстательной железы. Общая 5- и 10-летняя выживаемость больных после субкапсулярной орхиэктомии составила 66,75% и 33,21%, скорректированная – 79,4% и 66,37%, соответственно (рис. 1, 2).

Летальный исход, причиной которого является рак простаты, имеет наиболее тесную связь с возрастом пациента и патоморфологическими признаками (степень дифференцировки опухоли и ее распространенность) ($p \leq 0,05$).

Таким образом, на основании комплексной оценки клинических и патоморфологических факторов до начала гормонального лечения следует выделять группу больных, у которых, вероятно, РПЖ в дальнейшем будет являться причиной их смерти. Оценка исходных факторов позволяет достоверно прогнозировать развитие РПЖ в условиях андрогенной блокады, определять режим динамического наблюдения и своевременно корректировать терапию.

Применение препарата Леволет®Р в комплексной терапии хронического бактериального простатита

А.В. Давыдов
Барнаул

Одним из наиболее часто встречающихся воспалительных заболеваний половой системы остается хронический простатит. Большинство урологов считает, что хроническим простатитом страдают 30–40% мужчин, в наиболее трудоспособном и продуктивном возрасте – 20–45 лет. Имеется широкий выбор методов и средств лечения хронического простатита, однако в ряде случаев стойкого лечебного эффекта добиться не удается, а в ряде случаев лечение бывает неэффективным. Зачастую это связано с отсутствием подбора оптимальной противовоспалительной терапии, которая недостаточно воздействует на патогенную микрофлору, вызывающую воспалительный процесс.

В настоящее время в практическое здравоохранение внедрены высокоактивные антимикробные препараты из группы фторхинолонов, которые нашли широкое применение в лечении инфекций мочевыводящих путей. В конце 1980-х годов в Японии разработан препарат левофлоксацин, относящийся к группе фторхинолонов, а под торговой маркой леволет®Р он выпускается по лицензии с 2009 г. «Dr. Reddy's Laboratories LTD». Его особенностью является широкий спектр антибактериальной активности, высокая биодоступность (99%), относительно быстрое достижение максимальной концентрации в плазме (пик концентрации 1–2 часа), хорошо всасывается, достигая максимальных концентраций в плазме крови и тканях организма.

Целью работы явилась оценка результатов применения препарата леволет®Р в комплексной терапии больных хроническим бактериальным простатитом.

В исследовании участвовало 23 больных в возрасте от 21 до 49 лет с установленным диагнозом хронического бактериального простатита.

Диагностика хронического простатита, оценка тяжести заболевания, динамический контроль и оценка эффективности терапии препаратом леволет®Р проводилась по клиническим данным с использованием шкалы системы суммарной оценки симптомов при хроническом простатите (СОС-ХП), шкалы количественной оценки мужской копулятивной функции (МКФ), пальцевого ректального исследования, трансректального ультразвукового сканирования предстательной железы (ТРУЗИ), изменения секрета предстательной железы с обязательным посевом на флору и чувствительности к антибактериальным препаратам.

Всем больным в комплексной терапии назначался препарат леволет®Р по 500 мг в сутки в течение 10 дней.

В ходе лечения у наблюдаемых пациентов отмечалось уменьшение болевого синдрома и дизурических явлений. При анализе анкет СОС-ХП обращало внимание статистически значимое уменьшение индекса симптоматики хронического простатита с $17 \pm 3,9$ до $8 \pm 2,76$ и клинического индекса хронического простатита с $26 \pm 4,5$ до $14 \pm 3,8$, а суммарный индекс по шкале МКФ повысился с $18 \pm 3,1$ до $14 \pm 29 \pm 5,2$.

При выполнении пальцевого ректального исследования предстательной железы после лечения отмечалось уменьшение плотности, напряженности и болезненности предстательной железы. При ТРУЗИ предстательной железы регистрировалось уменьшение ее объема с $28,13 \pm 1,17$ до $19,7 \pm 1,42$ см³.

При исследовании нативного простатического секрета количество лейкоцитов снизилось с $24,8 \pm 1,69$ до $3,17 \pm 1,42$ ($P < 0,05$) в п/зр. При микробиологическом исследовании секрета простаты до лечения выявлена следующая микрофлора: кишечная палочка у 17 (73,9%) больных, клебсиелла – у 4 (17,4%), синегнойная палочка – у 2 (8,7%) пациентов. При контрольном микробиологическом исследовании секрета предстательной железы в 100% случаев роста микрофлоры не было зарегистрировано.

Во время приема препарата леволет®Р общих и местных побочных реакций не отмечалось. Переносимость препарата хорошая.

Таким образом, оценивая вышеуказанные результаты клинического обследования с использованием шкал системы суммарной оценки симптомов при хроническом простатите, шкалы количественной оценки МКФ, пальцевого ректального исследования, ТРУЗИ предстательной железы, микробиологического исследования секрета простаты, можно утверждать, что применение препарата леволет®Р в комплексной терапии хронического простатита высокоэффективно, препарат хорошо переносится больными и может широко использоваться в лечении пациентов с данной урологической патологией.

Использование препарата Омник Окас в лечении больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы

А.В. Давыдов
Барнаул

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является распространенным заболеванием среди пожилых мужчин, поражая не менее 65% лиц старше 55 лет и значительно ухудшая качество их жизни. Методом выбора у пациентов с умеренно выраженными симптомами расстройств мочеиспускания, а также у тех, кому оперативное лечение противопоказано или представляет высокую степень риска в связи с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, является медикаментозная терапия, которая базируется на результатах новейших исследований патогенеза заболевания и механизмах действия лекарственных препаратов.

В последние годы для лечения ДГПЖ все шире применяется консервативная терапия. Ее проводят как на начальных стадиях заболевания, так и в качестве поддерживающей терапии после оперативного вмешательства. Для медикаментозного лечения больных ДГПЖ применяют ингибиторы 5- α -редуктазы, блокаторы α -1-адренергических рецепторов, полиеновые антибиотики, антиандрогены, препараты растительного и биологического происхождения.

Целью нашего исследования явилось оценить лечебный эффект препарата Омник Окас в лечении больных ДГПЖ.

В исследование были включены 17 мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы I–II стадии в возрасте от 51 до 67 лет (средний возраст $59,0 \pm 2,35$ лет). Обследование соответствовало общепринятым стандартам, его проводили до начала и завершения курса лечения (3 месяца), включая жалобы и анамнез заболевания, проводилась суммарная оценка симптомов по шкале IPSS, качества жизни по шкале QOL, уровень ПСА крови, трансректальное УЗИ простаты, развернутая урофлоуметрия.

Омник Окас назначали по 1 капсуле (400 мг) 1 раз в сутки в течение 3 месяцев. Непрерывно в качестве монотерапии.

До лечения больные отмечали учащенное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, слабую струю мочи, ноктурию. Средний балл по шкале IPSS составил $17,67 \pm 1,45$. Индекс качества жизни (QOL) составлял в среднем $3,40 \pm 0,28$. Уровень ПСА крови был в пределах нормы. При ТРУЗИ предстательной железы отмечалось увеличение ее объема в среднем до $34,17 \pm 1,42$ см³. По урофлоуметрии зарегистрировано снижение максимальной скорости мочеиспускания (Q max) в среднем до $8,32 \pm 1,69$ мл/сек.

После проведенного лечения у 14 (82,4%) больных средний балл симптоматики заболевания по Международной шкале IPSS снизился с $17,67 \pm 1,45$ до $11,8 \pm 0,73$ ($P < 0,05$). Среднее значение показателя качества жизни снизилось с $3,40 \pm 0,28$ до $2,9 \pm 0,5$ баллов ($P < 0,05$).

По данным урофлоуметрии зарегистрировано увеличение максимальной скорости мочеиспускания до $14,29 \pm 0,98$ мл/с. По данным ТРУЗИ простаты

статистически значимого изменения объема предстательной железы не было зарегистрировано.

На фоне лечения 16 (94,1%) пациентов отметили снижение числа ночных мочеиспусканий до 1 раза и увеличение количества часов непрерывного сна.

Таким образом, как показали наши исследования, препарат Омник Окас является эффективным средством лечения больных с ДГПЖ и может быть рекомендован в широкой практике для консервативной терапии пациентов с данной патологией.

Дексалгин в урологической практике

В.И. Исаенко, О.Н. Боденко

Новосибирск

Нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак, вольтарен, кетонов, кетопрофен и др.) широко применяются в урологической практике для купирования болевого синдрома в послеоперационном периоде, при резко выраженной дизурии, явлениях почечной колики, вызванной мочекаменной болезнью.

В последние годы на фармацевтическом рынке появилось новое нестероидное противовоспалительное средство дексалгин-дексетопрофен трометамол (Dexalgin 25. Berlin-Chemie AG. Menarino Group).

Дексалгин – диксетопрофен трометамол имеет время полувыведения от 1 до 3 часов и при применении его в таблетках быстро всасывается в желудочно-кишечном тракте. Считается, что максимальная концентрация препарата в плазме наступает за более короткое время, чем у других обезболивающих препаратов. Дексалгин, ингибируя фермент циклооксигеназу, оказывает влияние на процессы катализа различных типов простагландинов и тромбоксанов. Длительность анальгетического эффекта дексалгина составляет от 4 до 6 часов.

По литературным данным дексалгин характеризуется хорошей переносимостью, может быть альтернативой трамадолу и эквивалентен центральнодействующим слабым опиоидам с равной или лучшей переносимостью.

Дексалгин выпускается в таблетированном виде и в растворе для внутривенного и внутримышечного введения в ампулах по 2 мл.

При парентеральном введении дексалгина уменьшается время (до 30 мин) наступления анальгезирующего эффекта за счет укорачивания времени достижения им высокой концентрации в плазме крови.

Для дексалгина характерны побочные явления, наблюдающиеся при всех противовоспалительных нестероидных препаратах.

Нами проведены исследования по выяснению эффективности, безопасности применения раствора дексалгина при внутримышечном его введении. Дексалгин вводился внутримышечно по 2 мл при явлениях почечной колики, болевого синдрома после проведения дистанционной и контактной литотрипсии, для купирования болей в ближайшем послеоперационном периоде после выполнения некоторых «открытых» оперативных вмешательств.

В исследованиях проведен анализ времени наступления, после введения дексалгина, обезболивающего эффекта, степень и длительность его выра-

женности, влияние дексалгина на функцию почек, печени, общее состояние больных с выяснением основных побочных эффектов.

Наблюдалось 52 больных в возрасте до 65 лет, среди которых было 20 женщин и 32 мужчин.

У 11 больных дексалгин применен при явлениях почечной колики, у 23 после выполнения дистанционной, контактной литотрипсии и нефролитотаксии при наличии болевого синдрома, у 18 больных после оперативных вмешательств по поводу доброкачественной гиперплазии и рака предстательной железы, опухолей мочевого пузыря и почек, кисты почки, уретерогидронефроза, камня мочеточника, варикоцеле, фимоза.

Значительное уменьшение болей после дексалгина наблюдалось у большинства больных с почечной коликой (9 больных; 81,8%) в период от 15 до 20 мин.

Анальгетическое действие дексалгина у большинства больных (9; 81,8%) продолжалось более 4 часов после его введения.

23 больным после различных видов литотрипсии дексалгин применялся не только с анальгетической целью, но и для оценки возможного его влияния на восстановление пассажа мочи из верхних мочевых путей с отхождением фрагментов разрушенных камней без проявлений почечной колики.

Послеоперационные боли у всех больных купировались в течение 15–40 минут после введения дексалгина. При внутримышечном введении дексалгина чаще – 3–4 раза в течение 24 часов, у этой категории больных не наблюдались резкие боли при отхождении фрагментов дезинтегрированного камня с током мочи.

При назначении дексалгина в ближайшем послеоперационном периоде после открытых хирургических вмешательств наблюдалось постепенное снижение болей в месте операции с возвращением умеренной интенсивности их спустя 4–5 часов после первого введения препарата.

Первые результаты по применению дексалгина, согласно инструкции ограниченное 3–5 днями, свидетельствуют о том, что побочные эффекты его незначительны. В наших наблюдениях был только один случай кратковременной диареи.

Сравнительный анализ показателей креатинина, мочевины, АЛТ и АСТ крови до и после 3-дневного введения дексалгина в общей дозе в среднем до 24 мл, не выявил нарушений функции почек и печени.

Следовательно, внутримышечное введение дексалгина в дозе 2 мл возможно использовать для купирования почечной колики, вызванной мочекаменной болезнью даже в однократном режиме применения. Дексалгин при внутримышечном применении вызывает спазмоанальгетический эффект в послеоперационном периоде при различных видах литотрипсии и способствует отхождению фрагментов дезинтегрированного камня. Наш опыт использования дексалгина в ближайшем послеоперационном периоде после открытых оперативных вмешательств позволяет рекомендовать его как препарат монотерапии без дополнительного применения других обезболивающих препаратов. Клинический опыт внутримышечного введения дексалгина (Dexolgin 25. Berlin-Chemie AG. Menarini Group) дает основание рекомендовать его использование в урологической практике.

Применение $\alpha 1$ -адреноблокатора Теразозин («Сетегис» фирмы «Egis») при камнях дистального отдела мочеточников

А.И. Кормилкин, Д.В. Островский
Абакан

Целью данного исследования явилось: определения влияния $\alpha 1$ -адреноблокаторов на способность к самостоятельному отхождению конкрементов в нижней трети мочеточника, выраженность и количество эпизодов почечной колики, вероятность оперативного лечения. За основу взят тот факт, что $\alpha 1$ -адренорецепторы обнаружены не только в мочевом пузыре, но и в дистальной трети мочеточника. Экспериментальные и клинические исследования ряда авторов выявили наличие $\alpha 1$ -адренорецепторов в стенке мочеточника. При этом доказано, что плотность их в миоцитах гладкой мускулатуры мочеточников значительно выше, чем других типов адренорецепторов. Селективная блокада адренорецепторов позволяет снизить тонус базальной мембраны миоцита, частоту перистальтики и амплитуду сокращений мочеточников, снизить давление в мочевом пузыре. Снимается спазм сосудов, улучшается микроциркуляция, и, как следствие, уменьшается отек вокруг камня. Все это создает патогенетическую основу применения альфа-адреноблокаторов в лечении камней нижней трети мочеточников.

Мы провели ретроспективный анализ случаев лечения камней дистального отдела мочеточника в урологическом отделении Хакасской республиканской больницы им. Г. Я. Ремишевской. Все больные были разделены на две группы. Первая группа, контрольная, включала пациентов, получавших традиционную литокинетическую терапию: НПВС, спазмолитики, антимикробные средства, гидратация, физиотерапия. Вторая группа больных, основная, включала в себя пациентов, которым помимо традиционной литокинетической терапии назначались $\alpha 1$ -адреноблокаторы. В качестве последнего мы использовали теразозин («Сетегис» фирмы «Egis») – как типичного представителя данной группы. Препарат назначался в дозе 2 мг 1 раз в день в 22. 00. Из исследования были исключены больные с размерами конкремента более 1 см, с наличием двух и более камней мочеточника, больные с двухсторонним поражением, а также больные, поступившие для планового оперативного лечения.

Показаниями к госпитализации служили рецидивные приступы почечной колики, возможность развития воспалительных осложнений, наличие бессимптомного камня более 2 недель, согласие пациента.

Всем пациентам проводилось стандартное общеклиническое обследование и специальное урологическое – обзорная урография, ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря, доплеросонография работы устьев мочеточника, по показаниям экскреторная урография, МСКТ почек и мочеточников с болюсным контрастным усилением. Динамика и контроль миграции конкрементов осуществлялся с помощью рентгено- и сонографии. В качестве оперативного пособия мы использовали уретеропиелоскопию, контактную (лазерная, УЗ, пневмо) литотрипсию с экстракцией фрагментов. В основную группу включены 62 человека: мужчин 34, женщин 28. В контрольную группу вошло 112 человек: 70 мужчин и 42 женщины. Обе группы распределены на три подгруппы согласно размеру камней: первая – конкременты до 0,4 см,

вторая – от 0,4 до 0,6 см, третья – 0,7 – 1,0 см. Средний возраст пациентов в основной группе 45,5 лет, в контрольной – 44,1 год. Пациенты с размерами конкрементов от 0,4 см до 0,6 см составили наиболее многочисленные подгруппы в основной и контрольной группах.

Критериями оценки эффективности лечения явились: частота самостоятельного отхождения конкрементов, количество операций, сроки лечения, частота приступов почечных колик.

Согласно проведенному исследованию, в контрольной группе у 56 человек (50%) зафиксировано отхождение камня, прооперировано 27 больных (24,1%), остались камни у 29 человек (25,9%).

В основной группе, при использовании теразозина, камень отошел в 44 случаях (71%), прооперировано 11 человек (17,6%), остались конкременты у 7 (11,4%)

Причем, вероятность отхождения камня наиболее возрастает у пациентов с размерами камня 0,7–1,0 см, с 19% в контрольной группе до 61,5% в основной группе.

При использовании теразозина, также снижается необходимость в оперативном лечении до 17,6% в основной группе (в контрольной – 24,1%). Оперативная активность в большей степени снижается у больных с конкрементами от 0,7 до 1,0 см, в 1,85 раза. Заметно сокращается койко-день, в среднем, он составил 9,3 дня в контрольной группе и 6,7 дней в основной группе.

Уменьшилась также частота и выраженность рецидивных почечных колик. Если в контрольной группе больных, в среднем, их оказалось 5,7, то в основной – 2,8.

Таким образом, при использовании α 1-адреноблокатора сетегиса в схеме литокинетической терапии камней нижней трети мочеточников небольших размеров (до 1,0 см) выявлены очевидные преимущества. Вероятность отхождения камня возрастает с 50% до 71%, а в подгруппе с размерами конкрементов 0,7–1,0 см эта вероятность увеличивается более чем в 3 раза. Уменьшается частота и выраженность почечных колик, и, следовательно, уменьшается объем лекарственных средств, используемых для их купирования. Сокращается пребывание пациента на стационарной койке до 6,7 дней. Снижается вероятность использования инвазивных методик. Все это значительно снижает затраты стационара на лечение пациентов.

Диагностика и лечение острого гестационного пиелонефрита в условиях многопрофильной больницы

Г.П. Красильников, Г.В. Светикова, Е.В. Помешкин, Д.В. Троегубов
Кемерово

Цель исследования: определить тактику ведения больных с острым гестационным пиелонефритом в условиях отделений многопрофильной больницы.

В период 2008–2010 годы в МУЗ ГКБ № 2 госпитализировано 97 женщин в возрасте от 15 до 42 лет с клиникой острого гестационного пиелонефрита. При поступлении у всех женщин проводилась микроскопия осадка мочи, изучались клинические анализы крови, биохимические показатели крови с исследованием «средних молекул», проводилось УЗИ почек, органов мало-

го таза и плода. В отделении проводился посев мочи и крови на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Все женщины при поступлении осматривались гинекологом и урологом. По строгим показаниям, при выраженной обструкции проводилась обзорная урография и в 2 случаях – экскреторная пиелография при больших сроках беременности.

В терапевтическом отделении проведено лечение 22 женщин. Критерием госпитализации была клиника острого пиелонефрита, при сроках до 21 недели и отсутствии угрозы прерывания беременности, отсутствии выраженного нарушения оттока мочи и слабо выраженной клиники интоксикации. В гинекологическом отделении проведено лечение 20 женщин с ОГП при сроках беременности до 21 недели, у которых была выявлена угроза прерывания беременности или признаки гипоксии плода. Нарушения оттока мочи были незначительны. При сроках беременности более 21 недели 28 женщин были госпитализированы в роддом, в отделение патологии беременности. Критерием госпитализации явились большие сроки беременности, сопровождающиеся угрозой прерывания беременности, плацентарной недостаточностью, тазовым предлежанием и признаками гипоксии плода. В урологическое отделение было госпитализировано 27 женщин с различными сроками беременности. Основными критериями для госпитализации был выраженный болевой синдром, тяжелая эндогенная интоксикация, лейкоцитурия, выраженные нарушения оттока мочи, наличие мочекаменной болезни и аномалии развития мочеполовой системы.

Из поступивших на лечение больных ОГП выявлен у 47 женщин в возрасте 15–25 лет (48,5%). У повторно беременных женщин ОГП чаще развивался во II триместре (73%). У 14 женщин (51,8%), проходивших лечение в урологическом отделении, имелась сопутствующая патология: МКБ, нефроптоз, удвоение почек, стриктуры мочеточника, хронический пиелонефрит, кисты и опухоль почки.

Лабораторно у всех женщин в анализах крови превалировал лейкоцитоз с умеренным палочкоядерным сдвигом, анемия ($Hb - 94 \pm 8$ г/л); в анализах мочи – лейкоцитурия, протеинурия. Посев мочи в 75% случаев роста не давал. Там, где в посеве получен рост – выявлена была кишечная палочка, протей и эпидермальный стафилококк. По УЗИ почек уростаз присутствовал у 51 женщины (52,6%); правосторонний у 66%, левосторонний у 26% и двухсторонний уростаз у 8%.

В основном все пациенты получали консервативное лечение – позиционное положение для улучшения оттока мочи, инфузионную, противовоспалительную и антибактериальную терапию, фитотерапию.

Хирургические методы лечения потребовались 12 пациентам (12,4%).

У 3 женщин проведена контактная литотрипсия и литоэкстракция; двум пациенткам выполнена катетеризация мочеточника; 4 женщинам выполнено стентирование. Перкутанная нефростомия под контролем УЗИ выполнена одной больной и одной больной выполнена открытая операция – пиелолитотомия. Одной больной, после досрочного родоразрешения, выполнена нефрэктомия по поводу опухоли почки.

Таким образом, острый гестационный пиелонефрит является тяжелым осложнением развивающейся беременности. Лечение ОГП необходимо проводить на фоне пролонгирования беременности, коррекции плацентарной недостаточности, лечения гестоза, что требует совместного ведения больных

урологом, акушером-гинекологом и терапевтом. При отсутствии нарушения оттока мочи и угрозы прерывания беременности, лечение можно проводить в условиях терапевтического отделения. Если при ОГП имеется угроза прерывания беременности или плацентарная недостаточность, целесообразно, в зависимости от сроков беременности, лечение в условиях гинекологического отделения, а после 22 недель беременности в условиях отделения патологии беременности роддома. Если у больной имеется выраженное нарушение оттока мочи, которое сопровождается болевым синдромом, эндотоксикозом и сопутствующей патологией верхних мочевых путей, то показана госпитализация в урологическое отделение. Методы дренирования верхних мочевых путей необходимо выбирать в зависимости от клинической стадии ОГП. При тяжелых формах отдается приоритет стентированию.

Эффективность вакцины Уро-Ваксом при рецидивирующих инфекциях мочеполовой системы

Е.В. Кульчавеня, А.А. Бреусов, Е.В. Брижатюк, Д.П. Холтобин
Новосибирск

Введение. Инфекции мочеполовой системы являются одной из основных проблем урологии, причем, ведущее место среди патогенов принадлежит *E. Coli*. Не менее 60% пациентов имеют рецидивирующие формы заболевания, что делает крайне актуальными вопросы профилактики обострений цистита и пиелонефрита.

Весьма перспективна идея локальной иммунизации с использованием препарата Уро-Ваксом, представляющего собой лиофилизат 18 штаммов *E. Coli*. Показано, что применение Уро-Ваксома повышает неспецифический и специфический гуморальный и клеточный иммунный ответ посредством стимуляции продукции интерферона-гамма и фактора некроза опухоли (ФНО), а также через активацию лимфоцитов и макрофагов. Доказана регулирующая роль Уро-Ваксома на фагоциты, В-лимфоциты и Т-киллеры. *In vitro* было показано увеличение под действием Уро-Ваксома продукции TNF-а, интерлейкинов IL-1 и IL-2, и гамма-интерферона в мононуклеарах периферической крови человека; отмечен дозозависимый эффект активации макрофагов Уро-Ваксомом (в том числе и в отношении *Candida albicans*). Уро-Ваксом значительно повышает продукцию цитокинов, интерлейкинов, ФНО-гамма, в целом увеличивая активность натуральных киллеров на 40%.

Под нашим наблюдением находились 127 пациентов, обратившихся в МЦ «Биовэр» с 2003 по 2009 г. по поводу инфекций мочеполовой системы. Среди них 23 мужчины в возрасте 36–47 лет, остальные 104 – женщины в возрасте 24–55 лет. У мужчин был диагностирован хронический бактериальный простатит/уретропростатит. 75 женщин страдали хроническим циститом, а 29 – мочекаменной болезнью, осложненной вторичным хроническим пиелонефритом. Средний срок длительности заболевания у всего контингента составил $6,3 \pm 3,7$ лет (колебания от 4 до 17 лет). Рецидивы инфекции уrogenитального тракта возникали от 2 до 5 раз в течение года, в среднем, $3,4 \pm 0,8$ раз. В груп-

пе больных хроническим циститом 41 пациентка получала антибиотики в супрессивной дозе в течение длительного времени.

Склонность к непрерывно-рецидивирующему течению инфекции урогенитального тракта послужила основанием для назначения им после курса этиопатогенетической терапии Уро-Ваксома по 1 капсуле ежедневно в течение 1 месяца. По завершении лечения состояние пациентов было вновь оценено по бальной системе. Контрольное обследование повторялось каждые 2 месяца в течение года. При появлении признаков воспаления больным назначался повторный курс Уро-Ваксома в течение месяца. Для унификации оценки состояния пациентов и лабораторных параметров была разработана специальная бальная таблица.

При обращении пациенты предъявляли жалобы на нарушение мочеиспускания и боль, в анализах мочи и секрета предстательной железы регистрировались патологические изменения. Этиопатогенетическая терапия по поводу инфекций урогенитального тракта завершилась с хорошим результатом у 83 пациентов (65,4%) и с удовлетворительным у остальных 44 (34,6%). Оценка по совокупной балльной шкале клинико-лабораторного состояния больных исходно, перед началом приема Уро-Ваксома и после первого курса иммунопрофилактики приведена в таблице.

Оценка состояния пациентов исходно и на фоне лечения Уро-Ваксомом, n=127

Признак	Баллы исходно	перед курсом Уро-Ваксома	после 1-го курса Уро-Ваксома
Лейкоцитурия	2,7±0,3	1,4±0,2	0
Лейкоциты в секрете	2,4±0,1	1,8±0,3	0,3±0,1
Гематурия	1,8±0,2	0,6±0,2	0
Бактериурия	2,9±0,4	1,7±0,5	0
Микробная флора в секрете	2,1±0,2	0,9±0,2	0,1±0,1
Боль в области почек	1,8±1,1	1,4±0,6	0,8±0,3
Боль в промежности	1,7±0,6	1,5±0,4	0,7±0,2
Рези при мочеиспускании	1,7±1,2	0,4±0,1	0
Число мочеиспусканий днем	14,7±3,9	9,1±1,3	8,6±0,4
Число мочеиспусканий ночью	3,6±0,8	1,6±0,1	0,4±0,1
Качество жизни	4,7±1,0	3,0±0,7	1,2±0,5
Сумма баллов	40,1	23,4	12,1

Таким образом, комплексное этиопатогенетическое лечение уменьшило число баллов в 1,7 раз, а курс Уро-Ваксома – еще в 1,9 раз, что свидетельствует о лечебном эффекте вакцины. Положительная клинико-лабораторная симптоматика была отмечена у всех больных, однако, длительность безрецидивного периода различалась.

У 13,3% пациентов заболевание рецидивировало в течение полугода после завершения приема Уро-Ваксома, а у 86,7% «холодный» период продолжался от шести месяцев до одного года. 116 пациентов при возникновении обострения в сроки от 4 до 10 месяцев, и 11 больных профилактически, вне признаков возврата инфекции и развития воспаления, принимали повторный курс Уро-Ваксома, после чего за ними наблюдали еще в течение года с ежеквартальным обследованием. Установлено, что второй курс иммунопрофилактики закрепил достигнутый успех. Рецидивы урогенитальной инфекции сократились с $3,4 \pm 0,8$ раз до $0,4 \pm 0,2$ раз, то есть более чем в восемь раз; существенно повысилось качество жизни – с $4,7 \pm 1,0$ до $1,3 \pm 1,1$ балла (более чем в три с половиной раза). Среди 41 женщины, включенной в исследование в состоянии дисбактериоза кишечника и влагалища, у 38 (92,7%) восстановился микробиоценоз.

После второго курса Уро-Ваксома ни у одного пациента заболевание не возобновилось ранее, чем через полгода. Шестимесячный «холодный период» отмечен у 37 больных (29,2%), 9 месяцев – у 62 (48,8%), у 28 пациентов (22,0%) не было рецидива в течение года.

Ни у одного пациента на фоне приема Уро-Ваксома не зафиксировано сколько-нибудь значимое побочное действие или ухудшение течения сопутствующих заболеваний.

После приема *reg os* компоненты вакцины оседают в Пейеровых бляшках. Этот орган иммунной системы представляет собой скопление лимфоидной ткани в подслизистом слое кишечника, и содержит дендритные клетки, макрофаги, Т- и В-лимфоциты. Дендритные клетки под действием антигена индуцируют выработку В-лимфоцитами IgA, который повышает устойчивость эпителиальной выстилки к повреждающему действию патогенов. Антиген также ускоряет созревание дендритных клеток Пейеровых бляшек, что дополнительно стимулирует иммунный ответ. Бактериальный экстракт может действовать как иммунный стимулятор и посредством активации дендритных клеток, происходящих из моноцитов.

Стимуляция лимфоидной ткани кишечника индуцирует генерализованный ответ всей мукозо-ассоциированной лимфоидной ткани, которая расположена в пищеварительном, респираторном и урогенитальном трактах. Циркулирующие лимфоциты активируют эффекторные клетки в заинтересованных зонах. В урогенитальном тракте обнаружено хорошее развитие лимфоидной ткани, интимно связанной с уротелием, особенно в мочевом пузыре. В норме в ответ на уропатоген секретируются IgA, цитокины, ряд других факторов, препятствующих адгезии микробов и способствующих их естественной элиминации. Таким образом, пероральная вакцина способна опосредованно повышать резистентность уротелия.

Таким образом, вторичная иммунопрофилактика инфекций урогенитального тракта пероральной вакциной Уро-Ваксом высокоэффективна, хорошо переносится и должна войти в стандарты оказания медицинской помощи данной категории больных. В Руководстве Европейской ассоциации урологов 2010 года Уро-Ваксом рекомендуют применять с целью иммунопрофилактики у женщин с рецидивирующей инфекцией урогенитального тракта, причем, подчеркивают, что эффективность его не уступает антибиотикопрофилактике.

Оценка эффективности и переносимости селективного α 1-адреноблокатора Сетегис у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Клиническое исследование

М.Ю. Лазарев, О.В. Абаимов
Новосибирск

Одним из наиболее частых и распространенных заболеваний мужчин среднего и пожилого возраста является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ).

В 2010 году на базе урологического отделения больницы скорой медицинской помощи № 2 г. Новосибирска нами было проведено клиническое исследование «Оценка эффективности и переносимости селективного α 1-адреноблокатора сетегис у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы».

Было исследовано 63 пациента с симптомами нарушения мочеиспускания, обусловленными ДГПЖ, средний возраст составлял 68,3 года, доза препарата постепенно повышалась с 1 до 5 мг. У всех пациентов лечение препаратом сетегис начинали с перорального приема 1 мг 1 раз в сутки на ночь. Через 3 дня все пациенты переводились на дозировку 2 мг однократно в сутки. Через 2 недели доза препарата достигала у всех 5 мг на ночь. Эффективность проводимой терапии оценивалась на основании первичных критериев (баллы IPSS и QoL) и вторичных параметров (Qmax, остаточная моча, побочные эффекты).

Стандартное урологическое обследование включало:

- пальцевое ректальное исследование, измерение гемодинамических показателей, ультрасонография (определение количества остаточной мочи в мочевом пузыре), урофлоуметрия, анкетирование больных по шкале IPSS;
- определение качества жизни по шкале QoL.

Исследования проводились четыре раза: до начала приема сетегиса, затем на 2, 7, и 12 неделях лечения.

Суммарный бал по шкале IPSS за время наблюдения уменьшился на 39,6% – с 19,7 до 11,9%. Качество жизни по вопроснику QoL, оцениваемое самим больным, улучшилось на 25% – с 4 баллов до 3. Увеличение максимальной скорости мочеиспускания у исследованных больных достигло 42,4% – с 8,4 мл/сек до 14,5 мл/сек. Объем остаточной мочи на фоне терапии сетегисом за время исследования уменьшился на 71% – с 85 ± 69 мл до 24 ± 27 мл.

На фоне лечения у 22 пациентов (13,6%) отмечены различные побочные реакции, лишь у одного пациента ставшие причиной отказа от дальнейшего лечения. В подавляющем большинстве случаев побочные явления носили эпизодический характер и не являлись основанием для прекращения лечения или снижения дозы препарата. Наиболее часто мы отмечаем у больных головокружение (24%), головную боль (18%), гипотензию (15%).

Субъективно 60 (95%) больных отметили «хорошую» и «очень хорошую» эффективность лечения. По мнению врачей отделения, проводивших исследо-

вание, «хорошая» и «очень хорошая» эффективность лечения была зафиксирована у 56 (89%) больных.

О «хорошей» и «очень хорошей» переносимости лечения сообщили 57 (91%) больных.

Таким образом, в результате анализа полученных нами в ходе этого клинического исследования данных, положительный эффект лечения больных ДГПЖ препаратом сетегис подтвержден статистически значимой положительной динамикой субъективных и объективных показателей качества мочеиспускания.

Доказана закономерность, согласно которой гипотензивный эффект сетегиса в большей степени проявляется у больных с сочетанной артериальной гипертензией, в то время как у пациентов с изначально нормальными показателями гемодинамики зарегистрированы лишь незначительные колебания АД.

На основании исследования «Оценка эффективности и переносимости селективного $\alpha 1$ -адреноблокатора сетегис у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы» можно заключить, что указанный препарат является эффективным средством лечения больных ДГПЖ на начальной стадии заболевания.

Учитывая эффективность, безопасность, экономическую доступность препарата, сетегис может служить препаратом выбора в лечении ДГПЖ.

Артезин в комплексной литокинетической терапии камней мочеточников

М.С. Лозовский, Е.С. Редкачева

Томск

Мочекаменная болезнь стоит в структуре урологической заболеваемости в Томской области на 2-м месте, составляя около 27%, уступая лишь воспалительным заболеваниям. Данная картина остается практически неизменной в течение нескольких лет, отмечается даже некоторая тенденция к снижению заболеваемости МКБ (2246–2008 г., 2135–2009 г., около 1800 в 2010 г.). Несмотря на это, проблема остается актуальной. Это связано с тем, что в большинстве случаев болезнь диагностируется у лиц наиболее трудоспособного возраста (25–60 лет). Помимо широкого применения высокоэффективных малоинвазивных методов лечения, остается высоким процент самоотхождения конкрементов (всего больных 283, из них самоотхождение 104 случая – 36,7%), что существенно снижает сроки госпитализации и нетрудоспособности пациента.

Целью нашего наблюдения является оценка эффективности применения альфа-адреноблокаторов (артезин) в комплексной литокинетической терапии камней мочеточников.

За 2009–2010 годы в урологическом отделении госпитальных хирургических клиник СибГМУ было пролечено 348 пациентов с МКБ, из них с камнями мочеточника 283 (81,3%).

Эти пациенты были разделены на две группы.

Первая группа – 121 пациент, в комплексное лечение которых входили

анальгетики, спазмолитики, водная нагрузка и активный режим. Альфа-адреноблокаторы не применялись.

Вторая группа – 162 больных, к литокинетической терапии которых добавлен альфа-адреноблокатор (артезин 4 мг/сутки).

По локализации камней в мочеточнике, а также по размерам, группы были сопоставимы.

Таким образом, в первой группе самоотхождение камней у 37 пациентов (30,6%). Во второй группе камни отошли самостоятельно у 67 больных (41,4%).

Следовательно, включение в комплексную литокинетическую терапию альфа-адреноблокатора (артезин) позволило на 10,8% увеличить количество больных, у которых камни отошли самостоятельно.

Применение препарата Генферон в лечении больных с хроническим уретропростатитом на фоне ИППП

А.И. Неймарк, И.И. Клепикова.

Барнаул

Хроническим простатитом страдают от 40 до 70% мужчин репродуктивного возраста. Это самое частое урологическое заболевание у мужчин до 50 лет и третье по частоте (после аденомы и рака простаты) у лиц старше 50 лет. Около 85% и более случаев хронического простатита обусловлено микробными факторами, из них более половины – следствие скрытых урогенитальных инфекций, т.е. около 50% простатитов, по своему этиологическому фактору, являются осложнением ИППП.

Проблема лечения хронического уретропростатита на фоне ИППП остается актуальной, несмотря на все существующие специфические методы лечения. Оно не всегда является эффективным и безопасным и приводит к ухудшению пациента.

В связи с чем целью данного исследования явилась оценка эффективности и безопасности применения препарата генферон в лечении больных с хроническим уретропростатитом на фоне ИППП.

В исследование было включено 30 пациентов, в возрасте от 18 до 55 лет, с давностью заболевания не менее 6 месяцев без сопутствующей органной патологии. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от протокола лечения.

Препарат генферон назначали по 1 суппозитории в дозе 1 000 000 МЕ ректально 2 раза в сутки в течение 10 дней. Всем пациентам проводилось: сбор анамнеза, клинический осмотр, регистрация сопутствующей терапии, бактериологическое исследование СПЖ и трех порций мочи (тест Mears и Stamey), микроскопическое исследование СПЖ, ПЦР-методика исследования мазка из уретры на наличие возбудителей, передаваемых половым путем (хламидия, микопlasма, уреapлазма, гарднерелла). Оценка симптомов хронического простатита по шкале NIH- CPSI.

По данным проведенного лечения были получены следующие результаты. У всех пациентов 1 и 2 гр. при бактериологическом исследовании секрета

простаты и трех порций мочи до и после лечения неспецифической флоры не обнаружено или определяется ее присутствие в диагностически незначимом значении $<10^4$ мк/мл. Исключение составил один пациент 2 группы, у которого при бактериологическом исследовании секрета простаты до лечения была обнаружена *E. Colli* в титре, превышающем нормальные значения. После лечения данный показатель был в пределах нормы. По данным ПЦР-реакции у пациентов обеих групп до лечения в 100% случаев определяется наличие микст-инфекции (уреаплазма, хламидии, микоплазма, гарднерелла) в различном процентном соотношении. После лечения у 4 пациентов первой группы определяется рецидив инфекции (2 пациента – уреаплазма; 1 п. – микоплазма; 1 п. – гарднерелла), что составило 26,6%, в отличие от пациентов 2 гр., где рецидива инфекции не отмечалось. При оценке клинической симптоматики хронического простатита по шкале NIH-CPSI у пациентов 1 гр. после лечения остается менее выраженное, но присутствующее проявление некоторых симптомов хронического простатита (периодические боли в промежности, дискомфорт в уретре) в отличие от пациентов 2 группы, которые получали препарат генферон. В среднем, балл по шкале NIH-CPSI до лечения в первой группе составил 17,6, через месяц после окончания терапии – 5,6. В группе пациентов, которые получали генферон: до лечения, – 16,3, после терапии – 1,0.

Таблица 1
Лечение, проводимое в исследуемых группах

1 группа пациентов (n=15)	2 группа пациентов (n=15)
1) Антибактериальное (сумамед) по 500 мг в/в кап № 3, затем по 500 мг. в таб. По 1 таб. 1 раз в день 6 дней	1) Антибактериальное (сумамед) по 500 мг в/в кап № 3, затем по 500 мг. в таб. По 1 таб. 1 раз в день 6 дней
2) Простатотропное (простакор) по 5 мг в/м 1 раз в день 10 дней	2) Простатотропное (простакор) по 5 мг в/м 1 раз в день 10 дней
3) Ферментативное (флогэнзим). По 2 таб 3 раза в день 10 дней	3) Ферментативное (флогэнзим) по 2 таб. 3 раза в день 10 дней
4) Лазеротерапия в непрерывном режиме 10 дней	4) Лазеротерапия в непрерывном режиме 10 дней
	5) Иммуномодулирующее (генферон) по 1 000 000 МЕ ректаль по 2 раза в день 10 дней

Таким образом, применение препарата генферон в комплексном лечении больных с хроническим уретропростатитом на фоне ИППП, позволяет повысить эффективность лечения данной патологии, что проявляется отсутствием рецидива ИППП и нормализацией клинической симптоматики в более короткие сроки, т.е. отсутствием возникновения симптомов хронического простатита после лечения.

Влияние препарата Дальфаз СР на сексуальную функцию пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

А.И. Неймарк, Н.А. Ноздрачев

Барнаул

Развитие доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) может ухудшать сексуальную функцию, что значительно снижает качество жизни пациентов. Несмотря на отсутствие единой точки зрения на механизмы развития патологии, предложен ряд гипотез для объяснения развития такой связи. В частности, роль автономной гиперактивности рассматривалась в качестве общей связи симптомов со стороны нижних мочевыводящих путей, нарушений эрекции и гипертензии у стареющих мужчин. Другие трактовки подразумевают возможную роль снижения продукции окиси азота (NO) в гладкой мускулатуре предстательной железы и полового члена или атеросклероз органов таза и эндотелиальную дисфункцию.

Ряд исследований показывает, что у больных ДГПЖ α_1 -блокаторы оказывают выраженный эффект в отношении симптомов со стороны нижних мочевыводящих путей и способны улучшать сексуальную функцию.

Нами было обследовано и включено в исследование, согласно критериям включения-исключения, 20 пациентов с симптомами нижних мочевых путей, обусловленных ДГПЖ.

Критерии включения: больные мужского пола в возрасте ≥ 50 лет, с нарушениями функции нижних отделов мочевыводящих путей средней или тяжелой степени, связанными с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, с итоговым показателем более или равным 8 по I-PSS, активные в сексуальном отношении и давшие письменное информированное согласие.

Критерии исключения: наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, угрожающих жизни состояний; проведение за 6 месяцев до включения хирургических вмешательств на предстательной железе или минимальных инвазивных процедур; планируемые биопсия предстательной железы, хирургия простаты или минимальные инвазивные процедуры в течение всего периода исследования; активные инфекции мочевыводящих путей или простатит, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, диагностированный рак простаты; больные, получающие ингибиторы 5-альфа-редуктазы за 6 месяцев до включения, или альфа-1-блокаторы или фитопрепараты по поводу ДГПЖ за 30 дней до включения; больные, принимавшие любые препараты по поводу эректильной дисфункции (т.е. ингибиторы фосфодиэстеразы-5) при включении в исследование; постуральная гипотензия или обмороки в анамнезе; установленная гиперчувствительность к альфузозину; неграмотные больные или неспособные понять или заполнить вопросники; больные, участвовавшие в любом клиническом исследовании в течение последнего месяца.

Данное исследование было проведено как открытое многоцентровое, несравнительное, поэтому выбор контрольной группы не проводился. Всем пациентам назначался дальфаз СР 10 мг. Больные должны были принимать пре-

парат один раз в сутки в конце вечернего приема пищи в течение 6 месяцев. Таблетки давались целиком, не разжевывались и не измельчались.

Средний возраст пациентов составил $62,5 \pm 12,7$ года, средний объем простаты $48,4 \pm 20,9$ см³.

Анализ первичной переменной эффективности показал, что для популяции эффективности среднее изменение показателя эякуляции по вопроснику MSHQ относительно исходного значения на момент окончания исследования составило $3 \pm 4,3$ и было статистически значимо ($p < 0,001$), кроме того у 30% пациентов этот показатель улучшился на 20 или более процентов, что позволяет сделать вывод о том, что в ходе терапии удалось добиться статистически значимого улучшения показателя эякуляции у всех пациентов в целом.

Анализ среднего изменения показателей эрекции и удовлетворения вопросника MSHQ относительно исходного уровня выявил, что на 24-й неделе исследования среднее изменение показателя эрекции достигло значения $1,2 \pm 2,3$ ($p < 0,001$), а аналогичное изменение показателя удовлетворения составило $1,3 \pm 3,6$ ($p < 0,001$). Приведенные результаты анализа указывают на наличие статистически значимого улучшения упомянутых показателей, которое было достигнуто в ходе лечения.

На момент окончания исследования среднее изменение общего показателя вопросника ПЕФ-5 относительно исходного значения достигло уровня $1,4 \pm 3,6$ ($p < 0,001$), что также указывает на статистически значимое улучшение этого показателя в ходе исследования.

Среднее изменение общего показателя вопросника I-PSS по отношению к исходному уровню на первой неделе лечения, которое составило $2,7 \pm 3,5$ ($p < 0,001$), позволяет сделать вывод, что исследуемый препарат объективно начал действовать уже с первой недели лечения. На 24-й неделе среднее изменение этого же показателя уже составляло $8,4 \pm 5,1$ ($p < 0,001$), и отсюда следует, что прием препарата позволил значимо улучшить средние показатели пациентов по вопроснику I-PSS.

Субъективная оценка начала действия препарата давалась самими пациентами, и анализ полученных результатов выявил, что 8 (40%) пациентов ощутили эффект от терапии уже на 1-й неделе, 1 (5%) пациент на 2-й неделе, а 4 (20%) на 3-й или 4-й неделях лечения. Эти данные позволяют сделать вывод о том, что большая часть пациентов почувствовала эффект от принимаемой терапии уже на ранних стадиях лечения.

В ходе исследования не было зарегистрировано ни одного пациента с острой задержкой мочи.

Приведенные выше данные указывают на тот факт, что в ходе исследования было продемонстрировано значимое улучшение по всем основным критериям эффективности.

По результатам проведенного исследования выявлена прямая корреляция между степенью выраженности симптомов нижних мочевых путей и сексуальной дисфункцией у пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты. Лечение расстройств мочеиспускания селективным альфа-адреноблокатором дальфаз СР в дозе 10 мг привело не только к снижению симптомов со стороны нижних мочевых путей, но и достоверно улучшило сексуальную функцию данной группы пациентов и их качество жизни.

Атрофический цистоуретрит и вульвовагинит у женщин

А.И. Неймарк, Н.В. Шелковникова

Барнаул

Урогенитальные расстройства (УГР) встречаются у 30% женщин, достигших возраста 55 лет, и у 75%, женщин достигших возраста 70 лет. 70% женщин с гиперактивным мочевым пузырем отмечают наличие взаимосвязи между проявлениями УГР и наступлением климактерического периода. В основе развития УГР в климактерическом периоде лежит дефицит половых гормонов, прежде всего, эстрогенов. Одновременное развитие атрофических процессов, связанных с прогрессирующим дефицитом эстрогенов в тканях, обуславливает столь частое сочетание симптомов атрофии влагалища и цистоуретральной атрофии у большинства пациенток. Проведено комплексное исследование, основанное на наблюдении за 50 женщинами, в возрасте 50–65 лет, страдающих урогенитальными нарушениями. 1 группа (20 больных) получала только этиотропную терапию (однократно монурал 3 мг и фурумаг по 50 мг 3 раза в день 7 дней, внутрипузырные инстилляции с синтомициновой эмульсией № 10, свечи с облепиховым маслом вагинально 2 раза в день № 20). 2 группа (30 больных) получала сагенит в течение 3 месяцев. Наблюдение за пациентками осуществляли в течение 6 месяцев. У пациенток второй группы, принимавших сагенит, уже к окончанию приема отмечено существенное улучшение микроциркуляции слизистых мочевого пузыря и влагалища. Установлено, что эстрогеноподобный препарат сагенит позволяет купировать симптомы урогенитальных нарушений, возобновить или улучшить половую жизнь и в конечном итоге значительно повысить качество жизни этих женщин.

Целесообразность проведения простатотропной терапии у юношей с варикоцеле в комбинации с конгестивными расстройствами предстательной железы

И.С. Попов, А.И. Неймарк, А.В. Газаматов

Барнаул

Механизм влияния варикоцеле на сперматогенез исследован достаточно детально и полно, однако, качество эякулята зависит не только от сперматогенеза и степени его нарушения, но и от функции добавочных половых желез, основная их которых – предстательная железа. Секрет предстательной железы, являясь основной частью спермоплазмы, выполняет трофическую и защитную для сперматозоидов функцию, определяя их двигательную активность и предотвращая агглютинацию. Следовательно, конгестивные расстройства предстательной железы, наблюдаемые у 60,3% юношей, страдающих сочетанным расширением вен гроздевидного и простатического сплетения, (41,4%) могут привести к нарушению тканевого кровотока и, как следствие, к резкому снижению обменных процессов в ней, это проявится нарушением

барьерной, секреторной, инкреторной и моторной функций. Следствием данных нарушений может быть стойкий воспалительный процесс в железе и/или снижение качества сока предстательной железы и, как следствие, нарушение качественных показателей эякулята, что на фоне основного заболевания – варикоцеле, имеет более высокий процент репродуктивных нарушений.

Цель исследования – оценка целесообразности и эффективности простатотропной терапии у юношей с конгестивными расстройствами предстательной железы, как фактора, ухудшающего репродуктивный прогноз при варикоцеле слева.

В исследовании приняли участие подростки 16–18 лет, имеющие сочетанное расширение вен семенного канатика слева и вен перипростатического сплетения с наличием венозного полнокровия в данных венозных коллатеральных, без признаков орхопатии. Все подростки и/или их законные представители, подписали информированное согласие на участие в исследовании. Пациентам проводили общий осмотр, лабораторные исследования (микроскопия сока предстательной железы, спермограмма, гормонограмма (ЛГ, ФСГ, тестостерон, антиспермальные антитела крови), УЗИ органов мошонки и ТРУЗИ предстательной железы с доплерографией сосудов). Критериями включения явились наличие тазовой конгестии без признаков воспалительного процесса в предстательной железе и патоспермия. Основными нарушениями параметров спермы явились подвижность (A+B) и количество морфологически нормальных форм, в меньшей степени снижалась жизнеспособность сперматозоидов. Количество составило 32 подростка. Методом случайной выборки исследуемые были распределены на две группы. Всем пациентам проводилась базовая медикаментозная терапия, которая включала венотоники (троксорутин 300 мг по 1 капс. 1 раз в день, 1 мес.), метаболическое лечение (рибоксин по 1 таб. 2 раза в день, 1 мес.) и антиоксидантные препараты (аевит по 2 капс. 2 раза в день, 1 мес.). Пациенты первой группы (основной), 16 человек, получали дополнительно простатотропную терапию препаратом витапрост в форме ректальных суппозиторий 100 мг по 1 суппозиторию 1 р/сутки на ночь. Пациенты второй группы (контрольной), 16 человек, лишь базовую терапию. Данное исследование включало три визита: первый – включение, второй – по окончании курса терапии (сок простаты, УЗИ мошонки, ТРУЗИ простатовезикулярного комплекса), третий – через 2,5 месяца после окончания лечения (спермограмма).

При динамическом контроле результатов анализа сока предстательной железы сравнивались такие параметры, как количество лецитиновых зерен. При включении в исследование в обеих группах количество пациентов с малым количеством и скудным количеством большинство – 27 человек (84,3%), количество подростков с большим количеством – 5 (15,7%). На фоне проводимой терапии у пациентов основной группы было достигнуто значимое улучшение у 5 пациентов (31%) и нормализация показателя у 11 (69%). На фоне лечения препаратом витапрост в основной группе выявилось достоверное снижение объема простаты с 19,5 при первом визите до 16,4 см³. В контрольной группе объем простаты практически не менялся. Основным критерием эффективности проводимой терапии было влияние на качественные показатели эякулята. Так, в основной группе отмечалось достоверное улучшение подвижности сперматозоидов у 15 юношей (93,8%), в контрольной группе данный показа-

тель составил 37,5% – 6 человек. В основной группе среднее значение активно подвижных сперматозоидов после лечения возросло на 48,0%, в основном за счет уменьшения количества малоподвижных форм. В контрольной группе улучшение активной подвижности, в среднем, составило 19,9%. Нормативных показателей подвижности не удалось добиться ни у одного исследуемого в обеих группах на данном этапе.

Таким образом, проведение простатотропной терапии у юношей, имеющих сочетанное расширение вен гроздевидного и перипростатического сплетения, патогенетически оправдано и целесообразно. Простатотропная терапия нормализует состояние предстательной железы в 69% и, как следствие, улучшает качественные показатели эякулята в 93,8%. Улучшение качества спермы происходит за счет уменьшения малоподвижных форм (В) на 48%. Представляется, что данная тенденция позволит существенно снизить риск репродуктивных нарушений у молодых людей, страдающих варикоцеле.

Нарушения мочеиспускания у женщин в климактерии

М.В. Раздорская, И.В. Снегирев, А.В. Мазырko, Б.А. Неймарк
Барнаул

В последнее время в связи с увеличением продолжительности жизни в современном обществе проявляется все больший интерес к проблемам здоровья женщин старшей возрастной группы. Одной из актуальных проблем климактерия являются урогенитальные расстройства, возникающие преимущественно через 2–5 лет после наступления менопаузы и связанные с атрофическими процессами, развивающимися в мочеполовом тракте в связи с прогрессирующим эстрогенным дефицитом. Чаще всего женщины предъявляют жалобы на стрессовое или императивное недержание мочи, что является вторичным проявлением первичных эстроген-зависимых атрофических процессов в структурах урогенитального тракта. Такой подход к проблеме позволяет рассматривать важную роль заместительной гормонотерапии в лечении расстройств мочеиспускания. Цель подбора заместительной гормональной терапии состоит в определении наиболее приемлемой дозы, типа и пути введения препаратов, содержащих эстрогенный компонент, обеспечивающий оптимальный клинический эффект с минимальными побочными действиями. Однако нередко встречается тот факт, что относительные или абсолютные противопоказания или наличие выраженных побочных проявлений, делают невозможным назначение гормонов как системно, так и локально. Целью работы являлось изучение эффективности препарата сагенит (действующим началом которого является сигетин-эстрогеноподобное активное вещество, по структуре сходное с синестролом) у женщин с нарушениями мочеиспускания в климактерии. Фармакологическими свойствами сагенита является то, что он участвует в реализации положительной и отрицательной обратной связи в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, оказывает стабилизирующее действие на

гонадотропную функцию гипофиза и гипоталамический центр, не оказывая эстрогенного действия на органы мишени. Проще говоря, обладая свойствами синестрола, сагенит купирует симптомы климакса, не вызывает побочных реакций, свойственных гормонам.

В период 2009–2010 гг. на базе кафедры урологии и нефрологии Алтайского государственного медицинского университета были обследованы, пролечены и наблюдались в динамике 40 женщин в возрасте от 43 до 64 лет климактерического периода с нарушениями мочеиспускания. Средний возраст составил 53,5 года. Характер менопаузы для нас не имел особенного значения. Всем пациенткам назначался сагенит по 1 таблетке в сутки независимо от приема пищи. До лечения, через один и шесть месяцев после проводилось обследование по следующему плану:

- беседа с больной, заполнение дневника мочеиспусканий в течение 72 ч;
- общеклиническое обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, бактериологическое исследование мочи, мазок белей на степень чистоты);
- исследование уродинамики (урофлоуметрия).

Все больные заполняли дневник мочеиспускания до, через 3 месяца и через 6 месяцев после лечения. По данным дневника мочеиспусканий для пациенток характерно частое мочеиспускание в сочетании с ургентной симптоматикой и снижением объема мочеиспускания. На фоне проводимого лечения отмечалось урежение мочеиспусканий, снижение числа ночных мочеиспусканий, императивных позывов и эпизодов недержания мочи. Положительная динамика наблюдалась к 3 месяцу лечения и сохранялась через 6 месяцев. Выраженных побочных эффектов, требующих отказа от лечения не наблюдалось. Урофлоуметрия проводилась на установке «Laboratoire Delphis IP». При визуальной оценке урофлоуграм наблюдались кривые, характерные для стремительного типа мочеиспускания, а также зигзагообразные кривые, свидетельствующие о наличии признаков гиперактивности. Исходно у пациенток регистрировалась повышенная максимальная объемная скорость потока мочи, снижение объема мочеиспускания и укорочение времени мочеиспускания. После проведенного лечения удлинялось время мочеиспускания, увеличивался объем мочеиспускания и снижалась максимальная объемная скорость потока мочи до показателей нормы. На основании данных, полученных в ходе наших исследований, мы пришли к выводу, что при наличии абсолютных противопоказаний к назначению системной заместительной гормональной терапии или наличии побочных эффектов и невозможности дальнейшего лечения при назначении местной терапии, остается вариант назначения сагенита. Препарат хорошо переносится пациентками на протяжении длительного времени, не дает выраженных побочных эффектов, требующих отмены препарата и является достаточно эффективным. Эффект от лечения, по нашим данным, наступал уже через 1 месяц от начала приема, максимальный и продолжительный эффект наблюдался через 6 месяцев. Эффективность препарата, а соответственно и улучшение качества жизни, отметили 75% обследованных женщин.

Неoadьювантная химиотерапия инвазивного рака мочевого пузыря с системным и внутрикостным введением химиопрепаратов

С.П. Селиванов, С.Н. Исаева, А.В. Петлин, Т.А. Ковалик, Т.И. Шабунина
Томск

Тенденцией последних лет, в том числе в отечественной онкоурологии, является предпочтение органосохранного хирургического лечения инвазивного рака мочевого пузыря (Попов А.М. и соавт., 2005). Возможность выполнения несложного для организма пациента хирургического вмешательства, а также увеличения продолжительности жизни обеспечивает химиотерапия. Препараты платины остаются наиболее эффективными и включаются в различные схемы химиотерапии инвазивного рака мочевого пузыря (РМП). Для снижения их системной токсичности разрабатываются различные режимы химиотерапии, в том числе регионарные способы введения препаратов.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность сочетания системного введения гемцитабина и внутрикостного введения цисплатина в программе неoadьювантной химиотерапии больных инвазивным раком мочевого пузыря.

В динамике лечения обследованы 96 пациентов в возрасте 40–80 лет (средний возраст 65 лет). У всех диагностирован переходноклеточный РМП в стадии T2-4N0M0, в том числе 30 пациентов с рецидивами. 56 пациентам была выполнена неoadьювантная монокимиотерапия с внутрикостным введением цисплатина в разовой дозе 20 мг/м² до суммарной дозы 100 мг/м² с промежутками между введениями в два дня. У 40 пациентов была выполнена неoadьювантная полихимиотерапия с внутривенным введением гемцитабина в 1-й, 8-й и 15-й дни в разовой дозе 800 мг/м² до суммарной дозы 2400 мг/м² и внутрикостным введением цисплатина со второго дня в разовой дозе 20 мг/м² с промежутками в два дня до суммарной дозы 100 мг/м². Перед внутрикостным введением цисплатина все пациенты обязательно получали внутривенную водную нагрузку – капельное внутривенное введение 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 5% глюкозы.

В исследуемых группах пациентов с монокимиотерапией и полихимиотерапией статистически значимых различий в зависимости от основных прогностических признаков (стадия, степень дифференцировки, локализация, размеры опухоли мочевого пузыря) не было. Объем методов диагностики в динамике химиотерапии включал все необходимые для оценки токсичности анализы крови и мочи, а также методы оценки терапевтического эффекта – цистоскопия, трансабдоминальное ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография. Эффективность неoadьювантной химиотерапии оценивалась через четыре недели после последнего введения цитостатика.

По числу случаев легкой и средней степени токсичности группы пациентов с внутрикостной монокимиотерапией цисплатином и полихимиотерапией не имели статистически значимого различия (уровень значимости отличий 0,0716).

Токсичность III и IV степени не отмечена ни в одном случае внутрикостной монокимиотерапии цисплатином. Сочетанная лейкопения и тромбоцитопения

III степени (лейкоциты $2,6 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $67 \times 10^9/\text{л}$) была зафиксирована у 11 (27,5%) пациентов группы полихимиотерапии. У 10 (25%) пациентов в результате полихимиотерапии наблюдалась тошнота и рвота III степени.

Предлагаемые в работе режимы неоадьювантной химиотерапии инвазивного рака мочевого пузыря демонстрируют высокий терапевтический эффект – 51% при монохимиотерапии и 73% при полихимиотерапии. Число полных и частичных регрессий опухоли при внутривенной монохимиотерапии снижается с увеличением стадии инвазивного рака мочевого пузыря, составляя при стадиях T2, T3 и T4 89%, 50% и 20% соответственно. Терапевтический эффект полихимиотерапии был высоким независимо от стадии инвазивного рака мочевого пузыря и составил 73%, 78% и 62,5% при стадиях T2, T3 и T4. При полихимиотерапии получен статистически значимый больший терапевтический эффект у пациентов с локализацией опухоли в шейке мочевого пузыря и треугольнике Льюто ($p=0,0253$). Из 17 пациентов полные и частичные регрессии опухолей были получены у 14 пациентов, что составило 82%, тогда как при монохимиотерапии лишь у 5 пациентов из 13 с подобной локализацией (38,5%), причем, только за счет частичных регрессий.

Стабилизация процесса наблюдалась у 15 пациентов (38,5%) и у 10 (27%) пациентов с полихимиотерапией. Прогрессирование опухоли было только при монохимиотерапии и ни в одном случае полихимиотерапии.

Таким образом, проведенные исследования показали, что внутривенное введение цисплатина при монохимиотерапии и полихимиотерапии позволяет снизить число осложнений, связанных с высокой концентрацией препарата в системном кровотоке и токсическим воздействием на жизненно важные органы и системы организма. Сочетанное внутривенное введение цисплатина и внутривенное введение гемцитабина позволяет повысить эффективность лечения инвазивного РМП с локализацией в шейке мочевого пузыря и треугольнике Льюто, при опухолях размерами свыше 3,5 см, стадией T4.

Новые возможности улучшения эректильной функции у людей пожилого возраста

В.Ю. Старцев, С.В. Смирнова, П.С. Солтан
Санкт-Петербург

Цель: провести анализ применения трансферцевтиков у людей пожилого возраста при нарушении эректильной функции

Трансфер-факторы (ТФ), или трансферцевтики, – цитокины (олигорибонуклеотиды размером до 10 кД), состоящие из 44 аминокислот и вырабатываемые лейкоцитами.

При лечении больных нами использован один из представителей этой продукции – ТФ Кардио. Помимо целевого трансфер-фактора из яичного желтка (200 мг), в состав этой композиции включены: витамины А 2500 МЕ, С (магния дегидроаскорбат 0,2, аскорбил пальмитата и аскорбиновая кислота), Е 100 МЕ, ниацинамид 0,02, В₆ 0,002, фолиевая кислота 0,4, В₁₂ 0,008; соединения магния (хлорид 0,18, дегидроаскорбат, аргинат и лизинат); цинка

аргинат 0,01; меди глицинат 0,02; калия цитрат 0,05; селенметионин 0,5; иглица шиповатая (корень) (22% стероловых гетерозидов); гинкго двулопастный (лист) (24% гликозидов флавоно гинкго, 6% терпена лактонов); боярышник (цветки и листья) (1,8% рутина); Чеснок (дезодорированные зубки); кофермент Q₁₀; экстракт риса на красных дрожжах; резвератрол (3,5,4'-тригидрокситранс-стильбен); имбирное масло; желатиновая капсула.

В 2009–2010 гг. в ММЦ «ОН-клиник» наблюдались 72 пациента (от 57 лет до 71 года, средний возраст 64 года) с нарушениями эрекции васкулогенной природы. Всем пациентам выполнялись: ультразвуковое исследование органов малого таза, доплерография сосудов полового члена с интракавернозным тестом, тезиометрия кожи пениса, измерение артериального давления в покое и после физической нагрузки (трендмил). Исследованы лабораторные показатели крови пациентов: тестостерон, ФСГ, ЛГ, пролактин, холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, индекс атерогенности, ПСА. Тяжелые метаболические осложнения, сахарный диабет, воспаление предстательной железы в стадии обострения и возрастной андрогенный дефицит служили критериями исключения.

После получения информированного согласия всем больным начат стандартный курс терапии, включавший применение ингибиторов 5 ФДЭ (или интракавернозное лечение), протеолитических ферментов (вобэнзим), витаминов группы А и Е, адаптогенов (тритерпены) и физиотерапии на зону органов малого таза. Длительность терапии составила в среднем 2,5 месяца. Пациенты распределены в 2 группы: 28 пациентов (группа А, основная), дополнительно к основному курсу терапии, принимали Трансфер-фактор Кардио, по 2 капсулы 2 раза в день, после еды; перед началом лечения эти люди были опрошены в отношении аллергии к молоку и яйцам, основному составляющему компоненту исследуемого препарата. У 44 человек (группа В, контроль) курс лечения проводился только по стандартной методике.

Для контроля результатов лечения пациенты участвовали в тестировании с использованием валидных опросников – AMS, ПЕФ-5.

За время наблюдения балльные результаты тестирования пациентов возросли на 25–30%, и в целом статистически не различались в группах лечения. У 21 пациента (75%), получавшего ТФ Кардио, отмечена более выраженная положительная динамика амплитуды артериальной крови в а. dorsalis penis. После приема ТФ у 17 пациентов (60,7%) с явлениями нарушенного липидного обмена увеличился показатель ЛПВП (на 14%), при одновременном снижении ЛПНП, индекса атерогенности и холестерина – до нормальных показателей. К 6–7 неделе комбинированной терапии с применением ТФ Кардио 7 пациентов (25%) перестали предъявлять жалобы на головные боли, у них констатировано стабильное артериальное давление на уровне 120–130/80–85 мм. рт. ст.

У 17 человек (60,7%), принимавших ТФ Кардио, к 3 неделе терапии появились адекватные эрекции, что позволило сократить объем лекарственных средств (ингибиторы 5-ФДЭ или интракавернозные инъекции). За время наблюдения у пациентов группы А не отмечалось диспепсии, аллергических реакций и других побочных явлений.

У 1 пациента (3,6%) на фоне приема исследуемого препарата, наоборот, отмечено появление ежедневных головных болей, что изредка отмечалось у

него и раньше. После отмены ТФ состояние пациента улучшилось и головные боли прекратились.

В течение 6 последующих месяцев лечебный эффект (способность к интроекциям, выраженность утренней эрекции, показатели по шкале ПЕФ не менее 21 балла, по AMS – 16–18 баллов) после комбинированного применения ТФ сохранился у 25 человек (89,3%), в отличие от пациентов группы В – у 21 человека (47,7%).

Таким образом, Трансфер-фактор Кардио – многокомпонентная, хорошо сбалансированная формула, позволяющая не только улучшить некоторые метаболические процессы, но также обеспечить целенаправленное улучшение эрекции у пациентов после 50 лет. По свидетельству многих иностранных и российских ученых, этот натуральный комплекс хорошо себя зарекомендовал при лечении венозной недостаточности и в комплексной терапии постинфарктных состояний.

Необходимо дополнительно детально изучить механизм воздействия Трансфер-фактора Кардио на состояние сосудов больных при эректильной дисфункции и провести анализ безопасности этого препарата. После получения достоверных доказательных результатов трансфер-фактор, несомненно, займет достойное место, наряду с другими официальными лекарствами в улучшении качества жизни мужчин пожилого возраста.

Значение использования комбинированных растительных комплексов у больных с урологической патологией

В.Ю. Старцев, П.С. Солтан
Санкт-Петербург

Цель исследования: изучить особенности применения биологически активного растительного комплекса при профилактике инфекций мочевыводящих путей и при лечении больных с урологической патологией.

Нами использовано комбинированное лекарственное средство УроКам (ООО «Камелия НПП», Москва) – растительный комплекс с экстрактами листьев толокнянки, брусники, березы и клюквы. УроКам применяется при воспалительном поражении мочевого пузыря и почек, при мочекаменной болезни и почечной недостаточности. Спектр лечебного воздействия объясняется антисептическим эффектом листа березы (терпены, фитонциды), диуретическим и антиадгезивным влиянием брусники и клюквы (бензойная кислота, гидрохинон), противовоспалительным действием толокнянки (фенол, танин).

В 2006–2010 гг. в СПбГПМА и в ММЦ «ОН-клиник» проведены клинические исследования УроКама, в результате которых доказана высокая эффективность этого препарата. Эффективность применения УроКама изучена у больных с жалобами на боли в поясничной области, лихорадку, изменения цвета мочи и дизурию. Препарат использован у 83 пациентов (мужчин 59 чел.), в возрасте от 21 до 76 лет (среднее $49 \pm 7,6$ лет), с обострением хронического

пиелонефрита (n=31; 37,3%), с хроническим неспецифическим простатитом, уретритом (n=29; 34,9%) и после хирургического лечения ДГПЖ или после экстракорпоральной дистанционной литотрипсии (ЭДЛТ) конкрементов почек (n=23, 27,7%). УроКама назначали курсом до 14 дней, во время или сразу после приема пищи. Эффективность лечения оценивали по длительности клинических проявлений, переносимости лекарства, периоду нормализации лабораторных показателей. Результаты и сроки лечения пациентов сравнивали с усредненными показателями подобных курсов терапии среди больных, не получавших УроКама.

Положительный эффект лечения отмечен у 73 (87,95%) пациентов. У 18 (58,1%) больных хроническим пиелонефритом общее состояние и температура тела нормализовались на 4–5 день от начала лечения и, дополнительно, у 5 (16,1%) человек – после повторного курса терапии. На 5 сутки лечения 1 пациент отметил тупые боли в эпигастрии с усилением изжоги: прием лекарства приостановлен, и болевой синдром купирован.

У пациентов с простатитом и уретритом, обусловленными неспецифической бактериальной флорой, назначение УроКама было результативным в 24 (82,8%) случаях. Отмечено снижение интенсивности болевого синдрома в промежности (n=11; 45,8%) и при мочеиспускании (n=7; 29,2%), нормализация стула (n=4; 16,7%) и улучшение либидо (n=8; 33,3%). Сочетанное улучшение общего самочувствия, качества мочеиспускания и эректильной функции отметили 14 (58,3%) пациентов. Использование УроКама позволило отказаться от фторхинолонов, традиционно назначаемых при этих заболеваниях.

На 2-е сутки послеоперационного периода УроКама назначен 15 пациентам с ДГПЖ и 8 больным после ЭДЛТ почечных конкрементов. Дополнительно к традиционной терапии каждый пациент получил по 2 стандартных курса исследуемого препарата. У 17 (73,9%) больных в послеоперационном периоде не отмечено воспалительных осложнений. Смена антибактериальной терапии, на фоне приема УроКама, позволила в течение суток купировать явления пиелонефрита после ТУР предстательной железы у 4 (17,4%) пациентов. В целом, на 3-й день лечения 1 пациент отметил головокружение, слабость. После дополнительного обследования у этого больного впервые выявлен сахарный диабет 2 типа, и прием препарата отменен.

В группе больных, перенесших указанные вмешательства, но не получавших УроКама, воспалительные осложнения констатированы в 48,1% (p<0,05) наблюдений.

Таким образом, использование препарата УроКама позволило сократить объем и уменьшить продолжительность лечения больных. Препарат может успешно назначаться для лечения и реабилитации больных урологического профиля, на этапе поликлинического наблюдения.

Основным противопоказанием к назначению данного лекарственного средства является толерантность к глюкозе. Детальный анализ эффективности УроКама у больных, находящихся на стационарном наблюдении, требует расширения спектра применения этого препарата и увеличения численности экспериментальной группы пациентов.

Лечебная тактика при остром пиелонефрите у беременных

Р.С. Тиллабоев, У.М. Рустамов, Ж.И. Абдуллажанов, А.Р. Юлдашев

Андижан

Нарушения уродинамики мочевых путей при беременности приводит к застою мочи в чашечно-лоханочной системе, развитию гнойных процессов в паренхиме почек и уросепсису.

Восстановление оттока мочи, выбор метода дренирования, сроки их выполнения остаются актуальными до настоящего времени.

В урологической клинике АГМИ с 2000 по 2010 год находились 315 больных с острым обструктивным пиелонефритом беременных. Возраст их составил от 18 до 39 лет.

У 205 больных наблюдался правосторонний острый пиелонефрит, а у 110 больных левосторонний.

Для диагностики больных применялись общеклинические, лабораторные, ультразвуковые, эндоскопические методы исследования.

При обследовании у всех больных отмечались пиурия, бактериурия, лейкоцитоз и повышение СОЭ, увеличение содержания мочевины и креатинина в крови.

Для оказания лечебной помощи больных разделили на три группы.

В первую группу вошли больные с незначительной пиелокаликоектазией (80).

Во второй группе больные были с умеренной пиелокаликоектазией (90).

В третьей группе 145 больных с выраженной пиелокаликоектазией.

В первой группе применяли спазмолитики, позиционно-дренирующую терапию – пребывание больного на здоровом боку.

Во второй группе больных, у которых наблюдались повышение температуры тела с усилением болей в пояснице, повышением лейкоцитоза в крови применяли катетеризацию мочеточника или устанавливали стент.

В третьей группе больных, у которых прогрессировал воспалительный процесс и дренирование почки с помощью катетера или стента было неэффективным, производили перкутанную нефростомию. Всем больным согласно антибиотикограмме применялись антибиотики.

При своевременном дренировании почек по показаниям активность воспалительного процесса регрессировала, боли в пояснице исчезли, нормализовалась температура тела и улучшилось общее самочувствие больных. Ежемесячно производили смену дренажей и контрольное обследование. После родов женщины подвергались тщательному урологическому обследованию, при необходимости им проводилось комплексное плановое лечение.

На основании наших клинических наблюдений можно сделать вывод, что своевременное и правильное дренирование почек у беременных благоприятствует течению беременности и своевременному родоразрешению.

Комбинированное применение Кондилина в лечении кондилом и папиллом полового члена

В.Я. Фарбирович, В.А. Даниленко, О.А. Устинова

Кемерово

Остроконечные кондиломы и папилломы – часто встречающиеся заболевания, с которыми приходится сталкиваться урологу в амбулаторной практике.

Высокая распространенность папиллом и кондилом полового члена и недостаточная эффективность в лечении определяет актуальность проблемы этой болезни.

Вплоть до последнего времени для лечения кондилом и папиллом применялись только хирургические методы лечения. Чаще всего применялась электрорезекция либо при более обширном распространении выполнялась циркумцизио.

При лечении данной патологии можно в полной мере применить хирургический постулат «Лучшая операция – не выполненная операция».

Совместное применение двух препаратов кондилина – местно и интерферон – системно, часто приводит к полной излечиваемости без оперативного вмешательства.

Цель исследования: изучить влияние препарата Кондилина в комплексной терапии остроконечных кондилом и папиллом.

Рекомбинантный альфа 2а интерферон применялся по схеме: первые 2 суток 3 млн внутримышечно, 1 раз в день. Последующие три инъекции следовали через день.

Кондилина – международное непатентованное название. Подофиллотоксин (Podophyllotoxin).

Активное вещество Кондилина – подофиллотоксин. Подофиллотоксин является наиболее активным компонентом подофиллина, получаемого из растительных экстрактов. Кондилина содержит очищенный стандартизированный подофиллотоксин, чистота которого в препарате составляет 99%. Оказывает цитостатическое действие. При местном применении вызывает некроз наружных кондилом, обладает прижигающим и мумифицирующим действием.

Показания к применению: местное лечение остроконечных кондилом (Condylomata acuminata) и папиллом полового члена.

Для нанесения смачивают пластиковый аппликатор в препарате так, чтобы отверстие петли заполнилось жидкостью. С помощью петли раствор наносится на кондилому. Затем аппликацию следует повторить, смачивая жидкостью все остальные кондиломы, но не более 50 раз. Кондилина должен попадать только на кондиломы, так как попадание препарата на здоровые участки кожи или слизистые оболочки может привести к сильному раздражению и изъязвлению. Кондилина наносится 2 раза в сутки в течение 3 дней, далее делается 4-дневный перерыв; возможен повторный 3-дневный курс лечения. Общая продолжительность лечения не должна превышать 5 недель.

Побочное действие препарата, в основном, сводится к местным реакциям. Возможно появление покраснения, незначительно выраженной боли, изъязвления эпителиального покрова кондиломы (обычно в начале лече-

ния, чаще на 2–3 день применения препарата). При наличии больших кондилом в препуциальной области возможно развитие отека и баланопостита. Под нашим наблюдением было 22 больных с остроконечными кондиломами и папилломами. Возраст больных составлял от 17 до 43 лет.

Диагностика: помимо сбора жалоб, данных анамнеза, объективного осмотра применялась ПЦР-диагностика. При наличии постоянной половой партнерши необходимо обследование и, в случае необходимости, лечение обоих половых партнеров. Во время лечения следует исключить половые контакты либо предусмотреть использование в этот период барьерных контрацептивов. Эффективность проводимого лечения оценивалась на основании объективных данных: жалоб и контрольного ПЦР-исследования. Всем больным был проведен контрольный осмотр через 2 мес. Во всех 22 случаях, ни объективно, ни по контрольному ПЦР-исследованию (во всех случаях он был отрицателен) данных за рецидив заболевания не было.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют:

- о достаточно высокой эффективности препарата кондилин в комплексном лечении кондилом и папиллом полового члена;
- позволяет избавить больных от оперативного вмешательства;
- экономически, в сравнении с оперативным лечением, более выгоден;
- применение препарата приводит к более коротким срокам лечения;
- может широко использоваться в лечении пациентов с данной урологической патологией.

Опыт применения бактериофагов в амбулаторной практике уролога

Е.Ю. Хлебнова, Ф.П. Капсаргин
Красноярск

Проведение противовоспалительной терапии на современном этапе характеризуется снижением эффективности антибиотиков из-за формирования устойчивости к ним у патогенных и условно-патогенных бактерий. Кроме того, применение антибиотиков сопровождается нарушением нормальной микрофлоры, аллергизацией организма, подавлением механизмов иммунной защиты.

Для изучения эффективности и возможности самостоятельного применения бактериофагов в лечении урологической патологии была определена группа из 5 пациентов. Критериями отбора служило наличие подтвержденной микробной контаминации мочевых путей штаммами *E. coli*, *Proteus vulgaris*, *Klebsiella* резистентными формами, КОЕ более 10^6 и неэффективностью предыдущей антибактериальной терапии в течение трех месяцев, с сохранением КОЕ более 10^6 .

Все они ранее перенесли оперативное лечение на мочевом пузыре. В послеоперационном периоде значительное время у них сохранялась лейкоцитурия, несмотря на проводимую традиционную антибактериальную терапию, основанную на определении чувствительности, по результатам бактериологи-

ческого посева определялся возбудитель (*E. coli*, *Proteus vulgaris*, *Klebsiella*).

Антибактериальная терапия проводилась курсами по 10 дней в течение 3 месяцев.

В дальнейшем было принято решение о проведении этим больным фаготерапии.

Для лечения использовали жидкие бактериофаги: протейный, колибактерийный, клебсиеллезный. Применяли фаги как интрапузырно – инстилляции в мочевой пузырь (по 30 мл 1 раз в сутки), так и перорально (по 40 мл 3 раза в день за 30 минут до еды). Курс лечения составил 10 дней. При этом уже на 2–4 день лечения бактериофагами отмечалось уменьшение дизурии. На 5–7 день выявлено снижение лейкоцитурии (до 35–70 в поле зрения) и бактериурии.

Через месяц после окончания проведенной фаготерапии четверо пациентов не отмечали жалоб на дизурические расстройства, лейкоцитурия отсутствовала. Лишь у одной пациентки сохранялась лейкоцитурия до 12–15 в поле зрения.

Таким образом, бактериофаготерапия инфекций нижних мочевыводящих путей является эффективным видом лечения.

Сравнительный анализ консервативной терапии М-холинолитиками в амбулаторной практике лечения гиперактивного мочевого пузыря

Е.Ю. Хлебнова, Ф.П. Капсаргин

Красноярск

По данным эпидемиологических исследований в Европе и США, частота встречаемости синдрома гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) составляет около 17%. Полагают, что императивным мочеиспусканием страдают 16–19% взрослого населения России.

В 2010 г. на базе поликлиники МБУЗ ГБ № 1 г. Красноярска был проведен ретроспективный анализ случаев лечения женщин, страдающих расстройствами мочеиспускания. По данным анамнеза, клинического обследования, результатам анализа дневников мочеиспускания диагноз ГМП был выставлен у 18% из числа обратившихся с симптомами нижних мочевых путей (СНМП).

Исследование проводилось в течение 12 недель. Было выбрано две группы пациенток в возрасте $57 \pm 3,5$ лет, по 20 человек в каждой группе. В первой группе препаратом для проведения терапии был выбран спазмекс, во второй – везикар. Спазмекс назначался в дозе по 10 мг 2 раза в сутки. Везикар по стандартной схеме (5 мг однократно утром). В исследовании не включались пациентки, у которых в анамнезе имелись гинекологические заболевания и эпизоды лейкоцитурии.

До исследования больные заполняли дневник мочеиспускания, оценивалось количество микций в сутки, наличие ноктурии, определялось количество ургентных позывов, эпизодов неудержания мочи и объем мочи при однократном мочеиспускании.

Ургентные позывы на мочеиспускание в течение суток испытывали 26 исследуемых (65%), частота ургентности при этом составляла от 3 до 7 раз в сутки. Большинство из них (34 человека – 85%) отмечали учащенное мочеиспускание в течение суток – от 14 до 22 раз. Ноктурия от 3 до 4 раз регистрировалась у 23 пациенток (57,5%). Снижение емкости мочевого пузыря (от 68 до 96 мл) на начало исследования отмечено у 38 человек (95%).

Результаты и сравнительный анализ эффективности проведенной терапии представлены в таблице № 1.

В ходе исследования были отмечены следующие побочные действия (таблица № 2).

В последующем, две пациентки из первой группы (с нарушением зрения) и одна из второй (с жалобами на сонливость) отказались от участия в исследовании.

Таким образом, через 12 недель лечения отмечено достоверное снижение частоты мочеиспусканий в сутки, уменьшение количества ургентных позывов и увеличение объема мочевого пузыря, как при приеме спазмекса, так и при приеме везикара. Однако по количеству побочных эффектов и переносимости везикар оказался предпочтительнее, чем спазмекс.

Таблица 1

Показатель	Первая группа (n=18)		Вторая группа (n=19)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Число мочеиспусканий в сутки	14–21	9–11	15–22	8–10
Кол-во ургентных позывов	4–6	1–3	2–7	0–1
Число эпизодов недержания	2–5	1–2	3–5	1–2
Емкость мочевого пузыря (мл)	68–90	126–154	70–98	156–172
Шкала QoI	1,2	2,3	1,3	3,4

Таблица 2

Побочные действия препарата	Спазмекс	Везикар
Сухость во рту	7 (35%)	1 (5%)
Тахикардия	2 (10%)	0
Запоры	3 (15%)	0
Нарушение зрения	2 (10%)	0
Снижение внимания и концентрации	0	1 (5%)

Применение БАД «Пролит» в лечении больных рецидивным нефролитиазом

А.Ю. Цуканов
Омск

Мочекаменная болезнь является широко распространенным заболеванием на территории РФ. Современные технологии позволяют эффективно удалять конкремент тем или иным способом, и вопрос этот, хотя и существует в нем постоянный прогресс, лежит лишь в технологической плоскости. Между тем проблема метафилактики МКБ решается не столь успешно и стоит более актуально.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния длительного постоянного приема БАД «ПРОЛИТ» у пациентов с рецидивным нефролитиазом после элиминации конкремента.

В исследование включены 14 пациентов, перенесших успешную ДЛТ по поводу одиночных рецидивных конкрементов в одной почке. Во всех случаях в анамнезе пациентов уже имелись вмешательства на ВМП по поводу конкрементов (в 11 случаях ДЛТ, в трех – оперативное лечение). Женщин было 12, мужчин – 2. Инфекция мочевых путей к моменту включения в исследование была купирована традиционной терапией. Аномалии мочевыводящей системы и гиперпаратиреоз были исключены. В 12 случаях встретились оксалаты, в двух – ураты. Всем пациентам давали общепринятые рекомендации по диете и питьевому режиму. Пролит назначали по 1125 мг (5 пилюль) или по 1100 мг (2 капсулы) 3 раза в день постоянно с перерывом в приеме не более 1 месяца. Всем пациентам 1 раз в 6 месяцев проводили комплексное урологическое обследование с применением лучевых (УЗИ и КТ) и лабораторных методов.

Исследование завершили все пациенты. При лучевом исследовании у 2 пациентов с оксалатным уролитиазом при нативном КТ выявлены бляшки Рэндалла. В одном случае уратного уролитиаза в летний период была отмечена «солевая» почечная колика с доказанным отхождением «песка». Данные лабораторного мониторинга приведены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1
Биохимические показатели сыворотки крови

Показатель	До лечения	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев	Достоверность различий в динамике
Мочевина крови, ммоль/л	4,8	3,5	5,1	$p < 0,1$
Креатинин крови, ммоль/л	0,056	0,084	0,065	$p < 0,1$
Мочевая кислота, мкмоль/л	296	268	239	$p < 0,065$
Клиренс креатинина, мл/мин	95,9	94,5	94,8	$p < 0,1$
Калий крови, ммоль/л	4,68	4,59		$p < 0,1$

Натрий крови, ммоль/л	138,3	157,4	146,9	p<0,1
Кальций крови общий, ммоль/л	2,47	2,38	2,34	p<0,08
Фосфор, ммоль/л	0,97	1,2	0,96	p<0,1

Таблица 2
Биохимические показатели мочи

Показатель	До лечения	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев	Достоверность различий в динамике
Общий кальций мочи, моль/сутки	6,9	6,2	5,0	p<0,05
Оксалаты мочи, моль/сутки	0,62	0,53	0,49	p<0,06
Мочевая кислота мочи, моль/сутки	5,71	4,21	4,0	p<0,07
Неорганические фосфаты мочи, ммоль/сутки	28,1	26,5	27,1	p<0,1
Удельная плотность мочи	1016	1018	1018	p<0,1
pH мочи	6,04	5,59	5,65	p<0,06

Следовательно, постоянный прием БАД «Пролит» оказывает положительный эффект на обмен основных микроэлементов, принимающих участие в формировании мочевых конкрементов, и может быть рекомендован к использованию в комплексе мероприятий по метафилактике при мочекаменной болезни.

Эффективность и безопасность приема препарата Уротол при лечении гиперактивного мочевого пузыря у женщин

А.Ю. Цуканов
Омск

Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) является одним из наиболее распространенных симптомокомплексов в мире. Не являясь фатальными, его проявления в значительной мере снижают качество жизни пациенток, приводя к социальной дезадаптации, в определенной степени это относится и к медикаментозному лечению. Таким образом, остаются актуальными фармако-экономические аспекты препарата для лечения.

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности препарата уротол (толтеродин гидротартрата).

В исследование включены 25 пациенток, страдающих ГМП. Средний возраст – 42 года. Критерии включения: возраст 18–50 лет, количество мочеиспусканий ≥ 8 /сутки, количество эпизодов инконтиненции ≥ 5 /сутки, длительность клиники >6 месяцев. Критерии исключения: сочетание со стрессовым недержанием, прием гормональных препаратов, рецидивирующая инфекция мочевых путей, сахарный диабет. Препарат назначали по 2 мг 2 раза в день курсом 2 месяца. Помимо этого давались общепринятые диетологические и поведенческие рекомендации. Оценку состояния проводили через 1 и 2 месяца, а также через 1 месяц после отмены препарата.

Все пациентки завершили исследование. Через 1 месяц в 3 случаях дозировка была снижена до 2 мг/сутки (в 2 случаях в связи с выраженностью побочных эффектов, в 1 – в связи с достижением ожидаемого уровня качества жизни), в 1 случае препарат был отменен в связи с выраженностью побочных эффектов. У 2 пациенток нежелательные явления присутствовали, но к изменению дозирования или снижению дозы не привели. Через 2 месяца степень нежелательных явлений осталась неизменной. Достигнутое качество жизни удовлетворяло 20 пациенток, ожидания оправдались не в полной мере у 3, улучшения не наступило в 1 случае. Через 1 месяц после отмены препарата ухудшение самочувствия отметили 4 пациентки. На вопрос «Выбрали ли бы Вы этот же препарат при проведении повторного курса лечения?» «да» ответили 18 пациенток, «попробовала бы другой препарат для сравнения» – 4, «нет» – 2, что соответствует данным литературы по клиническому применению толтеродина.

Следовательно, уротол является эффективным и безопасным дженерическим препаратом толтеродина гидротартрата.

Исследование применения м-холиноблокаторов у пациентов с симптомами нижних мочевых путей и увеличенной простатой

А.Ю. Цуканов, А.А. Калашян
Омск

Цель исследования: улучшение результатов лечения и качества жизни пациентов с симптомами нижних мочевых путей (СНМП) и увеличенной простатой.

В исследование включены 21 пациент в возрасте 52–68 лет, имевшие негативный опыт консервативного лечения СНМП адекватного современным представлениям на фоне увеличенной простаты. Длительность проведенной терапии составила 5,2 месяца (2–7 месяцев). Критериями исключения явились: объем простаты более 50 мл, наличие клинических противопоказаний к назначению м-холиноблокаторов, наличие остаточной мочи свыше 30 мл. Объем простаты составил 38,6 мл (29–48 мл). При заполнении опросника IPSS средний балл составил 14,1 (7–22) с преобладанием ирритативной симптоматики. Значение показателя качества жизни составило 4,7 (3–6), Q_{max} составило 10,1 мл/сек при среднем объеме мочеиспускания 184,3 мл. Предшествующая терапия проводилась в следующих объемах: 1 группа – монотерапия α -адреноблокаторами (А-АБ) – 15 человек, вторая группа – комбинация

А-АБ и ингибитора 5 альфа-редуктазы (И5АР) – 6 пациентов. Лечебная тактика была следующей: пациентам первой группы назначали уроселективный А-АБ тамсулозин (омник) в комбинации с м-холиноблокатором (М-ХБ) солифенацином (везикар); пациентам второй группы дополнительно отменяли И5АР. Оценку проводили посредством опросника IPSS и регистрации данных урофлоуметрии через 1 и 2 месяца. Кроме того, при положительной динамике по показателю качества жизни отменяли А-АБ.

Через 1 месяц получены следующие результаты. Клинически улучшенные самочувствия было отмечено у 16 пациентов, при этом QoL в данной подгруппе составил 3,5 балла ($p < 0,05$), IPSS – 11,3, Qmax 14,6 мл/сек при объеме мочеиспускания 230,5 мл. В пяти случаях динамика по показателю QoL имела лишь тенденцию к улучшению (4,3 балла, $p < 0,07$). Через два месяца наблюдения статистически значимая динамика по показателю QoL зарегистрирована у 18 больных – 2,9 балла, IPSS – 9,6, Qmax 16,8 мл/сек при объеме мочеиспускания 284 мл (по каждому показателю $p < 0,05$). В трех случаях на данном сроке наблюдения положительная динамика отсутствовала полностью или же была минимальна. При их обследовании получены следующие результаты: QoL – 1й – 4, 2й – 4, 3й – 5 баллов, IPSS – 1й – 13, 2й – 10, 3й – 16 баллов, Qmax – 1й – 11,8 мл/сек при 174 мл, 2й – 12,4 мл/сек при 193 мл, 3й – 8,1 мл/сек при 216 мл. В последнем случае объем простаты составлял 46 мл. Этому пациенту была выполнена ТУР простаты. В первых случаях по данным ТРУЗИ зарегистрировано утолщение стенки мочевого пузыря до 3,25 мм и 4,1 мм, что было расценено как проявление склероза мочевого пузыря.

Таким образом, успешное применение М-ХБ Солифенацина (Везикар) позволяет улучшить качество жизни пациентов с упорно протекающими на фоне стандартного лечения СНМП, и в части случаев отказаться от приема препаратов иных групп.

Неoadьювантная внутрипузырная химиотерапия больных раком мочевого пузыря без мышечной инвазии

Т.И. Шабунина, С.П. Селиванов, А.В. Петлин, Т.А. Ковалик, С.Н. Исаева
Томск

Основным методом лечения рака мочевого пузыря без мышечной инвазии (РМПБМИ) является трансуретральная резекция. Однако частота рецидивов после операции составляет 50% в первый год и к пяти годам достигает 80%. Для уменьшения объема опухоли и профилактики рецидивов обязательным этапом является внутрипузырная терапия.

Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка токсичности и эффективности неoadьювантной внутрипузырной химиотерапии проспидином и цисплатином у больных РМПБМИ.

Обследованы 74 пациента в возрасте 57–80 лет (средний возраст 69 лет) с впервые выявленным РМПБМИ. У всех пациентов гистологически подтвержден переходноклеточный рак. 34 пациентам был проведен один курс неoadью-

вантной внутривезуэрной химиотерапии (ХТ) проспидином в разовой дозе 200 мг и суммарной дозе 4000 мг. 40 пациентов получили внутривезуэрную ХТ цисплатином в разовой дозе 20 мг и суммарной дозе 500 мг. Экспозиция растворов в мочевом пузыре составила два часа. Перед внутривезуэрным введением проспидина и цисплатина внутривенная водная нагрузка больным не проводилась.

Исследуемые группы пациентов не имели статистически значимого различия по основным признакам: стадия заболевания, размер опухоли, распространенность процесса, гистологическая форма опухоли.

Эффективность лечения РМПБМИ оценивалась на основании изменения размеров опухоли, морфологических критериев до и после лечения.

При внутривезуэрной ХТ у всех пациентов исследуемых групп наблюдались местные осложнения в виде цистита различной степени выраженности. В группе с ХТ проспидином цистит первой степени наблюдался у 10 (30,3%) пациентов при суммарной дозе проспидина в среднем 3000 мг. Циститы второй степени наблюдались у 19 (55%) пациентов при суммарной дозе проспидина в среднем 3500 мг. В группе с ХТ цисплатином цистит первой степени наблюдался у 25 (62,5%) пациентов, второй степени у 13 (32,5%). Таким образом, при внутривезуэрной ХТ проспидином из местных осложнений преобладают умеренные дизурические проявления, тогда как при цисплатине – циститы легкой степени. Дизурические явления легкой степени исчезали на четвертые сутки после прекращения внутривезуэрного введения без лечения. Приостановки внутривезуэрной ХТ требовали циститы умеренной степени с назначением спазмолитической терапии. Спустя 1–2 дня после стихания дизурических явлений ХТ была продолжена.

Выраженная степень дизурии и болезненность уретры наблюдались у пяти (14,7%) пациентов с ХТ проспидином и у 2 (5%) пациентов с ХТ цисплатином без статистически значимого различия между группами ($p=0,1498$). Развитие этого осложнения потребовало отмены внутривезуэрной ХТ и суммарная доза проспидина на момент отмены составила 3000 мг. После окончания внутривезуэрной ХТ проспидином и цисплатином явления цистита ослабевали на протяжении 2–3 недель на фоне симптоматического лечения.

На 10 сутки внутривезуэрной химиотерапии проспидином у 5 (14,7%) пациентов наблюдалась лейкопения легкой степени. Внутривезуэрное введение цисплатина не сопровождалось гематологическими осложнениями.

Из 34 пациентов с ХТ проспидином полная регрессия опухоли была достигнута в четырех (11,7%) наблюдениях, частичная регрессия опухоли наблюдалась у восьми (23,5%) пациентов. Общий эффект внутривезуэрной ХТ проспидином составил 32,4%. Стабилизация процесса была диагностирована у 20 (58,8%) пациентов, прогрессирование опухолевого роста – у двоих (6%).

В группе пациентов с ХТ цисплатином из 40 пациентов у 9 (22,5%) эффект был расценен как полная регрессия, у 11 (27,5%) пациентов – как частичная. Общий эффект внутривезуэрной ХТ цисплатином составил 50%. Стабилизация процесса была диагностирована у 17 (42,5%) пациентов, прогрессирование – у 3 (7,5%).

Качественных изменений опухоли мочевого пузыря, специфических для конкретного цитостатического препарата отмечено не было. Во всех исследуемых

группах произошло снижение пролиферативной активности клеток переходноклеточного рака. Наименьший уровень делящихся клеток со статистически значимой разницей по отношению к контролю был зарегистрирован в группе пациентов, получавших ХТ цисплатином – $6,2 \pm 2,9\%$ ($p=0,0522$). Проспидин также показал тенденцию к снижению – $9,6 \pm 1,6\%$ ($p=0,1705$). Аналогичный показатель в контроле составил $19,6 \pm 2,6\%$. Удельный вес патологических митозов в исследуемых группах по окончании ХТ был статистически значимо выше контроля. Наибольшее число патологических митозов отмечено в группе пациентов, получивших ХТ проспидином – $49,6 \pm 2,97\%$ ($p=0,0475$). При лечении цисплатином этот показатель оказался несколько ниже – $47,7 \pm 1,8\%$ ($p=0,0471$). В контрольной группе зарегистрировано $27,6 \pm 2,03\%$. Уровень «летальных» митозов в исследуемых группах статистически значимо вырос по сравнению с контролем. Так, после ХТ проспидином число «летальных» митозов составило $22,3 \pm 1,76\%$ ($p=0,0507$), цисплатином – $19,78 \pm 2,02\%$ ($p=0,0532$), а в контрольной группе – $7,17 \pm 1,74\%$.

Индекс жизнеспособности опухолевых клеток (отношение числа «летальных» митозов к жизнеспособным) после внутрипузырной ХТ был статистически значимо выше в исследуемых группах по сравнению с контролем. Наивысший показатель зарегистрирован в группе с ХТ цисплатином – $3,71 \pm 0,52$ ($p=0,0026$). В группе с ХТ проспидином данный показатель приближался к указанному выше – $2,97 \pm 0,47$ ($p=0,0239$). В контрольных – интактных образцах опухолей величина индекса составила $0,83 \pm 0,12$. Эти показатели говорят о том, что, несмотря на деление, определенный процент опухолевых клеток выпадает из митоза.

Таким образом, проспидин при внутрипузырном введении у больных переходноклеточным РМПБМИ в суммарной дозе 4000 мг демонстрирует терапевтическую эффективность, сравнимую с цисплатином. Отсутствие угнетающего действия на кроветворение делает целесообразным использование проспидина в клинике для внутрипузырной ХТ.

Комплексный подход в диагностике трихомониаза у больных хроническим простатитом

М.В. Шведова, О.В. Шадохина, Т.А. Ковалик, С.П. Селиванов, А.В. Петлин
Томск

Зачастую в урологической практике мы сталкиваемся с такими инфекционными агентами, обнаружить проявление которых непросто в связи с отсутствием дифференциальных клинических признаков или симптомов. Вследствие этого становится очевидной необходимостью адекватной лабораторной диагностики. Сегодня вряд ли можно говорить о том, что какой-то из методов, применяемый изолированно, способен дать объективные и достоверные результаты. Как правило, для верификации присутствия инфекционного агента у пациента необходим комплекс методов исследования – как новейших, так и хорошо зарекомендовавших себя традиционных.

Цель исследования – повысить эффективность диагностики и лечения больных хроническим простатитом.

За период 2006–2010 гг. было пролечено 2680 мужчин в возрасте 21–58 лет с диагнозом хронический простатит. Диагноз был подтвержден данными объективного обследования, трансректального УЗИ, анализа сока предстательной железы. У всех больных выполнялась комплексная диагностика инфекций, передающихся половым путем, с акцентом на выявление трихомониаза и включала микроскопию уретрального мазка до и после провокации внутримышечной инъекцией 25 мкг пирогенала (ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи, Москва). Взятие мазков с последующим окрашиванием препарата 1% метиленовым синим по Грамму проводилось через 24, 48 и 72 часа после провокации. При постановке ПЦР использовалась видоспецифическая тест-система ТРИПОЛ (ООО НПФ «Литех»). Определение антител к возбудителю методом ИФА выполнялось с использованием тест-систем ТрихомоноБест (ЗАО «Вектор-Бест»). Выявление антигенов методом ПИФ – с использованием тест-систем Трихослайд (НПФ «Голарт-Диагностикум»).

Из 2680 пациентов, впервые обратившихся по поводу хронического простатита, микроскопия уретрального мазка без провокации подтвердила наличие трихомонад у 9,8%. Остальным пациентам выполнение микроскопии уретрального мазка после провокации позволило увеличить информативность метода до 37%. Диагностика методами ПИФ, ИФА и ПЦР была положительна в 23,7%, 17,3% и 8,2%, соответственно. Все три метода дали положительные результаты у 5,2% пациентов. Больные с положительными результатами как минимум двух исследований составили 72,4%.

Следовательно, полученные данные демонстрируют высокий процент участия возбудителя трихомониаза в развитии и поддержании воспалительного процесса в предстательной железе. Ни один из методов диагностики не является высокоинформативным. Метод ПЦР является самым малоинформативным в диагностике хронического трихомониаза у мужчин. Комплексный подход к диагностике трихомониаза должен быть обязательным в алгоритме обследования больных хроническим простатитом.

Андрогензаместительная терапия – основа патогенетической терапии пациентов с уролитиазом, метаболическим синдромом и эректильной дисфункцией

П.И. Шустер

Омск

Большинство пациентов урологического стационара составляют пациенты с уролитиазом, следовательно, при формулировке диагноза и назначении терапии основной акцент делается на основное заболевание, хотя во многом качество жизни пациента определяют именно сопутствующие состояния. Из 300 пролеченных в последнее время больных – эректильная дисфункция, в том или ином проявлении, была зарегистрирована у 159 (53%). Это на один процент больше по сравнению с широко известными данными Массачусетского исследования мужчин различного возраста (MMAS), по результатам которого

общая распространенность ЭД среди мужчин в возрасте от 40 до 70 лет составила 52%.

Из 300 обследованных пациентов с уролитиазом у 171 – уровень общего тестостерона оказался ниже 12 нмоль/л. Следовательно, у 57% пациентов с мочекаменной болезнью был диагностирован возрастной андрогенный дефицит.

За последние 5 лет под нашим наблюдением находилось 470 пациентов с эректильной дисфункцией. Большинство больных было в возрасте от 40 до 70 лет. Средний возраст составил – 53,1. Возрастной андрогенный дефицит был выявлен у 34,5% пациентов.

Анализ клинических данных демонстрирует строгий параллелизм между уролитиазом у мужчин и эректильной дисфункцией по наличию схожих сопутствующих заболеваний и частотой их проявлений. ЭД сопутствуют: сахарный диабет (35% случаев), артериальная гипертензия (31%), гиперплазия простаты (29%), дислипидемия (21%). У больных уролитиазом были выявлены: сахарный диабет (28% случаев), артериальная гипертензия (33%), гиперплазия простаты (28%), дислипидемия (23%). Артериальная гипертензия, атеросклероз, сахарный диабет по мере прогрессирования, помимо самих урологических причин, обуславливают у пациентов обеих нозологий хроническую нефропатию, ведущую к хронической почечной недостаточности.

Учитывая вышеперечисленное и во избежание полипрагмазии, следует определить минимальный круг важнейших жизненно необходимых для мужчины лекарственных препаратов, действие которых было направлено сразу по нескольким патогенетическим звеньям. Так, назначение при возрастном андрогенном дефиците препаратов тестостерона, помимо нормализации уровня тестостерона, мы стимулируем уменьшение количества жировой ткани, улучшаем показатели почечной гемодинамики, стабилизируем минеральную плотность костной ткани и уменьшаем потерю кальция, тем самым профилактируем рецидив уролитиаза, улучшаем тонус сосудистой стенки, повышаем либидо и сексуальную функцию мужчины, улучшаем мышечные рельефы мужского организма, воздействуем на психофизиологический компонент, стимулируя стремление к лидерству, к познанию, улучшаем настроение мужчины и повышаем интерес к жизни. В последние годы многочисленными исследованиями доказано повышение эффективности при совместном применении с андрогенами таких препаратов, как ингибиторы ФДЭ-5, статины, аллопуринол, остеостабилизаторы и т.д.

Таким образом, у таких, на первый взгляд, разных патологических состояний, как уролитиаз, метаболический синдром и эректильная дисфункция, достаточно много общего и интересного. Можно наметить определенные группы широкого круга расстройств, формирующихся с возрастом по мере старения и прогрессирующего снижения уровня тестостерона в мужском организме, которые требуют единой рациональной терапии.

Возможности и показания к проведению комплексной терапии в лечении больных доброкачественной гиперплазией простаты (ДГП), осложненной эректильной дисфункцией

Я.В. Яковец, А.И. Неймарк, Е.А. Яковец

Барнаул

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (простаты) – ДГПЖ – одно из наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого возраста. Наличие воспалительной инфильтрации препятствует адекватному проникновению этиотропных препаратов. Состояние больных отягощается развитием эректильной дисфункции (ЭД). Комбинированная терапия «ингибитор 5 α -редуктазы+альфа1-адреноблокатор» эффективна, но отрицательными моментами данного подхода являются длительный прием, стоимость и побочные эффекты, которые должны обсуждаться с больным. Поэтому возникает необходимость поиска комбинированного лечения больных ДГПЖ, которое было бы эффективным, более безопасным и доступным в финансовом отношении и способствовало проникновению этиотропных препаратов в предстательную железу. При этом сексуальное здоровье пациента-мужчины так же важно, как и общее физическое здоровье. Пролечено 74 больных ДГП, осложнившейся воспалительным процессом в области узла и ЭД в возрасте от 52 до 68 лет, средний возраст 59,7 лет, из числа которых мы выделили группу сравнения (ГС) – 19 пациентов, которые исходно имели сопоставимые изменения в предстательной железе по всем исследованиям и при этом до обращения в клинику урологии получали только этиотропную терапию по поводу ДГП и имевшие ЭД. Всем больным проводились оценка общего состояния, пальцевое ректальное исследование, общеклинические лабораторные исследования, трансректальное УЗИ предстательной железы с доплерографией. Клиническая симптоматика оценивалась по шкале I-PSS и QL. Клинически и по УЗИ признаки пиелонефрита выявлены не были.

Пациенты основной группы (ОГ) получали блокатор кератиноподобного фактора роста и регулятор простатоспецифического антигена (Афала) 3 таблетки 3 раза в день в течение 10 дней и затем по 2 таблетки 2 раза в день 20 дней, всего 4 курса одновременно с назначением антибиотика курсами по 10 дней в течение 3 месяцев под контролем чувствительности микрофлоры. Простатоспецифический антиген (ПСА) является важной молекулярной мишенью при ДГП. Выявлено, что эта сериновая протеаза, активизируется андрогенами, обладает антиангиогенной активностью и участвует в регуляции роста стромальных клеток простаты. Назначение антител к эндогенному регулятору не блокирует его, а модифицирует активность молекулы-мишени, приводя к стимуляции антипролиферативной и ангиостатической активности ПСА. Основная роль в поддержании эрекции принадлежит сосудистому эндотелию, участвующему в выработке оксида азота (NO) в кавернозных телах полового члена при сексуальной стимуляции. В регуляции синтеза оксида азота, расслабляющего гладкую мускулатуру кавернозных тел с увеличением кровотока в половом члене, участвуют нейрональные и эндотелиальные NO-синтазы. В состав импазы входят очищенные сверхмалые дозы антител к эндотелиальной NO-синтазе, что приводит к повышению активности синтаз, к улучшению синтеза оксида азота, восстановлению способности эндотелия сосудов вырабатывать оксид азота, к повышению

его концентрации в кавернозной ткани, восстановлению эндотелиальной функции. Это фармакологическое свойство импазы позволяет применять ее не только как препарат ситуационного характера, но и для лечения эректильной дисфункции. Нами проведены клинические исследования по определению эффективности импазы и длительности лечебного курса. Полный курс обследования проводился через 4 месяца после начала лечения и через 1 год. Изменение качества жизни отметили все пациенты. Клиническая симптоматика определялась системой суммарной оценки по Лорану О.Б. – Сегалу А.С. (2001). При обращении у всех больных отмечалось повышение температуры тела от субфебрильных цифр до фебрилитета, лейкоцитоз в общем анализе крови. Ректально определялась болезненность при пальпации железы и увеличение размеров железы, умеренная сплазненность междолевой бороздки, количество лейкоцитов в соке простаты – нормальное. По данным посева секрета и определения чувствительности условно-патогенной микрофлоры к антибиотикам: культуры *Enterobacter spp* культуры гемолитического и негемолитического стрептококков, *Proteus spp.* и *E. coli* были наиболее чувствительны к цефалоспорином (пациентам назначен цефрал 0,4, 1 раз/день – 10 дней). Размер простаты увеличен, в среднем, до 38,9 см³, размер узла, расположенного в центральной зоне, в среднем, достигал 10,6 см³, диффузное снижение экзогенности зоны узла, снижение количества приносящих и относящих сосудов, в отдельных участках кровотока полностью отсутствовал, показатели кровотока были снижены как в самой ткани простаты, так и в проекции узла. При контрольном трансректальном УЗИ предстательной железы с доплерографией мы отметили появление кровотока в ранее «немых» зонах, появились хорошо видимые приносящие сосуды, возросла линейная пиковая, линейная диастолическая и линейная средняя скорости, снизились показатели пульсационного индекса и индекса резистентности, увеличился диаметр сосудов, что сопровождалось ростом количества сосудов на 1 см² (ПСС) и объемного кровотока по ним. Суммарный балл IPSS: 7,3-5,1. Минимальная скорость потока мочи: 7,5-8,2 мл/с. ПСА: 2,8-1,7. Индекс боли с 13,20±0,10 до 2,91±0,03, в ГС с 12,94±0,09 до 2,89±0,029. качество жизни с 10,59±0,09 до 1,91±0,01, в ГС с 10,70±0,09 до 1,93±0,01. Достоверно уменьшились размеры узла на 8 см³. В ГС при достоверном уменьшении размеров узла, изменений кровотока в узловом образовании нами отмечено не было. При контрольном трансректальном УЗИ предстательной железы с доплерографией еще через 12 месяцев полученная положительная тенденция сохранилась. Обострения хронического воспалительного процесса и изменений качества мочеиспускания в ОГ не было. Изменение качества жизни в лучшую сторону через 4 месяца приема комплексной терапии отмечали все пациенты ОГ, а в ГС сохранялись симптомы подострого течения хронического цистита, и пациенты продолжали реагировать на провоцирующий фактор-переохлаждение, что требовало повторного обследования и назначения противовоспалительных средств.

Кроме того, в ОГ пациентов применяли импазу по одной таблетке ежедневно. Оценка результатов лечения больных с ЭД проводилась на основании суммы баллов по ответам пациентов на вопросы 1–5 и 15 Международного индекса эректильной функции (МИЭФ) и дневников пациентов, характеризующих профиль половых отношений (ППО) до и после курса приема импазы. Регистрировалось улучшение показателей МИЭФ и ППО у пациентов по окончании приема импазы. В конце срока большинство пациентов (78,57%) отмечали удовлетворенность половым актом в целом (балл по МИЭФ доходил до 27).

Таким образом, проведение комплексной терапии с включением антибактериального препарата позволяет воздействовать на микробный агент и улучшает микроциркуляцию, но не препятствует возникновению побочного эффекта от проведения данной этиотропной терапии в виде снижения уровня тестостерона и развития ЭД. В результате назначения адекватной терапии в виде приема блокатора кератиноподобного фактора роста – Афала – данного побочного эффекта не встречается, а присоединение к комплексной терапии «Афала+антибиотик» и импазы восстанавливает качество жизни современного мужчины.

Применение бактериофагов при лечении урологических заболеваний

Е.А. Яковец, А.И. Шевела, В.Е. Репин, Ю.Н. Козлова
Новосибирск

Несмотря на многообразие препаратов, предлагаемых для химиотерапии бактериальных заболеваний (свыше 600 наименований, из них более 100 антибиотиков), инфекции мочевых путей до настоящего времени занимают первое место среди всех госпитальных инфекций.

Трудности лечения урологической инфекции обусловлены многими факторами. Внедрение эндоскопических вмешательств (как лечебного, так и диагностического характера) и высоких технологий в урологическую практику, кроме положительных сторон, внесло ряд проблем: открылись новые входные ворота инфекции, увеличилось количество оперируемых больных пожилого и старческого возраста с ослабленным иммунитетом. Постоянные дренажи, камни и остаточная моча служат объектами для колонизации и местами размножения госпитальной микрофлоры. Преобладание роли условно-патогенных микроорганизмов в развитии госпитальной урологической инфекции привело к снижению эффективности лечения и создало трудности в подборе лечебных препаратов, особенно для больных, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями почек и мочевыводящих путей. Первоначальная, природная резистентность к старым антибиотикам не исчезает, и бактерии постепенно совершенствуют механизмы устойчивости и вырабатывают факторы защиты от новых групп антибиотиков таких, как цефалоспорины 3-го поколения или фторхинолоны. Антибиотики создают селективный фон для постепенного распространения устойчивых к ним штаммов микроорганизмов и широкого распространения в природе механизмов обмена информацией.

Хорошие перспективы в качестве антибактериальной терапии имеют препараты бактериофагов.

Лечебно-профилактические бактериофаги содержат поликлональные вирулентные бактериофаги широкого диапазона действия, активные в том числе и в отношении бактерий, устойчивых к антибиотикам. Фаготерапия может успешно сочетаться с назначением антибиотиков.

Достоинство этих препаратов заключается в строгой специфичности действия, поскольку они вызывают гибель только своего конкретного вида бактерий, не влияя, в отличие от антибиотиков, на нормальную микрофлору кишечника больного.

Фаготерапию применяли в основном при лечении хронических инфекционно-воспалительных урологических заболеваний: хронического цистита,

хронического пиелонефрита, хронического простатита, уретрита, – всего 30 человек. Для лечения использовали жидкие бактериофаги. Применяли фаги как местно, так и внутрь. Курс лечения – 7–10 дней.

Удовлетворительные клинические анализы были получены уже на 2–4 день лечения бактериофагами: уменьшение симптомов общей интоксикации, дизурии, снижение температуры тела.

Общая бактериологическая эффективность была свыше 84%, клиническая – свыше 92%. Клиническая эффективность фаготерапии почти сопоставима с активностью в контрольной группе больных, которых лечили современными антибиотиками – фторхинолонами.

Таким образом, бактериофаготерапия инфекций мочевых путей является эффективным самостоятельным видом лечения или может использоваться в комбинации с антибактериальной химиотерапией.

Возможности использования антибактериальной терапии в лечении хронического пиелонефрита (ХП) с учетом резистентности микроорганизмов

Я.В. Яковец, Е.А. Яковец
Барнаул

Этиологическая структура урогенитальных инфекций постоянно меняется и как моноинфекция встречается лишь в 12–18% случаев, а в ассоциации с другими патогенными микробами – в 87–90%. В последнее время резко возросла частота хламидийной, микоплазменной и уреаплазменной («внутриклеточных») инфекций, борьба с которыми представляет значительные трудности в связи с особенностями указанных микроорганизмов и спецификой ответных реакций организма. Их биологические свойства препятствуют фагоцитозу и перевариванию их в фагоцитах, тогда последние становятся разносчиками инфекции, содействуя ее генерализации. Микробы оказывают цитотоксическое действие на лимфоциты и подавляют активацию естественных Т-киллеров. При этом регистрируются характерные для аутоиммунных процессов иммунологические сдвиги, а при персистирующей инфекции регистрируются нарушения гемостаза по типу синдрома ДВС. Лечение такой категории пациентов затруднено. Учитывая то, что в 85–95% случаев возбудителем также является *E.coli*, то сочетание этого возбудителя с внутриклеточными – одно из самых частых. При наличии клинических проявлений инфекционно-воспалительного процесса со стороны мочеполовых органов и идентификации возбудителя необходимо назначение этиотропной терапии. По последним данным назначение ударных доз антибиотиков длительное время приводит к формированию т.н. гена резистентности у микроорганизмов. Поэтому в последнее время много усилий направлено на разработку пролонгированных схем лечения при уменьшении дозировок назначаемых препаратов.

Нами в лечении больных ХП с идентифицированным возбудителем предложена следующая схема: препарат левофлоксацин (флексид): он обладает высокой активностью и против «внутриклеточных» микроорганизмов, улучшенными фармакокинетическими свойствами (прием 1 раз в сутки), высокой клинической эффективностью при лечении ассоциированных инфекций, осложненных воспалительными заболеваниями органов урогенитального тракта, низкой вероятностью развития устойчивости, экономической доступности.

стью, 500 мг 1 раз/день 5 дней, затем с 6-го дня пациенты переводились на препарат пefлоксацин (абактал) по 400 мг 1 раз/неделю сроком от 4 недель до 6 месяцев в зависимости от тяжести состояния и длительности ХП.

Нами пролечено 37 больных ХП, которые были поделены на 2 группы: основная группа (ОГ) – 26 пациентов, которые в комплексном лечении получали Флексид 5 дней, группа сравнения (ГС) – 11, которые на базе других лечебных учреждений получили без эффекта общепринятую консервативную терапию, затем в связи с неэффективностью была назначена предложенная комплексная терапия. Результаты их лечения до ее назначения составили контрольную группу (КГ). Больных беспокоили отсутствие эффекта от ранее проводимой терапии, частые периоды обострения.

Длительность лечения составила в среднем в КГ и ГС – 4,3 месяца, в ОГ – 2,1 месяца. Клиническая эффективность – в ГС – 78,2%, в ОГ – 97,4% (КГ – 0%). Микробиологическая эффективность – в ГС – 93,9%, в ОГ – 95,3% (КГ – 0%). Число обострений ХП в течение 1 года – ГС – 2, в ОГ – 0 больных. Даже при условии проведения эмпирической терапии назначение комплексной терапии у пациентов с ХП предпочтительнее.

Возможности комплексной терапии хронических воспалительных заболеваний мочевого пузыря

Я.В. Яковец, Е.А. Яковец

Барнаул

Цистит – распространенное заболевание, сопровождающееся выраженными дизурическими расстройствами, плохо поддающееся лечению. Существующие к настоящему времени свыше 40 способов лечения (гормонотерапия, инстилляци, блокады, физиолечение и т.д.) дают непродолжительный эффект и не избавляют женщин от страданий. Поэтому оправданы поиски новых подходов к лечению этой патологии.

Нами обследовано 26 женщин в возрасте от 25 до 58 лет, длительное время страдающих хроническим циститом. При проведении фиброцистоскопии с биопсией выявлены изменения слизистой, которые выражались в ее разрыхлении и небольших ворсинчатых разрастаниях в области шейки мочевого пузыря, умеренного отека треугольника Льео, наличии отдельных белесоватых участков до 3–5 мм там же. Биопсия бралась из различных участков мочевого пузыря для определения зоны поражения. При гистологическом исследовании биоптатов обнаружены изменения эпителия в виде выраженных пролиферативных процессов (с утолщением эпителиального пласта за счет увеличения количества слоев до 9–11 и более), очагов плоскоклеточной метаплазии, гетерогенных разрастаний (гнезд Брунна), выраженной лимфоцитарной очаговой плазмацистотической инфильтрации, дистрофических и склеротических изменений разной степени выраженности в подэпителиальном слое, склеротических изменений в сосудах слизистой мочевого пузыря. При этом, у этой категории пациентов при проведении лабораторных исследований характерных для воспалительных процессов изменений в общем анализе мочи выявлено не было, а при проведении посевов мочи на стерильность регистрировался рост сапрофитной микрофлоры в концентрации более 10^4 КОЕ/мл.

Пациенткам была предложена комплексная терапия, состоявшая из курса антибактериальной терапии левофлоксацином (Таваник) 0,5 1 раз/день 5

дней, затем 0,25 1 раз/день еще 5 дней и затем по 0,25 1 раз/день по 5 дней ежемесячно в течение 3 месяцев. В течение всего срока больные получали альфузозин (Дальфаз-СР) по 10 мг 1 раз/день. Состояние больных нормализовалось к 7-10 дню первого курса приема препаратов. Из 26 пролеченных женщин у 22 полностью исчезли симптомы заболевания, у 4 – боли и рези при мочеиспускании стали значительно слабее и реже. Нами не отмечено никаких осложнений от предложенного лечения.

Комбинированное лечение и профилактика хронических инфекций мочевыводящего тракта в современных условиях

Я.В. Яковец, Е.А. Яковец
Барнаул

Воспалительные заболевания органов мочевой системы составляют 2/3 всей урологической патологии. Наиболее частым проявлением является острый цистит, острый и хронический пиелонефрит. Распространенность острого цистита в России составляет 26–36 млн случаев в год у женщин и 6–8 эпизодов в год на 10 000 мужчин. В последние годы констатируется заметный рост заболеваемости. Пиелонефрит – инфекционно-воспалительный процесс неспецифической этиологии. При этом преобладание кишечной палочки и видов протей среди возбудителей пиелонефрита связывают с анатомической близостью и общностью кровообращения мочевыделительной системы, кишечника и гениталий. Остается высоким процент выделений *Ps. aeruginosa* – около 19%, преимущественно у больных с осложненными формами пиелонефрита (на фоне мочекаменной болезни, аномалий развития почек, доброкачественной гиперплазии простаты). Возбудителями пиелонефрита могут выступать не только бактериальная флора, но и грибы, вирусы, но наиболее частыми возбудителями пиелонефрита являются синегнойная палочка, протей, энтерококк, стафилококк, кишечная палочка. Нами проведено исследование по комбинированному лечению и профилактике хронических инфекций мочевыводящего тракта в современных условиях.

1-я группа – антибактериальные препараты в соответствии с антибиотикограммой в течение 10 дней 1 раз/месяц в течение 3 месяцев (схема О.А. Тиктинского, сокращенная) в общепринятых стандартных дозировках. 2-я группа – одновременно с антибактериальными препаратами (в соответствии с антибиотикограммой) получали уроваксом – лиофилизированный бактериальный лизат 18 штаммов *E.coli*. Препарат стимулирует Т-лимфоциты, индуцирует образование эндогенного интерферона, увеличивает содержание Ig A, в том числе в моче, восстанавливает уротелий, обладая тропностью к нему. Препарат назначался по 1 таблетке 1 раз/день в течение 3 месяцев независимо от природы микроорганизма. Контроль проводился по окончании курса лечения и через 12 месяцев от его начала. У всех больных обеих групп при проведении общих анализов крови определялся умеренный лейкоцитоз с нейтрофилизом и увеличение СОЭ, в анализах мочи отмечались протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия. При проведении посевов мочи на микрофлору и ее чувствительность к антибиотикам было выявлено, что возбудителями хронического вторичного пиелонефрита, также как и остро было полимикробная флора.

До лечения микрофлора выше критической концентрации при проведении посевов мочи выявлена у пациентов всех групп в 100% случаев. После лечения в 1-й группе процент высеваания микрофлоры мочи в концентрации ниже критической через 3 месяца – 67%, через 12 месяцев – 35%, процент полного очищения мочи – 30% и 42% соответственно, процент высеваания микрофлоры мочи в концентрации выше критической – 3% и 23% соответственно. Во второй группе – через 3 месяца – 12 и 3%, 88 и 100%, а микрофлора в концентрации выше критической не определялась. Кроме того, при изучении факторов патогенности у высеваемой в моче микрофлоры нами выявлено, что включение антибиотика в лечение приводит к незначительному снижению таких стабильных патогенных свойств микроорганизмов, как гемолитическая, протеолитическая и уреазная активность (на 8,8%; 10,0% и 12,5% соответственно), но приводит к снижению адгезивной, антибиотикорезистентной и антибактерицидной активности (на 34,2%; 21,7% и 32,4% соответственно). Сочетанное применение «антибиотик+уроваксом» привело к значительному снижению всех факторов патогенности: на 27,4%; 41,1%; 44,7%; 58,6%; 25,1% и 64,2% соответственно.

Показатели иммунного статуса в контрольной группе до и после лечения были следующими: в 1-й группе больных не устранились изменения в иммунном статусе: после проведения традиционной антибактериальной терапии у больных отмечалась некоторая стимуляция Т-лимфоцитарного звена, но абсолютное и относительное количество Т-лимфоцитов оставалось ниже контрольных величин; без нормализации прошло и увеличение абсолютного и относительного количества В-лимфоцитов. Поскольку сохранялись сниженными уровни Ig A и Ig M, повышенным – уровень IgG, рост показателей ранних и восстановленных Т-лимфоцитов тем не менее не достигал контрольных величин, незначительно снизилось содержание иммунных комплексов, можно говорить об умеренной стимуляции как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета, хотя угнетение их сохранялось. Включение урваксома позволило нормализовать показатели Т-хелперов, НСТ-теста, иммуноглобулинов всех классов, иммунных комплексов и СМ, что указывало на снятие дефицита гуморального звена иммунитета. Сочетание в комплексной терапии дает наибольший эффект и полностью устраняет имевшийся иммунодефицит, нормализуя все изученные показатели иммунного статуса.

При оценке отдаленных результатов лечения больных оказалось, что использование антибиотика и урваксома в комплексном лечении больных с хроническим вторичным пиелонефритом позволяет снизить количество рецидивов пиелонефрита в ближайшие 9 месяцев на 41,8% случаев.

Таким образом, у больных вторичным хроническим пиелонефритом включение урваксома в комплексную терапию способствует полному очищению мочи, ликвидируется иммунодефицит по клеточному и гуморальному звеньям иммунитета, что позволяет добиться снижения частоты обострений хронического пиелонефрита.

**МЕТОДЫ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ,
ФИЗИОТЕРАПИИ
И КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
В ЛЕЧЕНИИ УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Лечебное действие минеральных вод на основные патогенетические сдвиги у больных нефролитиазом

А.В. Давыдов, И.В. Каблова

Барнаул

Нефролитиаз относится к числу наиболее часто встречающихся заболеваний в клинической урологии. Ни совершенная диагностика, ни адекватные методы лечения больных нефролитиазом не избавляют их от рецидива заболеваний, инвалидизации и смертности. В связи с этим актуальным является оценка роли и методов реабилитации, длительного динамического наблюдения и лечения больных нефролитиазом в санаторно-курортных условиях. Несмотря на широкое практическое использование в курортной практике бальнеотерапии в реабилитации больных нефролитиазом, результаты восстановительной терапии зачастую бывают неудовлетворительными, так как исследований, рассматривающих механизм действия минеральных вод (МВ) на отдельные звенья патогенеза нефролитиаза, явно недостаточно. Следствием этого является отсутствие концептуальных положений индивидуализированного подхода к назначению бальнеотерапии, изучения механизма действия и влияния различных типов МВ на патогенетические звенья нефролитиаза.

Целью работы явилось изучение лечебного действия минеральных вод на основные патогенетические сдвиги у больных нефролитиазом.

В исследование вошли 125 больных нефролитиазом в возрасте от 20 до 56 лет (средний возраст составил $38,0 \pm 2,6$ лет). В комплексном лечении исследуемые пациенты получали минеральные воды «Белокурихинская Восточная 2» и «Серебряный ключ».

Минеральная вода «Белокурихинская Восточная 2» курорта Белокуриха является сульфатно-хлоридной магниево-кальциево-натриевой с малой минерализацией ($3,7$ г/дм³), нейтральной реакцией водной среды (рН 7,13).

Минеральная вода «Серебряный ключ» санатория «Рассветы над Бией» является слабоминерализованной гидрокарбонатной магниево-кальциевой со слабощелочной реакцией. Из специфических компонентов в ней обнаружены в повышенном количестве кремниевая кислота ($24,7\text{--}36,0$ мг/дм³) и серебро ($4,5\text{--}7,0$ мкг/ дм³).

С целью оценки эффективности лечения и влияния изучаемых минеральных вод на основные патогенетические сдвиги у больных нефролитиазом был проведен сравнительный анализ результатов исследований в двух группах пациентов. В первой группе ($n=63$) лечение проводилось спазмолитической терапией с включением в лечебную схему минеральной воды «Белокурихинская Восточная 2», во второй ($n=62$) – минеральной воды «Серебряный ключ».

Для этого у больных оценивали степень коррекции клинического течения заболевания, клинико-лабораторных показателей, солевого состава мочи, экскреции электролитов (К, Na), кальция, мочевой кислоты и оксалатов в суточной моче, показателей энзимуррии и функционального состояния почек.

Сравнительный анализ показал, что у пациентов 1-й группы улучшение общего состояния наступало на 3–4-е сутки, к 6–8-м суткам у 78,8% пациентов купировались боли в поясничной области, а у 87,3% пациентов симптом поколачивания стал отрицательным, и 80,8% больных отметили самостоятельное отхождение конкрементов.

У 82,3% пациентов 2-й группы к 4–6-м суткам купировались боли в поясничной области, у 90,3% пациентов симптом поколачивания стал отрицательным. Кроме того, только в этой группе макрогематурия, тошнота, рвота на 4–6-е сутки лечения отсутствовали у 100% больных, и в эти же сроки 83,9% пациентов отметили самостоятельное отхождение конкрементов.

Статистически значимое снижение экскреции кальция и оксалатов до $6,52 \pm 0,11$ и $0,216 \pm 0,05$ ($P < 0,05$) в суточной моче происходило только во 2-й группе больных, в 1-й же группе пациентов такое снижение экскреции было отмечено со стороны мочевой кислоты до $6,89 \pm 0,7205$ ($P < 0,05$).

Максимальное снижение и нормализация экскреции ферментов в моче произошло у пациентов 2-й группы. Под воздействием комплексного лечения отмечалось более выраженное уменьшение уровня ГГТ на 34,6%, ЩФ – на 31,3% и ЛДГ – на 11% в отличие от пациентов 1-й группы. В сравниваемых группах пациентов регистрировалась положительная тенденция к нормализации НАГ в моче и концентрация этого фермента равномерно достигла контрольного уровня.

Во 2-й группе больных, по данным сцинтиграфии, отмечалась наиболее существенная динамика в улучшении функциональной способности пораженной почки. Это проявилось в статистически значимом снижении и нормализации времени накопления и периода полувыведения радиофармпрепарата с одновременным увеличением СКФ, при этом данный показатель даже превысил контрольную величину.

Таким образом, обращает на себя внимание тот факт, что при сравнительном анализе действия минеральных вод «Белокурихинская Восточная 2» и «Серебряный ключ» на экскрецию электролитов мочи, первая в большей степени оказывает благоприятное воздействие на экскрецию мочевой кислоты, вторая же – на экскрецию кальция и оксалатов. Благодаря снижению оксалатно-кальциевой кристаллурии на фоне приеме минеральной воды «Серебряный ключ» в большей степени происходит восстановление поврежденных эпителиальных клеток проксимального отдела нефрона. На это указывает нормализация концентрации всех исследуемых энзимов в моче.

Тренировка мышц тазового дна под контролем биологической обратной связи в лечении недержания мочи после радикальной простатэктомии

Ю.Л. Демидко, Е.А. Безруков, Д.В. Бутнару, Л.С. Демидко
Москва

Тренировка мышц тазового дна относится к первой линии лечения недержания мочи после простатэктомии. Эффективность такого лечения сильно зависит от терпения пациента и выраженности его мотивации. В большинстве исследований, посвященных этому методу лечения, тренировка производилась без обратной связи, таким образом, не было возможности контроля правильности мышечного упражнения. Метод реабилитации, при котором человеку с помощью электронных приборов в режиме реального времени предоставляется информация о физиологических показателях деятельности его внутренних органов посредством визуальных или звуковых сигналов, называется биологическая обратная связь.

Система упражнений, разработанная Д.Н. Атабековым и А. Кегелем (1949), направлена на повышение тонуса произвольных мышц таза и развитие сильного рефлекторного сокращения в ответ на внезапное повышение внутрибрюшного давления. Способность сознательно управлять мышцами тазового дна позволяет не только увеличивать замыкательную способность сфинктерных механизмов, но и подавлять непроизвольные сокращения детрузора. Природа этого явления не вполне ясна. Возможно, сокращение поперечнополосатого сфинктера не только механически препятствует вытеканию мочи, но и одновременно рефлекторно тормозит сокращения детрузора, причем это касается как произвольного, так и вызванного электростимуляцией напряжения сфинктера. Другое объяснение заключается в том, что перемещение мочи из мочевого пузыря в уретру является триггером (пусковым механизмом), запускающим сокращение детрузора. Укрепление мышц тазового дна предупреждает такое преждевременное перемещение мочи в мочеиспускательный канал. Мы применили данный метод у 37 пациентов, перенесших радикальную простатэктомию. Возраст больных составил 62 (54–72) года.¹

Для оценки выраженности жалоб мы применяли опросник ICIQ-SF, рекомендованный Европейской ассоциацией урологов. По объему он небольшой и включает простые и доступные для пациентов вопросы (Seckiner I, 2007). Частота подтекания мочи несколько раз в день выявлена у 26 (70,3%) больных, все время – у 9 (24,3%). У остальных частота недержания была от раза в неделю до одного раза в день. Эти симптомы возникали на пути к туалету у 12 (32,4%) больных, при чихании и кашле у 27 (73%), во сне у 6 (16,2%), при физической нагрузке у 32 (86,5%), после посещения туалета у 9 (24,3%). Без особых причин недержание отметили 12 (32,4%) больных. Таким образом, у большинства больных было сочетание различных условий, при которых возникает недержание мочи.

Учитывая выраженность симптомов по данным опросника, заполнение дневника мочеиспусканий и применение теста с прокладкой для пациентов было затруднительным, особенно в начале лечения.

Недержание мочи к моменту обращения продолжалось 2 (1–34) месяца и не имело тенденции к уменьшению.

Всем пациентам подробно и доступно были объяснены вероятные причины недержания мочи после операции. После этого больные обучались идентифицировать мышцы тазового дна. С этой целью они производили сокращения мышц таза под контролем электромиографического датчика, установленного в прямую кишку. На передней брюшной стенке были установлены электроды, фиксирующие активность мышц живота. Суммарная электромиограмма от мышц таза и прямых мышц живота выводилась на экран монитора и была доступна пациенту в режиме реального времени. Обучение упражнениям заключается в выработке умения сокращать произвольные мышцы таза, в то время как мышцы живота минимально принимают участие в этом процессе. После освоения пациентом данной методики очередные занятия направлены на уточнение оптимальной нагрузки для пациента. Для этого на очередном занятии увеличивается нагрузка. Контроль осуществляется на основании субъективного ощущения усталости, а также по показателям суммарной электромиограммы тазовых мышц. Периодичность занятий с применением биологической обратной связи подбирается индивидуально с учетом выработки и закрепления навыка изолированных сокращений, а также переносимости заданной нагрузки.

¹ Здесь и далее указана медиана, 5 и 95 перцентиль.

Продолжительность тренировки мышц тазового дна под контролем проводилась в течение 3 (1–14) месяцев. В течение этого времени приобрели стойкий навык изолированного сокращения мышц тазового дна 18 (48,6%) пациентов. У 19 (51,4%) больных сокращение мышц таза сопровождалось активностью мышц передней брюшной стенки. Эта группа нуждалась в более частых тренировках под контролем обратной связи. Самостоятельный контроль электромиографической активности мышц передней брюшной стенки позволяет повысить эффективность упражнений.

В процессе тренировок 7 (18,9%) пациентов могли полностью удерживать мочу в любых обстоятельствах, у 12 (32,4%) произошло улучшение состояния, что выразилось в снижении количества эпизодов недержания, уменьшения числа используемых прокладок. Отсутствие изменений состояния отмечено у 16 (43,2%) больных, а 2 (5,4%) установлен искусственный сфинктер мочевого пузыря.

Медиана улучшения способности удерживать мочу составила 6 месяцев. У больных с устойчивым навыком изолированных сокращений мышц таза этот показатель составил 5 месяцев, а при отсутствии этого навыка 10 месяцев ($p=0,02$).

Длительность лечения недержания мочи с применением тренировки мышц тазового дна под контролем биологической обратной связи обусловлена способностью сокращать мышцы промежности без подключения передней брюшной стенки. Этот навык может быть одним из критериев эффективности тренировки мышц тазового дна под контролем биологической обратной связи. Дополнительный канал информации в виде суммарной электромиограммы от мышц передней брюшной стенки позволяет пациенту регулировать их активность и повышать результативности занятий.

Хронобиологическая оптимизация физиолечения у больных хроническим простатитом

И.А. Колмацуй, Е.Ф. Левицкий, Л.В. Барабаш

Томск

Абактериальный хронический простатит (категории 3А, 3Б) является наиболее распространенной и плохо поддающейся лечению урологической патологией. Наличие сезонных обострений воспалительного процесса (весна, осень) и рецидивирующее течение заболевания дают основание для дифференцированного подхода в физиолечении хронического простатита (ХП) в разные фазы околгододового цикла.

В течение трех лет обследовано 192 больных абактериальным ХП (8–10 человек в месяц), в возрасте 44–56 лет. Контрольную группу составили больные (124 человек), которым проводился базовый лечебный комплекс без хронобиологической оптимизации (одинаковый во все временные периоды года). Основную группу составили больные (68 человек), которые в периоды: март–апрель и октябрь–ноябрь, получали лечебный комплекс с учетом хронобиологической коррекции. Пациенты базовой и основной групп были сопоставимы по возрасту, длительности и тяжести заболевания.

Больные контрольной группы получали комплексное физиолечение, включающее: светодиодную терапию (инфракрасного и красного диапазонов) рек-

тально, ДДТ-терапию, торфяные аппликации в чередовании с хлоридно-натриевыми ваннами и ректальные сапропелевые тампоны. Больным основной группы в периоды: март-апрель и октябрь-ноябрь, физиолечение было оптимизировано за счет применения светодиодного излучения синего диапазона в сочетании с постоянным магнитным полем, сочетанного применения ректальных сапропелевых тампонов, магнитотерапии и СМТ-терапии. Это позволило снизить интенсивность каждого вида воздействия (температуру и экспозицию), увеличив при этом его эффективность.

Выявлено, что эффективность лечения в окологодовом цикле у больных ХП базовым комплексом была наименьшей в марте-апреле, октябре-ноябре. Так, суммарный балл опросника NIH CPSI в марте, апреле, октябре и ноябре снижался после лечения только в 1,3 раза, ($p > 0,05$), а суммарный балл опросника IPSS в 1,4 раза ($p > 0,05$). Количество лейкоцитов в простатическом секрете в марте-апреле, октябре-ноябре нормализовалось относительно реже. В апреле и октябре наблюдались негативные изменения адаптационной реактивности (по X. Гаркави) – снижение реакции спокойной активации в 2,5 раза и увеличение реакции повышенной активации в 1,9 раза, при отсутствии реакции тренировки. В марте-апреле и октябре-ноябре у 30,6% пациентов в процессе лечения отмечалось обострение воспалительного процесса, что требовало отмены тепловых процедур на 2-3 дня и назначения медикаментозной терапии.

Активность каталазы в окологодовом цикле была максимальной в апреле ($46,7 \pm 6,6$ мккат/л) и октябре ($34,0 \pm 4,0$ мккат/л), что указывало на нарушение мембранных структур. Максимальные значения МДА наблюдались в феврале-апреле и ноябре. В апреле зафиксированы максимальные значения церулоплазмينا (408 ± 26 мг/л), динамика которого отражала окологодовую цикличность с акрофазой в марте-апреле. В марте-апреле, октябре-ноябре наблюдалась стимуляция клеточного иммунитета за счет Т-супрессоров, что указывало на дисбаланс иммунитета и снижение адаптационных возможностей организма. Содержание IgM в течение года резко снижалось в апреле и ноябре ($1,1 \pm 0,1$ г/л) и ($1,3 \pm 0,2$ г/л), соответственно, а уровень лизоцима имел наименьшее значение в ноябре ($22,0 \pm 2,0$), что также свидетельствовало о снижении факторов неспецифической защиты организма в данные периоды. Анализ окологодовой динамики уровня тестостерона показал, что ортофаза уровня тестостерона приходится на апрель и его концентрации достоверно ($p < 0,01$) отличаются от таковой в январе и июле.

Полученные нами результаты косинор- и статистического анализа свидетельствуют о том, что в период с марта по апрель и с октября по ноябрь происходят адаптационные реакции организма, характерные для весенне-осеннего периода. Увеличивалось содержание лимфоцитов, повышалась активность ПОЛ, стимулировалась ферментативная активность, усиливался синтез иммуноглобулинов. Отмечались и негативные реакции, такие как снижение тестостерона, усиление каталазной активности в сыворотке выше нормальных значений, увеличение значения отношения МДА/ОЛ, указывающего на активное окисление липидов. Выявленные изменения свидетельствуют о нарушении равновесия в системе ПОЛ-АОС, подавлении анаболических реакций, снижении активности стресс-лимитирующих систем, дисбалансе клеточного иммунитета, что свидетельствует о напряжении регуляторных систем, обеспе-

чивающих гомеостаз в периоды с февраля по апрель и с октября по ноябрь.

Таким образом, проведенный анализ позволил выявить, что в марте-апреле, октябре-ноябре наблюдается напряжение в функционировании регуляторных систем организма, усугубляющее течение ХП. Эффективность лечения базовым комплексом больных ХП в окологодном цикле имела наименьшее значение в марте-апреле и октябре-ноябре. Это обусловило актуальность оптимизации физиолечения в неблагоприятные периоды. При применении оптимизированного комплекса физиолечения ХП в марте-апреле и октябре-ноябре эффективность лечения значительно повышалась и составила 91,7%, 92,8%, 93,2%, 89,8%, ($p < 0,05$), соответственно.

Оценка эффективности лечения у больных хроническим простатитом

И.А. Колмацуй, А.А. Зайцев, Е.Ф. Левицкий

Томск

Одной из важнейших задач в лечении больных хроническим простатитом является повышение уровня объективной оценки его эффективности исходя из принципов доказательной медицины. Особенности оценки эффективности физиолечения связаны с учетом многочисленных показателей и необходимостью выбора точных критериев, комплексным воздействием лечебных факторов на организм и индивидуальной реакцией со стороны органов и систем. В связи с эффектом последствия природных и физических лечебных факторов максимальная эффективность лечения наблюдается спустя несколько недель после его завершения, что затрудняет возможность отследить отдаленные результаты.

Оценка эффективности лечения у больных хроническим простатитом (ХП) представляет актуальную проблему в связи с отсутствием общепризнанного интегрального показателя, объективно отражающего состояние клинических, лабораторных и функциональных показателей и их динамику в процессе лечения.

Критериями оценки эффективности лечения у больных ХП являются: данные опросников (NIH CPSI, QoL; IPSS, QoL, МИЭФ-5), пальцевого ректального исследования, исследования простатического секрета (микроскопия, бактериологическое исследование, четырехстаканный тест по Meares и Stamey), ТРУЗИ органов малого таза, урофлоуметрия. Данные исследования не лишены определенных недостатков (субъективизм, сложность воспроизведения и неоднозначность интерпретации результатов). Так, количество лейкоцитов в секрете простаты необходимо рассматривать только в взаимосвязи с субъективными и объективными показателями. Увеличение количества лейкоцитов в процессе лечения при положительной динамике жалоб и параметров пальцевого исследования простаты не является признаком обострения, а свидетельствует об улучшении дренажной функции ацинусов.

Как правило, при оценке эффективности физиолечения не учитывают характер адаптационных реакций и уровень реактивности, состояние антиоксидантной защиты, иммунный и вегетативный статус.

В основе предлагаемого метода оценки эффективности лечения у больных

ХП лежит унифицированная система стандартизации значений качественных и количественных показателей по шкале Харрингтона и интегрально-модульная оценка состояния здоровья с определением индекса здоровья в модификации В.Ф. Казакова, В.Г. Серебрякова (2004).

Разработанная интегральная система оценки состояния больного и эффективности лечения включает в себя количественные и качественные показатели, отражающие клинико-лабораторный и функциональный статус пациентов с учетом степени выраженности основного заболевания и его осложнений.

На основании предварительно проведенного дискриминантного анализа выявлены наиболее информативные показатели оценки эффективности лечения у больных ХП: суммарный балл опросников (NICH CPSI, QoL; IPSS, QoL), пальцевое исследование простаты (размеры, консистенция, болезненность), анализ простатического секрета (содержание лейкоцитов, лецитиновых зерен), состояние адаптационных реакций и уровень реактивности больных по Л.Х. Гаркави, биохимические показатели (каталаза, МДА), ТРУЗИ ОМТ (объем простаты и остаточной мочи), урофлоуметрия (максимальная скорость мочеиспускания).

Данные показатели достоверно менялись в процессе лечения (дельта) и коррелировали между собой и с интегральной эффективностью лечения (по критериям Пирсона, Спирмана).

На 1 этапе оценки проводилось ранжирование показателей в зависимости от степени отклонения от нормы по шкале Харрингтона. На 2 этапе оценки проводилось нормирование рангов признаков. На 3 этапе проводилось определение фактического отклонения от идеальных значений признаков. На 4 этапе рассчитывался интегральный индекс здоровья (ИЗ) по разработанной формуле, учитывающей суммарное отклонение признаков от оптимальных значений, выражающееся в процентах.

Непосредственная оценка эффекта лечения определялась по разности значений интегрального индекса здоровья до и после курса лечения, причем градации изменений («ухудшение», «незначительное улучшение», «улучшение», «значительное улучшение») были определены путем предварительно проведенной экспертной оценки эффективности лечения.

Таким образом, предложенная интегральная система оценки эффективности восстановительного лечения у больных ХП является информативной и объективно отражает динамику клинических, лабораторных и функциональных показателей в процессе лечения.

Комплексное лечение хронического цистита на курорте «Белокуриха»

А.С. Колтаков, Л. М. Украинская, И.В. Каблова

Белокуриха

В последние годы хронический цистит занимает одно из центральных мест в структуре урологических заболеваний. Абсолютное преобладание женщин среди больных этой категории очевидно. Высокая частота рецидивирования связана не только с анатомо-физиологическими особенностями

женского организма, но и с некоторыми социальными аспектами, такими, как раннее начало половой жизни, большое количество половых партнеров, а также с бесконтрольным применением антибактериальных препаратов. В связи с определенными трудностями диагностики и неудовлетворительными результатами лечения хронических форм заболевания, особого внимания заслуживает курортная реабилитация данных пациентов.

Нами проведен анализ результатов лечения 26 женщин с хроническим циститом, получавших комплексную терапию на базе урологического отделения санатория «Сибирь». Средний возраст пациенток составил $39 \pm 1,3$ лет, частота обострений 2–4 раза в год. Срок реабилитации на курорте от 14 до 21 дня.

При обследовании больных применялись следующие методы: сбор анамнеза, физикальное обследование, ультразвуковое исследование мочевого пузыря. В динамике – анализ дневников мочеиспускания, общий анализ мочи, анализ мазков из влагалища, урофлоуметрия, оценка микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) на аппарате «ЛАКК-02». Для проведения урофлоуметрии использовалась диагностическая система «urodyn 1000» производства компании Mediwatch (Великобритания). Данное исследование проводилось утром после ночного сна.

При первичном осмотре все пациентки предъявляли жалобы на периодические тупые боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, дискомфорт в области уретры. В общем анализе мочи у всех женщин отклонений от нормы не наблюдалось, что свидетельствовало об отсутствии активности воспалительного процесса. В анализах мазков из влагалища специфических возбудителей не найдено.

При ультразвуковом исследовании мочевого пузыря сопутствующих заболеваний не выявлено.

При выполнении урофлоуметрии установлено снижение максимальной скорости эвакуации, уменьшение объема выделенной мочи, увеличение времени эвакуации у 57 пациенток (81% случаев). При исследовании методом ЛДФ отмечено снижение микроциркуляции у 48 женщин (68% случаев).

Всем пациенткам назначался следующий комплекс процедур:

- минеральные ванны с термальной азотно-кремневой радоносодержащей водой, температура воды 38°C , длительность 8–10–15 минут по нарастающей, три дня ванны – один день перерыв, 10 ванн на курс;

- влагалищные орошения минеральной водой, которая подается через резиновый шланг из накопителя в металлический стерильный наконечник, вода для орошения подается под давлением 0,8 атм. Температура воды $36-37^{\circ}\text{C}$. Орошения проводились по 10–15 минут, ежедневно, на курс лечения по 10 процедур;

- инстилляции в мочевой пузырь растворов антисептиков с учетом индивидуальной переносимости (2% р-р колларгола, суспензия гидрокортизона, синтомициновая эмульсия, 5% р-р димексида, 0,01% раствор хлоргексидина, 0,01% раствор мирамистина), ежедневно, 10–12 процедур на курс;

- физиотерапевтические процедуры (СМТ-терапия аппаратом «Амплипульс-5» на область мочевого пузыря).

В результате проведенного лечения 23 (88%) больных отметили исчезновение болей и дискомфорта при мочеиспускании, уменьшение симптомов стрес-

сового недержания мочи, уменьшение числа мочеиспусканий в ночное время, увеличение порции мочи.

По данным урофлоуметрии, увеличение максимальной скорости эвакуации мочи и ее объема, а также уменьшение времени достижения максимальной скорости мочеиспускания наблюдалось у 26 (100%) пациенток.

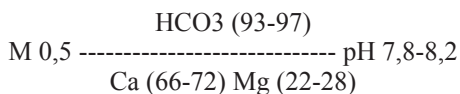
По данным ЛДФ, у 21 (81%) женщины наблюдалось улучшение микроциркуляции мочевого пузыря.

Таким образом, проведение комплексного санаторно-курортного лечения пациенток с хроническим циститом выявило высокую эффективность проводимых реабилитационных мероприятий с использованием природных лечебных факторов общего и местного действия.

Опыт использования минеральной воды «Серебряный ключ» в лечебно-восстановительной практике

Е.В. Лебедев
Стан-Бехтемир

Природная минеральная вода «Серебряный ключ» является гидрокарбонатной магниево-кальциевой со слабощелочной реакцией. Она относится к юным, ультрапресным, серебросодержащим водам. Состав воды представлен следующей формулой:



Основными специфическими компонентами, отвечающими за ее специфические свойства, являются соли кремниевой кислоты, ионы серебра, соли фтора, железа и других микроэлементов. Наиболее яркими способностями «Серебряного ключа» является ее диуретический и противовоспалительный эффекты, связанные с наличием кремниевой кислоты.

Ионы серебра отвечают за бактерицидную функцию этой минеральной воды, кроме того серебро активизирует каталитический эффект, в результате которого ускоряются процессы эпителизации язвенных процессов и антиаллергические воздействия. Доказано, что микродозировки серебра активнейшим образом принимают участие в строительстве нервных тканей организма и других процессах роста. Благоприятные функции железа, фтора, кальция, гидрокарбонатов также широко известны и не вызывают сомнений.

Диуретический и бактерицидный эффекты воды дают замечательные результаты при лечении мочекаменной болезни и пиелонефритов, а также дисметаболических нефропатий у детей. Вода способна останавливать процесс камнеобразования в почках и активизировать процесс отхождения оксалатов, уратов, фосфатов, песка и мелких конкрементов из мочевыводящих путей. Эта функция «Серебряного ключа» открыла новую эпоху реабилитации в уроло-

гии. Тысячи больных с мочекаменной болезнью (МКБ), благодаря возможностям этой уникальной воды, пролечены за последние 20 лет и гарантированы от рецидивов уролитиаза. По этому направлению накоплен богатейший опыт у сибирских урологов в лечении МКБ и хронических пиелонефритов.

Высокий эффект применения «Серебряного ключа» отмечен у больных подагрой, когда активно выводятся соли-ураты из организма, обеспечивая благоприятный клинический результат в комплексном лечении этого заболевания.

Накоплена богатая практика, когда эта минеральная вода помогала локализовать аллергические состояния у детей и укрепляла иммунитет.

«Серебряный ключ» дает положительные результаты при лечении андрологических проблем, – при хронических простатитах. Минеральная вода предотвращает формирование конкрементов в ацинусах простаты. В случаях выполнения больными регулярного питьевого режима, эффективность комплексного лечения хронического простатита значительно увеличивается.

Воды малой минерализации можно употреблять в значительных количествах, без ограничений, а на примере данной минеральной воды проведены многолетние наблюдения, когда она применялась и применяется в санатории «Рассветы над Бией» в качестве питьевой воды. Вот уже 20 лет в санатории процесс приготовления пищи построен с использованием серебросодержащих маломинерализованных лечебно-столовых вод в качестве питьевой воды.

Лечебные минеральные воды чаще имеют нейтральную или щелочную среду (рН = 6,7–8,5). Попадая в полость желудка и кишечник, они изменяют их собственную среду, тем самым оказывают влияние на функциональную активность.

В последние два десятилетия в России катастрофически выросла заболеваемость у детей. К этому процессу разрушающую добавку привносит современное питание. Появление свободы в подаче на рынке питания современных продуктов, созданных не по государственным стандартам, а по техническим условиям изготовителя, к сожалению, допускает примеры использования опасных для здоровья, особенно для здоровья детей, товаров питания повседневногo спроса. Это подозрительное молоко, которое не портится годами, это соки с большим содержанием ядовитых консервантов, это сладкие газированные воды и конфеты с ядовитыми красителями, вызывающие дисметаболические нефропатии у детей и т.д.

На фоне этой негативной тенденции наши наблюдения за детьми с дисметаболическими нефропатиями и другими поражениями почек доказали реальную эффективную возможность реабилитации этих больных детей с помощью минеральной воды «Серебряный ключ». Маленькой детской почке, которая не в силах противостоять повреждающему эффекту опасных продуктов питания, помогает восстановиться серебросодержащая минеральная вода.

Конечно же, такую воду необходимо использовать в формировании детского школьного питания: в санаторных учреждениях – для реабилитации детей, с профилактической целью – в домашних условиях. Наш опыт доказывает возможность создания безопасных технологий питания детей. И лечебные программы, разработанные в санатории с помощью специалистов научно-исследовательских институтов курортологии, кафедр урологии и педиатрии,

восстановительной медицины медицинских институтов и врачей санатория необходимо применять гораздо интенсивнее для повышения качества жизни наших детей.

Актуальна и необходима информационная поддержка практикующих врачей педиатров и урологов, терапевтов и специалистов восстановительной медицины в плане активизации реабилитационных мероприятий с применением минеральных вод, действительно улучшающих качество жизни.

Влияние минеральной воды «Алтайская золотая» на функциональные показатели почек у больных нефролитиазом

А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк, Н.А. Ноздрачев, А.П. Скопа, А.Б. Лебедев
Барнаул

Проблема лечения нефролитиаза остается весьма актуальной на сегодняшний день. Согласно исследованиям отдельных авторов, присутствие камня даже в чашечке нарушает нормальный ритм ее сократительной деятельности, оказывая влияние на уродинамику в целом. Повышение внутрилоханочного давления приводит к повреждению клеточных мембран нефротелия, что еще больше ухудшает функциональные возможности почки. Анализ литературных данных показал, что минеральные воды воздействуют на многие звенья патогенеза нефролитиаза. Но остается мало изученной проблема дифференцированного влияния минеральных вод, в зависимости от состава, в частности, на функциональные показатели почек.

Нами проведено изучение влияния комплексного лечения с применением родниковой воды «Алтайская золотая» на функциональные показатели почек у больных нефролитиазом.

В исследование включены 30 пациентов с наличием конкремента в проекции нижней трети мочеточника размером до 0,5 см, сопровождающегося приступами почечной колики.

Методом типологического отбора пациенты разделены на 2 сопоставимые группы: I – 15 человек, получающих традиционную камнеизгоняющую терапию с назначением обычной питьевой воды; II – получающие комплексную терапию с назначением минеральной воды «Алтайская золотая» по 3–5 мл/кг массы тела на прием, 3–4 раза в день, температурой 18–25 °С, за 30–40 мин до еды в течение 14 дней.

Всем пациентам до лечения и через 14 дней от начала лечения проводилась регистрация симптоматики, частота отхождения конкремента, общепринятые лабораторные исследования, а также оценивались функциональные показатели почек с помощью радиоизотопной скинтиграфии.

Отмечено, что в сравниваемых группах до лечения исследуемые показатели не имели между собой статистически значимых различий ($P>0,05$).

При сравнении клинических проявлений заболевания отмечено, что у больных данных подгрупп в ходе лечения наблюдалась положительная динамика основных симптомов заболевания. Однако лишь 40% пациентов 1-й группы

отметили самостоятельное отхождение конкрементов. У пациентов 2-й группы в 73,3% случаев отмечено самостоятельное отхождение конкрементов.

Проведенные нами исследования показали, что у пациентов с нефролитиазом исходно, по данным скинтиграфии почек, происходило значительное увеличение времени накопления (Т max накопления (мин): 1 группа – 14,74±1,19; 2 группа – 12,12±0,41; контроль – 9,85±0,43) и периода полувыведения радиофармпрепарата (Т полувыведения (мин): 1 группа – 24,69±1,82; 2 группа – 24,43±1,64; контроль – 10,13±0,87), с одновременным уменьшением скорости клубочковой фильтрации (СКФ (мл/мин): 1 группа – 27,65±2,35; 2 группа – 26,67±2,12; контроль – 43,40±2,12), что указывало на снижение функционального состояния пораженной почки у данной категории пациентов.

У больных 1-й группы все величины, характеризующие функциональную способность пораженной почки, не имели статистически значимой динамики и к концу лечения превышали контрольные показатели (Т max накопления: – 10,4±1,08; Т полувыведения – 16,13±1,32; СКФ – 36,25±2,32).

Во 2-й группе пациентов отмечалась наиболее существенная динамика в улучшении функциональной способности пораженной почки. Это проявилось статистически значимым снижением и нормализацией времени накопления (Т max накопления: – 5,24±0,87) и периода полувыведения (Т полувыведения – 11,62±0,94) радиофармпрепарата с одновременным увеличением СКФ (42,46±1,87).

На основании полученных данных нами сделан вывод, что применение воды «Алтайская золотая» в комплексном лечении больных нефролитиазом позволяет добиться нормализации функциональных показателей почек, тем самым минимизируя последствия отхождения конкремента у больных нефролитиазом.

Терапия пациенток с хроническим циститом с применением методики озонотерапии

А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк, К.А. Сизов, И.В. Снегирев
Барнаул

Хронический цистит является одним из самых распространенных воспалительных заболеваний органов мочевыделительной системы как в амбулаторной, так и во внутрибольничной практике. Несмотря на большое количество работ, посвященных вопросам лечения цистита, результаты лечения нельзя считать вполне удовлетворительными, и поэтому поиски новых методов лечения являются весьма актуальными.

Целью исследования явилось изучение эффективности методики парентеральной и внутрипузырной озонотерапии в составе комплексной консервативной терапии у больных с хроническим циститом, влияние на микроциркуляцию стенки мочевого пузыря, состав и изменения микрофлоры мочевыделительной системы у данной категории больных на фоне проводимого лечения.

На базе кафедры урологии и нефрологии АГМУ в условиях урологического отделения НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО «РЖД» нами проводилось обследование группы пациенток с хроническим циститом и выраженными

расстройствами мочеиспускания. В исследование вошли 65 пациенток, находившихся на стационарном лечении, в возрасте от 20 до 86 лет, с длительностью заболевания от десяти месяцев до пятнадцати лет. Пациентки были разделены на три группы. Первая группа была представлена 20 женщинами, которые получали комплексную консервативную терапию. Во вторую группу вошли 30 пациенток, получавших наряду с базисной терапией внутривезикулярные инстилляционные озонированного раствора. Третью группу составили 15 пациенток, в план терапии которых входило парентеральное введение озонированного физиологического раствора.

В контрольную группу вошли 13 женщин в возрасте от 20 до 45 лет, не имеющих изменений цистоскопической картины и результатов повторных анализов.

Нами проводился анализ показателей общего анализа мочи, бактериологического посева мочи с определением чувствительности к антибиотикам. Обязательным этапом обследования являлась цистоскопия с последующей ЛДФ – определением микроциркуляции в области треугольника Льео. На аппарате Delphis IP выполнялось уродинамическое обследование (урофлоуметрия, цистометрия).

Курс комплексной консервативной терапии длился 10 дней, включал в себя антибактериальную терапию с учетом выделенного возбудителя и антибиотикограммы, противовоспалительную, антигистаминную, витаминотерапию, физиотерапию, инстилляцию в мочевого пузыря. Пациенты второй и третьей группы параллельно с базисной терапией получали соответственно инстилляцию в мочевого пузыря озонированного физиологического раствора хлорида натрия в концентрации 2000–4000 мг/л и парентеральное введение физиологического раствора хлорида натрия в концентрации 400–1000 мг/л.

При поступлении в стационар у пациенток имело место наличие лейкоцитурии, бактериурии (микрофлора была представлена кишечной палочкой, энтерококками, эпидермальным, золотистым и гемолитическим стафилококком), дизурические расстройства. По данным ЛДФ зарегистрировано изменение показателей базального кровотока, ритма и амплитудно-частотного спектра колебаний кровотока. Результаты урофлоуметрии показали наличие обструктивного типа мочеиспускания, что вероятнее всего было обусловлено явлениями тригонита.

Озонотерапия в составе комплексного консервативного лечения способствует исчезновению болевых ощущений, дизурических расстройств. По результатам общего анализа мочи по окончании лечения лейкоцитурия была купирована у всех больных. У 26 пациенток второй (87%) и 12 пациенток третьей (80%) групп в контрольном посеве мочи роста микрофлоры обнаружено не было, в то время как в первой группе лишь у 15 женщин (75%). По данным цистометрии гиперактивность детрузора не была выявлена ни в одном случае. При контрольной урофлоуметрии показатели мочеиспускания были нормальными. По данным повторной ЛДФ отмечалось повышение показателя микроциркуляции (М) и коэффициента вариации (Кв), что свидетельствует об улучшении микрогемодикуляции.

Применение озонотерапии способствует регуляции метаболизма кислорода, позволяет эффективно использовать энергетические субстраты и стимулирует восстановление адаптационно-компенсаторных субклеточных структур, улуч-

шает микроциркуляцию и периферическое кровообращение, улучшает обеспечение тканей кислородом и в конечном итоге снижает уровень гипоксии.

Исследование микроциркуляции позволяет изучить кровообращение капиллярного сосудистого русла в слизистой оболочке мочевого пузыря для определения методов лечения хронического цистита у женщин, а также контроля эффективности проводимой терапии.

Следовательно, включение внутривезикулярной и парентеральной озонотерапии в состав комплексной терапии хронического цистита у женщин оказывает выраженный бактерицидный эффект, вызывает улучшение микроциркуляции в стенке мочевого пузыря, приводит к более быстрому исчезновению дизурических расстройств. Использование методики озонотерапии наряду с базисной консервативной терапией приводит к скорейшему возвращению пациентов к полноценной жизни и стойкой ремиссии заболевания.

Применение минеральной воды «Алтайская золотая» в комплексном лечении больных хроническим калькулезным пиелонефритом

А.И. Неймарк, А.В. Давыдов, А.П. Скопа, Н.А. Ноздрачев
Барнаул

Хронический пиелонефрит (ХП) – одно из самых распространенных и тяжелых заболеваний почек и является частым осложнением уролитиаза. Лечение больных ХП нередко затруднено из-за развивающегося иммунодефицита, проявляющегося измененной реактивностью организма, пониженной сопротивляемостью к инфекциям, а также наличием у больных сенсibilизации к суперинфекциям. Усовершенствование методов лечения не уменьшило значимости рецидивирования нефролитиаза и вторичного пиелонефрита. Результаты лечения показывают, что без комплекса консервативных методов (медикаменты, бальнео-, физиотерапии) трудно добиться положительных результатов в терапии хронического пиелонефрита и мочекаменной болезни. В настоящее время в комплексном лечении данной категории больных используется бальнеотерапия с внутренним приемом минеральных вод.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности применения питьевой родниковой воды «Алтайская золотая» в комплексном лечении больных хроническим калькулезным пиелонефритом.

В исследование включены 30 пациентов, страдающих хроническим калькулезным пиелонефритом в фазе обострения в возрасте от 23 до 46 лет (средний возраст составил $34,5 \pm 2,4$ лет).

Методом типологического отбора пациенты разделены на 2 сопоставимые группы по 15 человек: 1-я группа – получающие стандартную противовоспалительную, антибактериальную, спазмолитическую терапию; 2-я группа – получающие стандартную терапию с назначением минеральной воды «Алтайская золотая» по 3–5 мл/кг массы тела на прием, 3–4 раза в день, температурой 18–25 °С, за 30–40 мин до еды в течение 14 дней.

Минеральная вода «Алтайская золотая» является гидрокарбонатной сульфатно-хлоридной с малой минерализацией ($3,7$ г/дм³) с нейтральной реакци-

ей водной среды. Из специфических компонентов в ней обнаружены золото (0,15–1,5 мкг/дм³) и серебро (0,5–2,5 мкг/ дм³).

Всем пациентам до лечения и через 14 дней от начала лечения проводилась регистрация симптоматики, общепринятые лабораторные исследования, бактериологическое исследование мочи, осуществлялась оценка иммунного статуса с определением абсолютного и относительного количества Т (СД3⁺) и В-лимфоцитов (СД19⁺), субпопуляций Т-лимфоцитов (хелперы СД4⁺ и киллеры СД8⁺), НСТ-теста, содержания иммуноглобулинов класса G, M, A, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), С-реактивного белка.

Отмечено, что в сравниваемых группах до лечения исследуемые показатели не имели между собой статистически значимых различий ($P > 0,05$).

При сравнении клинических проявлений заболевания отмечено, что у больных данных групп в ходе лечения наблюдалась положительная динамика основных симптомов заболевания.

До лечения бактериурия у больных хроническим калькулезным пиелонефритом отмечалась в 83,3% случаев. В посевах мочи на флору высевалась кишечная палочка (46,2%), негемолитический стрептококк (22,6%), эпидермальный стафилококк (3,2%), энтерококк (3,2%). В 25,8% случаев выделены микробные ассоциации, которые были представлены сочетанием кишечной палочки, эпидермальным стафилококком, не гемолитическим стрептококком и энтерококком.

К концу лечения у больных 2-й группы стерильные посева регистрировались в 86,6% случаев (13 пациентов), а патогенные возбудители были выделены лишь у 2 пациентов (13,3%). При этом у больных 1-й группы только в 73,3% случаев посев стал стерильным (11 пациентов), а в 26,6% случаев (4 пациента) высевались патогенные возбудители.

При исследовании иммунного гемостаза у больных обеих групп до лечения наблюдалось статистически значимое снижение числа Т-лимфоцитов (СД3⁺) и В-лимфоцитов (СД19⁺), увеличение содержания активных Т-лимфоцитов, НСТ-теста, преобладание Т супрессоров (СД8⁺) над Т хелперами (СД4⁺). Эти сдвиги сочетались с изменением функциональной активности В-лимфоцитов, что проявилось в повышении содержания иммуноглобулинов класса M и G. Наряду с этим регистрировалось увеличение уровня ЦИК и С-реактивного белка.

После проведенной традиционной терапии (1-я группа) увеличение и нормализация уровня Т-лимфоцитов (СД3⁺) наблюдались у 53,3% больных, В-лимфоцитов (СД19⁺) – у 46,6% пациентов. Одновременно с этим сохранялась лимфопения по общим Т-клеткам, Т-хелперам, Т-киллерам, В-лимфоцитам и супрессия поглотительной активности лейкоцитов. В общем нормализующий эффект стандартного лечения у больных данной группы оказался невысоким, поскольку основные звенья антиинфекционной резистентности – клеточное и фагоцитарное – оставались подавленными.

На фоне комплексного лечения больных, дополненного внутренним приемом минеральной воды «Алтайская золотая» (2-я группа), зарегистрировано статистически значимое увеличение и нормализация содержания недифференцированных лимфоцитов на 23,1%, уровня Т-клеток – на 15,3%, Т-хелперов – на 32,1%, В-лимфоцитов – на 17,4%. Наряду с этим наблюдалось восстановление уровня иммуноглобулинов G, A до контрольных величин, а концентрация иммуноглобулина M, хотя и статистически значимо снизи-

лась на 7,9%, но незначительно превышала нормальный уровень. Уровень восстановленных субпопуляций Т-лимфоцитов снизился на 23,7% и достиг контрольных показателей. Уменьшилось содержание ЦИК на 39,6% ($P < 0,05$) и отмечена нормализация спонтанного и индуцированного фагоцитоза по НСТ-тесту. Иными словами, выявлен достаточно высокий мобильный эффект комплексного воздействия в лечении данной группы пациентов, достигнута стимуляция практически всех слагаемых основных звеньев иммунитета.

Таким образом, включение минеральной воды «Алтайская золотая» в комплексное лечение больных хроническим калькулезным пиелонефритом позволяет добиться активации клеточного и гуморального звеньев иммунитета и значительно увеличить частоту стерильных посевов мочи.

Оценка эффективности лечения заболеваний мочевого пузыря методом наружного и внутритканевого лекарственного электрофореза

В.В. Протошак, А.Ю. Шестаев, Е.А. Андреев, Г.Н. Пономаренко
Санкт-Петербург

Сравнительная оценка лечебной эффективности, осложнений и безопасности использования наружного и внутритканевого электрофореза у пациентов с заболеваниями мочевого пузыря послужила целью настоящего исследования.

Основу анализа составили материалы лечения и динамического наблюдения за 36 пациентами, которые в зависимости от метода проводимой электрофармакотерапии были поровну разделены на две группы. В первой группе шести больным с гиперактивным мочевым пузырем проводился наружный электрофорез оксидбутина, девяти с хроническим бактериальным циститом – ципрофлоксацина и трем с интерстициальным циститом – гепарина. Вторая группа была представлена теми же заболеваниями и включала пять, одиннадцать и двух пациентов соответственно, им проводился внутритканевой электрофорез с использованием аналогичных препаратов. При наружном электрофорезе разнополярные пластинчатые электроды из станиоли располагали в надлобковой и крестцовой области, а раствор лекарственного препарата вводили с гидрофильных прокладок, размещенных между кожей и собственно активной частью электрода. Методика внутритканевого электрофореза предполагала предварительную инстилляцию лекарственного раствора в мочевой пузырь и введение его со стороны полости органа непосредственно через слизистую. При этом два противоположно заряженных электрода устанавливали в тех же областях – проекции передней и задней стенок мочевого пузыря. В качестве источника постоянного электрического тока использовался физиотерапевтический аппарат для гальванизации и электрофореза «Элфор-проф» фирмы Невотон (Россия). Клиническую эффективность, общие и местные побочные явления оценивали на основании анкетирования, осмотра и лабораторно-инструментальных показателей по окончании и через месяц после курса лечения, состоящего из 8 процедур лекарственного электрофореза.

В первой группе у пациентов с гиперактивным мочевым пузырем на фоне проведенного наружного электрофореза оксибутинина отмечалось незначительное снижение числа дневных, ночных и суточных мочеиспусканий, ургентных позывов, а также эпизодов императивного недержания мочи. Различия средних показателей оказались недостоверными ($p > 0,05$). При лечении хронического бактериального цистита наблюдалось умеренное снижение болевых явлений и резей по ходу мочеиспускательного канала и в надлобковой области. У семи (77,7%) пациентов в общем анализе мочи по-прежнему встречалась лейкоцитурия и бактериурия, в шести случаях (66,6%) повторно высевалась кишечная палочка. Субъективные показатели и признаки эндоскопической картины у трех пациенток с интерстициальным циститом не имели в динамике статистически значимых различий. Боли, учащенное и болезненное мочеиспускание малыми порциями, а также петехиальные кровоизлияния при цистоскопии сохранялись у всех пациенток. Напротив, использование внутритканевого лекарственного электрофореза приводило к значимому улучшению субъективных и объективных критериев при всех заболеваниях. Уменьшение количества дневных, ночных и суточных мочеиспусканий происходило у всех пяти больных с гиперактивным мочевым пузырем, снижение императивных позывов, а также эпизодов ургентного недержания мочи наблюдалось в 80% и 60% случаев соответственно ($p < 0,05$). В 81,8% наблюдений при хроническом бактериальном цистите отмечалось выраженное и стойкое уменьшение резей и болевых ощущений в надлобковой области и по ходу уретры, как во время микции, так и вне акта мочеиспускания. Лейкоцитурия и бактериурия после лечения определялась всего у трех (27,3%) и одного пациента (9,0%) ($p < 0,05$). Количество болезненных и учащенных мочеиспусканий малыми порциями при интерстициальном цистите стало вдвое меньше, а специфическая эндоскопическая картина заболевания исчезла у обеих пациенток.

Следовательно, при одинаковой безопасности и отсутствии каких-либо осложнений использование внутритканевого электрофореза имеет доказанную большую клиническую эффективность и может быть рекомендовано в лечении пациентов с заболеваниями мочевого пузыря.

Возможности лечения нейрогенной детрузорной гиперактивности методом внутрислового лекарственного электрофореза

В.В. Протошак, А.Ю. Шестаев, К.Х. Чибиров, Е.А. Андреев, А.В. Рассветаев
Санкт-Петербург

Целью нашей работы явилась уродинамическая оценка эффективности внутрислового электрофореза оксибутинина в лечении женщин с нейрогенной гиперактивностью детрузора.

В клинике урологии Военно-медицинской академии проведено обследование, лечение и динамическое наблюдение 26 женщин с гиперактивным мочевым пузырем. Во всех случаях диагноз кроме показателей дневника моче-

испускания был подтвержден объективными данными уродинамического исследования. Оценивалась цистометрическая емкость мочевого пузыря, объем жидкости, вызывающий первое непроизвольное сокращение детрузора, максимальное детрузорное давление при непроизвольном сокращении мочевого пузыря и количество его непроизвольных сокращений. Инфекция и органическая патология нижних мочевых путей исключалась лабораторными, лучевыми и эндоскопическими методами диагностики. По показаниям проводилось гинекологическое обследование. Внутрипузырный электрофорез оксibuтини-на (10 мг в 0,9% растворе NaCl 100 мл) осуществляли с применением специализированной системы электродов и генератора постоянного тока «Элфор-проф» фирмы Невотон (Россия). Процедуру проводили 20–25 мин 2 раза в неделю при силе тока 15 мА, всего 8 сеансов на курс лечения. Лечебный эффект оценивали после окончания фармакоэлектротерапии по данным КУДИ, которое выполнялось на системе «Delphis IP» производства Laborie (Канада). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с применением пакета прикладных программ Statistica v.5.5. фирмы Statsoft. Значимость различий средних значений показателей рассчитывалась с использованием t-критерия Стьюдента, достоверность считалось значимой при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Среди участвовавших в исследовании пациенток НГД по данным КУДИ была определена у восьми (30,7%) женщин. Средний период проявления симптомов составил $2,3 \pm 1,6$ года. В течение этого времени проводилась неадекватная терапия по поводу обострения хронического и интерстициального цистита, уретрального синдрома, лейкоплакии, а также рефрактерного варианта гиперактивного мочевого пузыря. В большей части случаев НГД проявлялась поллакиурией и ургентностью – 87,5% и 62,5% соответственно. У трех женщин (37,5%) наблюдалось императивное недержание мочи. После проведенного лечения было отмечено статистически значимое улучшение показателей уродинамического обследования пациенток. Цистометрическая емкость мочевого пузыря увеличилась с 134 ± 23 до 242 ± 33 мл ($p < 0,05$), количество непроизвольных сокращений детрузора уменьшилось более, чем в два раза – $3,8 \pm 2,2$ против $1,8 \pm 1,1$ ($p < 0,05$). Объем жидкости, индуцирующий непроизвольное сокращение детрузора, увеличился с 101 ± 32 до 158 ± 40 мл и амплитуда максимального непроизвольного сокращения снизилась на 31,7% ($p < 0,05$). В то же время количество остаточной мочи не отличалось от начального уровня ($p > 0,05$).

Таким образом, комплексное уродинамическое исследование является объективным и надежным способом критической оценки разрабатываемых и предлагаемых к клиническому использованию новых методов лечения нейрогенной детрузорной гиперактивности. Использование внутрипузырного электрофореза оксibuтини-на у женщин является эффективным способом терапии, позволяет увеличить цистометрическую емкость мочевого пузыря, снизить число непроизвольных сокращений детрузора, а также улучшить остальные уродинамические показатели.

Преимущества использования наружного электрода-трусов над стандартной методикой внутрипузырной фармакоэлектротерапии

В.В. Протошак, А.Ю. Шестаев, А.В. Кукушкин, Е.А. Андреев
Санкт-Петербург

Целью нашего исследования явилось сравнение клинической эффективности применения наружного электрода-трусов над стандартным внутрипузырным лекарственным электрофорезом при лечении пациентов с заболеваниями мочевого пузыря.

В исследовании принимало участие 42 пациента. 20 больным выполняли внутрипузырный электрофорез с использованием разработанного нами ранее наружного электрода-трусов, среди которых 12 по поводу хронического бактериального цистита вводили ципрофлоксацин, двум с интерстициальным циститом – гепарин с лидокаином и шести с гиперактивностью детрузора – оксibuтинин. Наружный электрод-трусы представлял собой эластичное гидрофильное токопроводящее трикотажное изделие, плотно облегающее всю трусиковую зону и охватывающее проекцию всех стенок мочевого пузыря за исключением верхней (патент на полезную модель RU 88553 U1, 2009). Внутрипузырный лекарственный электрофорез тех же препаратов проводили 22 пациентам, распределение по нозологическим формам составило 13, 3 и 6 человек соответственно. Стандартная методика предусматривала предварительную инстилляцию лекарственного раствора также через внутрипузырный электрод-катетер и применение двух наружных пластинчатых электродов. Продолжительность процедур в обеих методиках была 25 мин, сила постоянного тока 15 мА. Динамику состояния оценивали на основании жалоб и данных объективного обследования во время лечения и после его завершения.

При использовании во внутрипузырном электрофорезе наружного электрода-трусов у 11 (91,7%) больных с хроническим бактериальным циститом наблюдалось стойкое купирование явлений воспаления. В 83,4% случаев отмечалась нормализация общего анализа мочи, при повторном бактериологическом исследовании микрофлора высеивалась всего у одной (8,3%) пациентки. У обеих пациенток, страдающих интерстициальным циститом, уменьшилась выраженность болевых ощущений в надлобковой области и частота болезненных мочеиспусканий. Применение предложенного нами оригинального наружного электрода у пациентов с гиперактивным мочевым пузырем привело к снижению суточных мочеиспусканий, императивных позывов, а также эпизодов ургентного недержания мочи в 100,0%, 83,4% и 66,6% наблюдений соответственно.

В то же время внутривлагалищный лекарственный электрофорез, проведенный по стандартной методике, оказывал менее значимое положительное влияние на субъективное состояние и показатели лабораторно-инструментальных критериев. Поллакиурия, альгурия и прочие дизурические явления средней

и тяжелой степени проявления сохранялись у четырех (30,8%) больных с хроническим циститом, двух (66,6%) – с интерстициальным циститом и трех (50,0%) с гиперактивностью детрузора. За период проведения исследования местные и системные побочные эффекты при использовании обеих лечебных методик не встречались.

Следовательно, применение оригинального наружного электрода-трусов при проведении внутрипузырного лекарственного электрофореза имеет обоснованное анатомо-топографическое значение и лечебную эффективность при хроническом бактериальном и интерстициальном цистите, а также гиперактивности детрузора. Использование стандартной методики выполнения внутриполостного электрофореза в лечении пациентов с заболеваниями мочевого пузыря ввиду худшего клинического результата имеет ограниченное применение.

Электрофоретические свойства гидрокортизона и новые перспективы его использования в лечении интерстициального цистита

В.В. Протошак, А.Ю. Шестаев, К.Х. Чибиров, Е.А. Андреев, А.В. Рассветаев
Санкт-Петербург

Гидрокортизон действует на все патогенетические составляющие интерстициального цистита: стабилизирует мембраны лизосом, предотвращая выделение лизосомальных ферментов, тормозит продукцию коллагенозы и активирует синтез ингибиторов протеаз, блокирует синтез и высвобождение из сенсibilизированных тучных клеток и базофилов гистамина и других биологически активных веществ. В медицинской практике используют гидрокортизона ацетат и гидрокортизона натрия гемисукцинат. При парэнтеральном введении большая часть препарата метаболизируется в печени и необходимая концентрация в мочевом пузыре не достигается, что уменьшает его клиническую эффективность.

Целью нашей работы явилось исследование электрофоретической активности молекулы гидрокортизона и предварительная оценка новых возможностей его использования в клинической практике.

Гидрокортизона ацетат – синтетический стероид молекулярной массой 404,5 Да, слегка гигроскопичен, растворимость в воде 1 мг/100 мл. Гидрокортизона натрия гемисукцинат – синтетический стероид молекулярной массой 484,5, растворимость в воде примерно 500 мг/мл. В лабораторных условиях с использованием 0,2 % раствора натрия гидрокарбоната (рН 8,5–9,0) или дистиллированной воды была оценена электрофоретическая активность гидрокортизона ацетата и натрия гемисукцината при допустимых параметрах внутриполостного электрофореза, используемых у человека (время, кислотность, концентрация, напряжение и сила тока). Для оценки перечисленных свойств использовалась система капиллярного электрофореза «КАПЕЛЬ 105» (НПФ

«Люмэкс», Россия) со спектрофотометрическим детектором (200-400 нм) и кварцевым капилляром $L_{\text{общ}}=60$ см, $L_{\text{эф}}=50$ см, $d=50$ мкм. Обработка сигнала детектора осуществлялась с применением программного обеспечения «МультиХром». Сохранность структуры молекулы лекарственного препарата оценивалась на масс-спектрометре «MALDI TOF Voyager DE».

Молекула гидрокортизона ацетата в электрическом поле не перемещается ни к одному из полюсов. Гидрокортизона натрия гемисукцинат хорошо растворим, является сильным электролитом и обладает выраженной электрофоретической подвижностью от катода. Постоянным током силой 7 мА препарат не разрушается.

Следовательно, гидрокортизона натрия сукцинат в физиологических условиях обладает достаточной электрофоретичностью и после корректно проведенных дальнейших экспериментальных и клинических исследований может явиться перспективным способом целевого транспорта в интерстиций мочевого пузыря при внутриполостном введении.

Применение внутриполостного электрофореза Оксибутина у женщин с гиперактивным мочевым пузырем без детрузорной гиперактивности

В.В. Протошак, А.Ю. Шестаев, К.Х. Чибиров, Н.Ю. Игловиков, А.В. Рассветаев
Санкт-Петербург

Целью нашей работы явилась оценка клинической эффективности и безопасности внутрипузырного электрофореза оксибутина гидрохлорида в лечении женщин с гиперактивным мочевым пузырем без детрузорной гиперактивности.

Обследовано 56 пациенток, которые по поводу симптомов нижних путей находились на лечении и динамическом наблюдении в клинике урологии Военно-медицинской академии. Для объективизации жалоб на расстройства мочеиспускания использовался трехдневный дневник мочеиспускания. Диагноз устанавливался на основании учащенных мочеиспусканий более чем 8 раз за сутки, более двух повелительных позывов и хотя бы одного эпизода ургентного недержания мочи. Форма ГАМП была определена по отсутствию гиперактивности детрузора при уродинамическом обследовании. Инфекция и другая патология нижних мочевых путей исключались общим анализом и посевом мочи на флору, УЗИ органов малого таза и цистоскопией. Внутриполостной электрофорез оксибутина (10 мг в 0,9% растворе NaCl 100 мл) осуществляли с помощью разработанной нами ранее специализированной системы электродов (патент на полезную модель RU 88553 U1, 2009) и источника постоянного электрического тока «Элфор-проф» фирмы Невотон (Россия). Процедуру проводили 20–25 мин 2 раза в неделю при силе тока 15 мА, всего 8 сеансов на курс лечения. Терапевтический эффект и побочные явления оценивали по данным дневника мочеиспускания и объему остаточной мочи по завершению лечения и через три месяца. Статистическая обработка данных исследования

проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica v.5.5. фирмы Statsoft. Результаты исследования приведены в виде средней величины и средней ее ошибки ($M \pm m$). Значимость различий средних значений показателей в независимых и связанных выборках рассчитывалась с использованием t -критерия Стьюдента. Различие считалось значимым при $p < 0,05$, а при $p > 0,05$ исследуемые различия признаков считались не достоверными.

По данным трехдневного дневника мочеиспускания ГАМП без детрузорной гиперактивности определен у 15 женщин (26,8%), средний возраст их составил $64,5 \pm 21,3$ года (от 43 до 85 лет). Основная часть пациенток имела длительный период проявления заболевания (более 3 лет). На протяжении этого времени проводилось обследование и безуспешное лечение по поводу разных патологических состояний нижних мочевых путей, а также резистентной формы гиперактивного мочевого пузыря. Классическая триада симптомов отмечалась всего в трех случаях, что составило 20,0%. Значительно чаще заболевание проявлялось одним или двумя признаками. Учащенное мочеиспускание (более 8 раз в сутки) присутствовало в большей части (93,3%) наблюдений, императивные позывы и ургентное недержание мочи встречались у шести (40,0%) и трех (20,0%) пациенток соответственно. На фоне проведенного курса лечения было достигнуто стойкое субъективное улучшение состояния. Во всех наблюдениях замечено снижение частоты мочеиспусканий в дневное и ночное время. Достоверное уменьшение среднего количества суточных мочеиспусканий отмечалось с $15,9 \pm 2,6$ до $9,2 \pm 1$ ($p < 0,05$). Убавление эпизодов повелительных позывов составило – $3,8 \pm 2,1$ против $1,7 \pm 1,1$, число случаев императивного недержания мочи уменьшилось более, чем в 2 раза, причем 50% наблюдаемых отказались от использования прокладок ($p < 0,05$). Среднеэффективный объем мочевого пузыря вырос на 99 мл (44%) ($p < 0,05$). Объем остаточной мочи на протяжении курса лечения не менялся от исходного уровня и оставался в пределах физиологически допустимых значений, составляя 37 ± 21 мл ($p > 0,05$). Характерные побочные эффекты, наблюдаемые при системном применении антимускариновых препаратов (сухость во рту, запоры, нарушение зрения и тахикардии), не встречались ни в одном из случаев нашего исследования. Применение системы электродов и постоянного электрического тока также не имело каких-либо местных нежелательных явлений. Пациентки легко переносили процедуру электрофореза, ссылаясь лишь на неудобства, связанные с катетеризацией мочевого пузыря внутрипузырным электродом. Данные дневников мочеиспускания через 3 месяца после курса лечения показали сохранение клинического результата.

Следовательно, внутрипузырный электрофорез оксибутина является эффективным, безопасным и хорошо переносимым методом лечения женщин с ГАМП без детрузорной гиперактивности. Использование отечественной системы электродов и предлагаемого курса фармакоэлектротерапии позволяет создать лекарственное «депо» оксибутина в слизистой оболочке, подслизистой основе и поверхностном мышечном слое мочевого пузыря, что обеспечивает лечебный эффект не только на протяжении периода лечения, но и обуславливает длительно сохраняющуюся ремиссию заболевания.

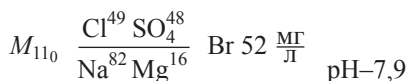
Санаторно-курортное лечение больных хроническим простатитом в условиях санатория «Мойылды»

Н.М. Садыков
Павлодар

Существующие в настоящее время традиционные методы лечения хронического простатита (ХП) (массаж предстательной железы (ПЖ), антибактериальная, противовоспалительная терапия, физиолечение и др.) не всегда приносят желаемые результаты, что обосновывает поиск более эффективных лечебно-восстановительных мероприятий.

Известно, что действие природных лечебных факторов оказывает общее терапевтическое воздействие, повышает резистентность организма и может быть эффективным при воспалительных заболеваниях органов репродуктивной системы.

Санаторно-курортное лечение в условиях санатория «Мойылды» проводилось 78 больным ХП в возрасте от 22 до 55 лет. Продолжительность заболевания составляла от 2 до 8 лет. Показаниями к лечению были дизурические расстройства, болевой синдром, эректильная дисфункция, вторичное бесплодие, нарушения секрета предстательной железы (лейкоцитоз, снижение количества лецитиновых зерен, наличие бактериального компонента). Лечение проводилось с применением грязей озера Мойылды, представляющих собой высокоминерализованные сульфидные и слабосульфидные материковые илы удовлетворительного качества. Формула грязи:



Лечение применялось ежедневно по 20 минут в виде ректальных тампонов по 20 минут с температурой грязи 39–41°C. У больных с обострением ХП назначалась антибактериальная терапия и массаж ПЖ на фоне санаторно-курортного лечения. Курс лечения составлял 10–12 процедур.

После лечения ХП купирование болевого синдрома отмечено у всех больных, дизурического – у 17 (94,4%), улучшение половой функции отмечено у 18 (85,7%). Иначе говоря, у 74 больных (94,9%) купированы основные клинические синдромы ХП.

При контрольном обследовании (через 3 месяца) нормализация количества лейкоцитов в секрете ПЖ отмечена у 75 (96,1%), увеличение количества лецитиновых зерен – у 74 (94,9%) больных, из них: до небольшого – у 10 (13,5%), до большого – у 64 (86,5%).

Нормализация размеров ПЖ, восстановление ее эластической консистенции, безболезненность отмечены у 63 больных (80,8%), у остальных 15 (19,2%) при исчезновении болезненности железы оставались незначительные уплотнения и неровности.

При контрольных бактериологических исследованиях стафилококков выявлено у 31 (93,9%), отсутствие роста стрептококков – у 15 (93,8%) больных.

При УЗИ восстановление однородной эхоструктуры ПЖ наблюдалось у 46 (88,4%); нормализация размеров ПЖ – у 54 (91,5%); исчезновение гиперэхогенных участков – у 26 (81,3%) больных.

Улучшение теста кристаллизации секрета ПЖ выявлено у 65 больных (83,3%), при этом его нормализация выявлена у 28 (37,3%).

При контрольных исследованиях отмечено, что объем эякулята увеличился на 29,6%; pH снизилось на 7,4%; количество сперматозоидов в 1 мл повысилось на 12,2%; количество сперматозоидов в эякуляте повысилось на 45,1%; количество подвижных сперматозоидов повысилось на 46,9%. Процент малоподвижных сперматозоидов снизился на 50%, а неподвижных – на 41,9%. Концентрация лимонной кислоты повысилась на 71,4%, а фруктозы – на 55,6%. Тестостерон в крови повысился на 73%, а уровень пролактина снизился на 29,4%.

Таким образом, применение грязей озера Мойылды в лечении ХП оказывает существенное влияние, способствуя улучшению клинико-лабораторных показателей и скорейшей реабилитации больных.

Комплексный подход к лечению ГАМП после операций по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы

П.И. Шустер, О.П. Хлебов, А.П. Шустер

Омск

ГАМП – специфическая дисфункция мочевого пузыря, клинически проявляющаяся полным или неполным симптомокомплексом императивного мочеиспускания в виде поллакиурии, императивных позывов, императивного недержания мочи и ноктурии. Распространенность в России, по данным ряда авторов, достигает 16%. По нашему мнению, частота ГАМПа значительно выше.

В урологической клинике Омской государственной медицинской академии на базе урологического отделения Омской областной клинической больницы за 5-летний период с 2006 по 2010 год было выполнено 415 аденомэктомий. Из них: 190 – одномоментных аденомэктомий (179 – чреспузырных и 11 – позадилобных) и 225 – чреспузырных аденомэктомий при надлобковых мочепузырных свищах и 314 ТУРов простаты пациентам с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, средний возраст которых составил 68,5 лет (подавляющее большинство пациентов в возрасте от 60 до 80 лет).

Очевидно, что после операции изменяется структура стенки мочевого пузыря, увеличивается количество соединительной ткани, что замыкает почечный круг. Несмотря на успешно выполненную операцию по удалению аденомы – механической причины обструкции, качество жизни больных еще достаточно долго остается низким, значительно удлиняется их социальная и профессиональная реабилитация.

Задача первого этапа – максимальное купирование явлений хронического послеоперационного цистита и обеспечение стерильности мочи. Рациональ-

ная антибактериальная терапия проводится по результатам бактериологического исследования мочи (при сопутствующих выраженных явлениях простатита – секрета предстательной железы) как в предоперационном периоде, так и по результату бактериологического мониторинга после операции.

Вторым уровнем терапии, при отсутствии активного воспаления в мочевых путях, является назначение альфа-1-адреноблокаторов в сочетании с М-холинолитиками. К сожалению, только у половины пациентов в течение первого месяца удается медикаментозно купировать явления гиперактивности.

В основе ГАМПа лежат спастические процессы, которые с позиций физики проявляются повышением биопотенциалов в тканях. Исходя из этого, дополнительно к симптоматической медикаментозной терапии м-холиноблокаторами и альфа-1-адреноблокаторами мы решили пациентам в послеоперационном периоде добавить физические методы воздействия с целью вовлечения гипервозбудимых тканей в нужный нам резонанс. Совместный проект Урологической клиники ОмГМА и Омского НИИ приборостроения – комплексное применение высокочастотного электромагнитного поля и низкоинтенсивного квазимонохроматического пульсирующего излучения. На область шейки мочевого пузыря одновременно воздействуют через промежность и через лоно высокочастотным электромагнитным полем, которое образовано синусоидальным сигналом с несущей частотой в диапазоне 200–500 кГц, амплитудно-модулированным низкочастотным сигналом с постоянно меняющейся частотой в диапазоне 10–1000 Гц при помощи индуктивного излучателя, при этом напряженность электрического поля у поверхности излучателя должна быть в пределах 1,0–2,0 В/м, и облучают низкоинтенсивным квазимонохроматическим пульсирующим излучением с длиной волны 640 нм красного излучения, с длиной волны инфракрасного излучения 840 и 940 нм, суммарная плотность излучения 2 мВт/см², частота пульсации 100 Гц, и одновременно воздействуют через крестец высокочастотным электромагнитным полем, образованным синусоидальным сигналом с несущей частотой в диапазоне 100–300 кГц, амплитудно-модулированным низкочастотным сигналом с постоянно меняющейся частотой в диапазоне 10–1000 Гц при помощи индуктивного излучателя, при этом напряженность электрического поля у поверхности излучателя должна быть в пределах 2,0–3,0 В/м, процедуру проводят один раз в день в течение 15 минут контактно на промежность, 15 минут контактно на лоно и 30 минут контактно на область крестца, цикл составляет 10–15 процедур. Результаты превзошли наши ожидания. Более чем вдвое сократились сроки послеоперационной реабилитации у пациентов, перенесших операции по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Таким образом, только индивидуальный комплексный подход позволяет ускорить сроки послеоперационной реабилитации пациентов и значительно повысить качество жизни путем ликвидации явлений гиперактивности после перенесенных аденомэктомий и трансуретральных резекций предстательной железы.

Особенности комплексной терапии хронического пиелонефрита

Я.В. Яковец, С.С. Аванесов, Н.Ф. Александрова, Е.А. Яковец

Барнаул

В последние годы констатируется заметный рост заболеваемости неспецифическими воспалительными заболеваниями среди всех возрастных групп, особенно среди детей и молодежи. Общеизвестно в целом преобладание женщин среди больных пиелонефритом. В возрасте от 2 до 15 лет девочки болеют пиелонефритом в 6 раз чаще, чем мальчики, почти такое же соотношение между мужчинами и женщинами в молодом и среднем возрасте. У молодых женщин ведущее значение придается воспалительным заболеваниям гениталий, дефлорационному циститу и гестационному пиелонефриту. Большая распространенность хронического пиелонефрита, значительные трудотери в связи с его обострениями и осложнениями, частая заболеваемость женщин детородного возраста, что ограничивает их репродуктивность и ведет к рождению детей, предрасположенных к заболеванию почек, – все это определяет огромную социальную значимость проблемы диагностики, лечения и профилактики хронического пиелонефрита.

Вирулентность условно-патогенных микроорганизмов невелика. Они вызывают пиелонефрит в тех случаях, когда у больного имеет место снижение иммунного статуса, что позволяет условным патогенам, достигнув критического числа 10 КОЕ/мл, вызвать развитие клинически выраженного процесса. При наличии повышенной вирулентности (у госпитальных штаммов) величина критического числа может снижаться, но при остром пиелонефрите величина титра бактериурии прямо коррелирует с выраженностью клинических проявлений. При хронизации процесса величина критического числа снижается и может быть ниже диагностического титра (10 КОЕ/мл). В настоящее время редко определяется один вид микроорганизмов, вызывающих пиелонефрит, чаще встречается микст – инфекция. Возросла и роль протопластов и L-форм бактерий. При этом микроорганизмы становятся более устойчивыми к внешним воздействиям, перестают расти на обычных питательных средах, что делает практически невозможным их идентификацию, а при возникновении благоприятных условий происходит их превращение в обычные вегетативные формы и возникает рецидив заболевания. Естественно, что пиелонефрит, вызванный протопластными формами микроорганизмов, хуже поддается лечению, часто способствует переходу острого процесса в хронический. В связи с чем встает вопрос о комплексном лечении хронического пиелонефрита с целью предотвращения перехода его в затяжное непрерывно обостряющееся течение.

Мы использовали в комплексном лечении больных с подобным течением пиелонефрита фонофорез с пимафукуртом по следующей методике (основная группа, ОГ). Проводили ультразвуковую терапию по лабильной методике в импульсном 10 мс режиме на 2 поля. Интенсивность излучения составляла 0,2-0,4-0,6 Вт/см² в течение 4–5 минут на поле. Количество сеансов 8–10 в зависимости от тяжести состояния больного. Мазь пимафукурт наносили на оз-

вучиваемые зоны под компресс от 30 минут до 2 часов. Ультразвуковая терапия обладает обезболивающим, противовоспалительным, спазмолитическим, рассасывающим, гипотензивным и диуретическим действием. При этом больные не получали антибактериальную терапию. Контрольную группу (КГ) составили больные, получавшие традиционную противовоспалительную терапию (по данным медицинской документации лечебных учреждений г. Барнаула).

До лечения больных беспокоили боли в поясничных областях, субфебрильная температура тела в течение длительного времени и непостоянно, в анализах мочи – преходящая протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия периодически, наличие слизи. В общем анализе крови – периодически при появлении изменений в анализах мочи – умеренная лейкоцитурия, умеренное повышение палочкоядерных лейкоцитов, эозинофилия. Посев мочи на микрофлору не выявлял роста патогенных микроорганизмов.

После проведения лечения отмечалось уменьшение или полное прекращение болевого синдрома через 2–3 суток, наступала стабильная нормализация температуры тела, а к 5–7 дню – стабильная нормализация анализов мочи и крови. Положительные сдвиги сохранялись в течение 3 последующих месяцев наблюдения. Больные проходили профилактически подобное лечение 2 раза в год – весной и осенью. Количество случаев обострения хронического пиелонефрита в ОГ по сравнению с КГ было на 58,1% меньше.

РАЗНОЕ

Коррекция эндотелиальной дисфункции в терапии мужских сексуальных расстройств (лекция)

В.В. Борисов
Москва

Истекшие 1,5 десятилетия ознаменовались значительными успехами в изучении этиологии и патогенеза, совершенствовании диагностики и лечения мужских сексуальных расстройств и, прежде всего эректильной дисфункции (ЭД). Мы не только преодолели устаревшее понятие «импотенция», заменив этот термин на ЭД, но и поднялись от медикаментозного модулирования эрекции с помощью ингибиторов ФДЭ 5 к улучшению качества эрекции, повышению ее твердости, лечению ЭД, восстановлению сексуальной функции в целом и профилактике мужских сексуальных расстройств.

Половое влечение (*libido*) обуславливает ряд действий (прелюдии, появление эрекции, интродукция, фрикции, поддержание эрекции, оргазм, эякуляция, детумесценция), завершение которых сопровождается половым удовлетворением и по методу обратной связи на определенное время тормозит повторение сексуальных действий. Факторами непосредственного влияния на эту функциональную саморегулирующуюся систему организма являются гормональные (уровень тестостерона), нейрогенные (состояние и тонус компонентов вегетативной нервной системы), местные (состояние сосудов и кавернозной ткани полового члена), а также психологические влияния (мнение и стереотип, потребности и предпочтения, привычки, настроение, реакция на неудачу, здоровье, состояние и особенности партнера и пр.). Положительным влиянием на эрекцию обладает стимуляция холинергических структур парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС), а также нитрергические волокна, способствующие выделению окиси азота эндотелиальными клетками. Отрицательное влияние на эрекцию и стремление к детумесценции вызывают адренергические структуры симпатического отдела и эндотелин, также вырабатываемый эндотелиальными клетками. Стимуляторами эрекции также считают вазоактивные пептиды, простагландин Е1, а стимуляторами детумесценции – норадреналин, гуанетидин, дофамин. В настоящее время ведущим в реализации эрекции признается нитрергический механизм.

Эректильная дисфункция в понимании большинства урологов – одно из наиболее частых мужских сексуальных расстройств – болезненные проявления, требующие своевременной диагностики и эффективного лечения. Многообразие ее причин подсказывает, что ЭД следует рассматривать шире – как симптомокомплекс, входящий в клиническую картину значительного ряда соматических заболеваний, который по своей выраженности и тяжести непосредственно зависит от них. Известны многочисленные факторы риска, создающие благоприятные условия для развития ЭД: соматические заболевания (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, почечная и печеночная недостаточность), нервные болезни (неврозы, рассеянный склероз, болезни Паркинсона и Альцгеймера, нейропатии различного генеза), психические заболевания (депрессии, астенодепрессивные и ипохондрические состояния), эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипо- и гипертиреоз, андрогенный дефицит, гиперпролактинемия, ожирение, метаболический синдром). Наиболее

частыми соматическими заболеваниями, при которых ЭД становится одним из характерных проявлений, являются возрастной андрогенный дефицит (18,3%), сахарный диабет (СД – 35%), артериальная гипертензия (АГ – 31%), дислипидемия, как предшественник атеросклероза (21%). Кроме того, причиной ЭД может являться и проводимая лекарственная терапия. Лекарственные препараты принимают 74% больных сахарным диабетом, 54% больных ишемической болезнью сердца, 37% больных депрессией. Негативное действие на эректильную функцию оказывает применение гипотензивных средств (тиазидные диуретики, бета-адреноблокаторы), сердечных гликозидов, «гипогликемических» средств, гормонов (эстрогены, прогестины, глюкокортикоиды, антиандрогены, агонисты гонадотропин-РФ), транквилизаторы, нестероидные противовоспалительные средства, блокаторы H₂-рецепторов и пр.

Все эти обстоятельства заставляют рассматривать проблему диагностики и терапии ЭД не только как узкую задачу специалиста-уролога, андролога и сексопатолога, решение которой направлено на восстановление нарушенной сексуальной функции. Она лежит за пределами только урологии и, с одной стороны, требует знаний и участия других специалистов (врач общей практики, терапевт, кардиолог, невролог, нефролог и пр.), с другой – делает необходимым для уролога, андролога, сексопатолога пристальное изучение внутренней медицины – тех самых соматических заболеваний, которые тесно связаны с ЭД. Иными словами, эффективная терапия ЭД является, как и большинство проблем мужского здоровья, мультидисциплинарной. Это подтверждает врачебная практика, когда почти 49% больных впервые обращаются по поводу ЭД не к урологу, а к специалистам терапевтического профиля.

У 80% больных причиной развития ЭД является нарушение функции эндотелия. Наряду с генетической предрасположенностью и возрастом эндотелиальная дисфункция (ЭнД) развивается как результат окислительного стресса, предшественниками которого являются артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), дислипидемия и курение. Окислительный стресс, в свою очередь, ведет к поражению клеток эндотелия, которое усугубляет вазоконстрикцию, обуславливая атеросклероз, тромбозы и ЭД. В основе окислительного стресса лежит дисбаланс про- и антиоксидантных систем эндотелия с последующим развитием стойкой вазоконстрикции, которая ведет к прогрессированию АГ, атеросклероза, развитию ишемической болезни сердца (ИБС), их тромботическими осложнениями в виде мозговых инсультов и инфарктов миокарда. ЭД является ранним предиктором этих тяжелых заболеваний. Известно, что 57% мужчин, подвергнутых аортокоронарному шунтированию, задолго до операции уже страдали ЭД, а 64% мужчин, госпитализированных по поводу первого острого инфаркта миокарда, отмечали существенные расстройства эрекции. Косвенно это подтверждается и общими факторами риска ЭД и ИБС: АГ, СД, дислипидемия, депрессия, курение, гиподинамия, ожирение. Таким образом, ЭД, возникшую на фоне и вследствие ЭнД, следует считать одним из ранних симптомов сердечно-сосудистых заболеваний. Порой пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями бывают больше обеспокоены ЭД, нежели риском ИМ на фоне ИБС или мозгового инсульта на фоне прогрессирующей АГ. ЭД, вызывая личностный стресс у мужчины, может, в свою очередь, не только усугубить течение АГ и ИБС, но и существенно нарушать межличностные отношения между половыми партнерами, вызывая депрессии и замыкая патологический круг патогенеза заболевания.

Эндотелиальная дисфункция – сложный процесс, основными проявлениями которого являются нарушение биодоступности оксида азота (NO), уменьшение количества мускариновых рецепторов на поверхности эндотелиальных клеток, повышение активности ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) на поверхности эндотелиальных клеток. NO – один из важнейших биологических медиаторов организма. Окись азота (NO) обладает бронхорасширяющим действием, является возможным медиатором функции памяти и болевой рецепции, регулятором воспаления и иммунной защиты, медиатором деятельности гладкой мускулатуры пищеварительной и мочеполовой систем, гладкой мускулатуры сердечно-сосудистой системы. NO регулирует расширение и сужение просвета сосудов в соответствии с потребностью тканей в кровоснабжении и является средством антитромботической защиты.

NO образуется путем окисления L-аргинина атомом кислорода при участии NO-синтаз, которые обнаружены в эндотелии, миоцитах сосудов, скелетных мышц, миокарда, нейронах, тромбоцитах, фибробластах, нейтрофилах и др. Выработка NO в центральной нервной системе происходит вследствие эротической стимуляции через допаминэргические структуры гипоталамуса, и центральное возбуждение нитрергических нейронов, по-видимому, инициирует эрекцию. Нейрональная NO является важнейшим фактором, вызывающим непосредственное быстрое расслабление сосудов полового члена для возникновения эрекции, NO эндотелиального происхождения необходима для поддержания эрекции под влиянием периферического действия NO-синтазы эндотелиальных клеток. Она способствует поддержанию эрекции, поскольку в гладкомышечной ткани путем активизации гуанилатциклазы обеспечивает образование циклического гуанозинмонофосфата, выходу кальция из клеток, их расслаблению, что при достаточном притоке артериальной крови и действующем веноокклюзивном механизме вызывает устойчивую эрекцию. В гладкомышечных клетках сосудов сердца и кавернозной ткани полового члена NO повышает концентрацию цГМФ, который активирует специфическую протеинкиназу, под действием которой происходит уменьшение концентрации кальция внутри клетки и расслабление гладкомышечных волокон. Разрушение циклического гуанозинмонофосфата под влиянием фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ 5) обуславливает детумесценцию. Органические нитраты являются донаторами NO, следовательно, существенно повышают продукцию циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ). Их применение в сочетании с ингибиторами ФДЭ 5 с целью терапии ЭД опасно тяжелыми коллапсами и, поэтому, противопоказано.

Сочетание ЭД с ИБС патогенетически взаимосвязано, поэтому рациональная терапия подобного сочетания, исключая применение ингибиторов ФДЭ 5 с органическими нитратами, которые являются одним из основных компонентов ангиангиальной терапии ИБС, не теряет своей актуальности. Не менее серьезной проблемой, возникающей перед урологом и кардиологом, является преодоление страха восстановления утраченной сексуальной функции. Известно, что сексуальная активность увеличивает потребность миокарда в кислороде, что вызывает обоснованные опасения кардиологов. Однако риск развития ИМ при наличии ИБС у мужчины 50 лет составляет всего 1% в год. При повышении сексуальной активности он возрастает до 1,01% в год. Половой акт по энергозатратам составляет от 2–3 до 5–6 метаболических эквивалентов, которые, в сущности, равны игре в гольф (4–5 метаболических эквивалентов) или тяжелой физической работе (3–6 метаболических эквивалентов).

Помимо торможения распада цГМФ под влиянием ингибиторов ФДЭ 5 механизмом накопления цГМФ является увеличение синтеза NO. При связывании NO с гемопротейнами плазмы при участии гуанилатциклазы возникают клеточные эффекты NO – расслабление гладкомышечных клеток сосудов сердца и кавернозных тел. Энд включает при реакции NO с супероксиданионом образование оксидантов пероксинитрита и гидроксил-радикалов, повреждающее действующих на липиды, белки и нуклеиновые кислоты эндотелия сосудов.

Именно поэтому при заболеваниях, связанных с Энд (снижение толерантности к глюкозе, артериальная гипертензия, дислипидемия и гиперхолестеринемия, ССЗ и почечная недостаточность), риск появления и прогрессирования ЭД значительно возрастает. Повышение концентрации эндогенных ингибиторов NOS в плазме крови может запускать развитие ЭД, связанной с факторами риска и ССЗ (гиперхолестеринемия, атеросклероз, артериальная гипертензия и пр.). В эксперименте подтверждено отрицательное влияние ингибитора NOS NG-нитро-L-аргинина на развитие эрекции при стимуляции кавернозного нерва. Оксидантный стресс, развивающийся в результате действия свободных кислородных радикалов и других реактивных форм кислорода, может быть основным фактором, ухудшающим функцию кавернозной ткани при ЭД. Увеличение инактивации NO кислородными радикалами приводит к нарушению расслабления гладкой мускулатуры. Усугубление Энд воздействием реактивных форм кислорода может закончиться хроническим нарушением функции сосудов полового члена аналогичным раннему атерогенезу. Поэтому нарушение синтеза NO – один из основных этиологических и патогенетических факторов развития органической артериогенной ЭД.

Первым и пока единственным препаратом, усиливающим синтез NO, является импаза (сверхмалые дозы антител к эндотелиальной NO-синтазе). Оказывая непосредственное влияние на активность NO-синтазы, импаза способствует ликвидации эндотелиальной дисфункции – одного из ведущих факторов ЭД, курсовая терапия импазой в течение 3 месяцев необходима как лечебный аспект восстановления эндотелия. Эффект от ее применения развивается в зависимости от тяжести эндотелиальной дисфункции с первой недели до 1 месяца. При этом стимулирующий прием таблетки за час до сексуальной близости не нужен. ЭФ восстанавливается в процессе курсовой терапии в ответ на сексуальную стимуляцию. К концу курса терапии эффект закрепляется и сохраняется в течение полугода, что позволяет пациентам сохранить свои сексуальные способности и без приема лекарств. У пожилых с сопутствующими сосудистыми заболеваниями этот позитивный эффект может быть короче, как правило, бывает необходима поддерживающая терапия по 1 т. через день. Положительный лечебный эффект может сохраняться более длительное время после окончания курса в зависимости от возраста и образа жизни пациента. Курсовая терапия импазой позитивно влияет на все составляющие сексуальных отношений. Больные отмечают улучшение и восстановление спонтанных эрекций, нахождения полового члена в состоянии постоянной частичной тумесценции, а после 3–4 месяцев терапии – нормализацию спонтанных и адекватных эрекций. При терапии импазой имеет место кумулятивный эффект, поэтому для наступления стойкого лечебного эффекта необходим ее прием не менее 3–4 месяцев, прогрессирующее нарастание эффективности имеет место с 33,2% после 1-го месяца до 56,2% к 3–4 месяцам лечения.

Циклический ГМФ играет ключевую роль не только в расслаблении мышц кавернозных тел при эрекции, но и опосредует нейрогенный и зависимый от эндотелия путь расслабления гладких мышц артерий миокарда и кровеносных сосудов. Поскольку роль дисфункции эндотелия в развитии гипертонической болезни и ишемической болезни сердца подтверждена, воздействие на недостаточность эндотелия можно рассматривать как универсальный метод патогенетического лечения этих заболеваний, сочетающихся с ЭД. На фоне кардиотропной терапии в сочетании с импазой у больных ИБС со стенокардией напряжения повышается переносимость физической нагрузки, уменьшается количество болевых приступов при легкой и умеренной физической нагрузке. Введение импазы в комплекс лечения способствует увеличению перфузии как показателя усиления коронарного микроциркуляторного кровотока. У больных гипертонической болезнью дополнение гипотензивной терапии приемом импазы способствует не только улучшению микроциркуляции, но и уменьшает выраженность ЭД, что оказывает благоприятное воздействие на течение болезни в целом. Применение импазы в составе комбинированной гипотензивной терапии (с β -адреноблокаторами и диуретиками) ведет не только к достоверному улучшению ЭФ и основным компонентам сексуальной функции в целом, но и к нормализации суточного профиля АД, коррекции эндотелиальной дисфункции, улучшению психологического состояния больных со снижением депрессии и проявлений ипохондрии. Максимальный положительный эффект имеет место при курсовом применении импазы в течение 3 месяцев. Препарат не вызывает побочных эффектов и нежелательных взаимодействий с гипотензивными препаратами, что доказывает его эффективность и безопасность у больных АГ.

В силу стабилизации уровня тестостерона импаза способна нивелировать проявления мужского возрастного андрогенодефицита. Позитивный лечебный эффект импазы доказан при сочетании ЭД с метаболическим синдромом, сахарным диабетом, аденомой простаты. Нормализация функции эндотелия под влиянием импазы повышает чувствительность его к ингибиторам ФДЭ 5, позволяет избежать их применения в больших дозах с нежелательными побочными эффектами. В сочетании с заместительной тестостеронотерапией она позволит разработать наиболее действенный подход к терапии ЭД и ее соматических «спутников» второй половины жизни мужчин.

Возрастные особенности развития злокачественных новообразований почек

Г.Н. Алексеева, Л.И. Гурина
Владивосток

За последнее десятилетие отмечен неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) почек в Российской Федерации (РФ) и Приморском крае. В 2009 году в Приморском крае в структуре онкологической заболеваемости у мужчин ЗНО почек составили 4,1% – восьмое ранговое место (в 1993 г. – 11 место). У женщин ЗНО почек встречались реже – 3,7%, занимая стабильно 12 ранговое место в структуре онкологической заболева-

емости. В 2009 году стандартизованный показатель заболеваемости ЗНО почек составил 9,8 (в РФ – 8,7), у мужчин – 13,1, у женщин – 7,6 на 100 тыс. населения, увеличившись по отношению к 1993 г. на 60,4 %, при среднегодовом темпе прироста 29,4%. Различия в возрастной структуре заболеваемости ЗНО почек мужского и женского населения отчетливо проявляются после 40 лет [Журкина, О.В., 2010]. Широкое внедрение лучевых методов диагностики не привело к снижению частоты запущенных форм ЗНО почек. Стандарты оказания медицинской помощи при новообразованиях почек для первичного медико-санитарного звена не предусмотрены, что затрудняет выявление ЗНО почек на ранних стадиях.

Цель исследования: изучить повозрастные показатели заболеваемости ЗНО почек в Приморском крае и сформировать группы риска с учетом возраста.

Для исследования взяты интенсивные и стандартизованные показатели заболеваемости ЗНО почек в Приморском крае за три временных периода: с 1993 по 1997 г. (I период), с 1998 по 2002 г. (II период) и с 2003 по 2007 г. (III период) и рассчитан прогноз заболеваемости до 2013 года.

Наиболее высокий межпятилеточный (между I и III пятилетками с 1993–1997 по 2003–2007 г.) темп прироста интенсивных показателей заболеваемости ЗНО почек отмечен у женщин – 60,5%, по сравнению с мужчинами – 38,3%, стандартизованных показателей соответственно – 43,6 и 19,1%. Зарегистрирована значимая связь показателей заболеваемости ЗНО почек с возрастом заболевших. Наиболее высокая заболеваемость отмечена у мужчин в возрасте 65–69 лет (85,4 на 100 тыс. населения), у женщин в 70–74 года (42,6 на 100 тыс. населения). За период 1993–2007 гг. средний возраст заболевших ЗНО почек мужчин составил $56,4 \pm 0,6$ года, что значительно меньше ($P < 0,05$), чем у женщин – $60,7 \pm 0,76$. В связи со старением населения Приморского края с 1993–1997 по 2003–2007 г. отмечено увеличение среднего возраста заболевших ЗНО почек с $55,0 \pm 2,0$ до $60,5 \pm 1,0$ у мужчин и с $59,4 \pm 2,7$ до $61,2 \pm 1,2$ года у женщин.

В общем числе больных раком почки наибольшую долю составили лица в возрасте 50–59 лет (36,0 % мужчин и 32,2 % женщин). Межпятилеточный повозрастной темп прироста у женщин имеет два максимальных подъема – в возрасте 30–35 лет и в 55–59 лет 133,3 и 129,3 % соответственно. У мужчин межпятилеточный повозрастной темп прироста максимальный в возрасте 55–59 – 84,8%.

По прогнозу, при сохранении выявленных закономерностей, заболеваемость раком почки к 2013 году может достигнуть уровня 15,02 на 100 тыс. населения для мужчин и 9,92 на 100 тыс. населения для женщин, при сохранении выявленных закономерностей, увеличившись по отношению к 1993 году в 2,2 раза для мужчин и 2,7 раза для женщин.

Следовательно, возраст 50–59 лет является фактором риска развития злокачественных новообразований почек и может играть ведущую роль при формировании группы риска для углубленного обследования и разработки профилактических мероприятий злокачественных новообразований почек. Факторы риска высоких показателей межпятилеточного повозрастного темпа прироста у женщин 30–35 лет изучаются.

Частота и структура мужского бесплодия

Т.М. Алиева, Н.С. Кадилова, Д. Маликова
Андижан

По данным Всемирной организации здравоохранения, частота бесплодных браков достаточно высока и колеблется в развитых странах от 8 до 29% всех супружеских пар. По данным разных авторов доля мужского бесплодия составляет от 20% (Nicshlag E., Behre H., 2005) до 40% (Tures P., 2005), а нарушение сперматогенеза при мужском бесплодии встречается в 50% наблюдений. Патогенез, структура и диагностика мужского бесплодия до сих пор излагаются весьма противоречиво.

Целью нашего исследования явилось определение частоты и структуры мужского бесплодия по Андижанской области

В исследование вошло 180 семейных пар, обратившихся в период 2009–2010 гг. с жалобами на бесплодный брак. Возраст мужчин от 23 до 42 лет. На момент обследования средняя продолжительность брака составила $6,4 \pm 1,4$ года.

Всем пациентам выполнялось УЗИ органов мошонки, гормональный профиль (пролактин, тестостерон, эстрадиол, ЛГ, ФСГ), спермограмма в соответствии с требованиями ВОЗ (1999), бактериологический анализ спермы, обследование на инфекции, передающиеся половым путем, консультация андролога.

Мужской фактор бесплодия установлен у 100 семейных пар (55,5%). Из них первичное бесплодие выявлено у 63%, а вторичное – у 36% мужчин.

Варикоцеле как причина бесплодия диагностирована у 52% больных. Из них у 40,4% пациентов отмечалось одностороннее и в 11,5% случаев – двустороннее варикоцеле. Хронический простатит выявлен у 51% мужчин, из них осложненный везикулитом – у 27,5%, водянка оболочек яичек – у 9,8%, кисты придатков яичек – в 17,6% случаях, признаки хронического эпидидимоорхита – у 5,9% обследованных. При этом изменения гормонального профиля выявлены у каждого четвертого (25%) пациента. Иммунологическое бесплодие диагностировано у 22% человек.

Инфекционные причины бесплодия, вызванные специфическими возбудителями, отмечены у 73% больных. Среди них у 30,1% человек установлена гонорея, перенесенная ранее и часто обостряющаяся, трихомониаз – у 26,0%, хламидиоз – у 28,8%, уреа- и микоплазма – у 28,8%, неспецифический уретрит, орхоэпидидимит – у 16,4% человек.

Всем пациентам выполнялась спермограмма, при анализе которой установлены нарушения сперматогенеза в виде азооспермии – у 16% пациентов, олигоастенозооспермии – у 16%, астенотератозооспермии – 20%, олигозооспермии – у 9%, полизооспермия – 1 случай (1,0%). При этом у 10% пациентов от общего числа диагностирована обструктивная азооспермия. Нормозооспермия отмечалась у 38% пациентов.

Проведенный анализ спермограмм выявил, что количество сперматозоидов колебалось от 18 до 104 млн/мл (в среднем $52,3 \pm 3,3$ млн/мл). При этом выявлено количество активноподвижных в $31,9 \pm 4,0\%$ случаях, слабопод-

вижных – в $20,3 \pm 3,9\%$, неподвижных – в $47,8 \pm 4,5\%$, живых – в $46,8 \pm 4,1\%$, мертвых – в $53,2 \pm 4,1\%$.

Среди обследованных мужчин у $23,0\%$ установлена гипопролактинемия (пролактин менее 103 мМЕ/мл), у $67,0\%$ – нормопролактинемия (уровень пролактина 103 – 529 мМЕ/мл), а у $10,0\%$ мужчин – гиперпролактинемия (уровень пролактина более 529 мМЕ/мл). При нарушении секреции пролактина было выявлено ухудшение показателей спермограмм (снижение концентрации и числа сперматозоидов в эякуляте, уменьшение количества подвижных и нормальных форм сперматозоидов, увеличение количества неподвижных и дегенеративных форм сперматозоидов). При этом у большинства мужчин с гипопили гиперпролактинемией ($84,8\%$) происходило достоверное снижение уровня тестостерона до $2,41 \pm 0,2$ – $1,87 \pm 0,1$ нг/мл. Снижение уровня тестостерона влияло на подвижность и различные формы сперматозоидов (нормальные, дегенеративные, юные, старые и клетки сперматогенеза), что подтверждалось высокой прямой корреляционной зависимостью ($r=0,64$, $P<0,05$). Отрицательная корреляция была выявлена между дегенеративными и юными формами сперматозоидов и уровнем тестостерона ($r=0,71$, $P<0,05$).

Таким образом, ведущими причинами возникновения мужского бесплодия являются инфекции мочеполовой сферы и варикоцеле, приводящие к гормональным нарушениям и ухудшению показателей спермограммы.

Диагностика и лечение закрытых повреждений почек

Д.Н. Артиков, Ф.У. Дадажонов, А.Х. Хайдаров
Фергана

Проблема диагностики и определения тактики лечения больных с повреждениями почек является одной из важнейших в ургентной урологии. У таких больных в раннем периоде после получения травмы заболевание нередко протекает в стертой форме.

Следовательно, ранняя диагностика повреждений почек особенно актуальна с целью определения тактики лечения больных.

Нами изучены и проанализированы больные, поступившие в экстренное отделение с повреждением почек. Так, в 2006 году прошло 1806 больных с различной урологической патологией, из них 24 ($1,3\%$) с повреждениями капсулы и лоханок у 1 (4%), подкапсульная гематома 14 (58%) и размождение почек в 3 (13%) случаях.

Во всех наблюдениях в анамнезе отмечалась травма и все больные были мужского пола.

При поступлении в диагностическое отделение и в отделение экстренной урологии больные обследованы общепринятой методикой по стандарту: с применением УЗИ, экстретарной урографии на фоне протившоковой и симптоматической терапии.

Результаты анализа исследуемых больных с повреждением почек показали, что у двух пациентов стертая течения клинической картины привело

к позднему обращению. Так, на 7 сутки после получения травмы, поступил мужчина 35 лет, а на 3 сутки мужчина 17 лет.

Один больной госпитализирован на 17 сутки после получения травмы, которому установлен предварительный диагноз: карбункул почки.

Следует отметить, что из общего числа больных с повреждением почек в 7 (29%) случаях положительный эффект получен после консервативных мер. Нефрэктомия выполнена в 3 (15%) случаях, а в остальных 12 (50%) случаях выполнено удаление гематомы, ушивание раны капсулы почек. Во всех случаях операция заканчивалась дренированием паранефральной клетчатки.

У троих больных с поздним обращением клиническая картина была схожей с острым перитонитом. Это привело в 1 (4%) случае к диагностической лапаротомии и 2(8%) случаях к диагностической лапароскопии. Таким образом, необходимо шире применять лапароскопию в диагностике поврежденной почки. При установлении разрыва паренхимы с капсулой почки необходимо незамедлительно решать вопрос в пользу экстренной операции.

Динамика селективной энзимурии при экспериментальном нефролитиазе: патогенетическое обоснование применения антагонистов кальция

А.Б. Батько
Санкт-Петербург

Создание модели экспериментальной модели нефролитиаза позволяет определить точку приложения различных лекарственных средств в коррекции цепи патологических изменений, сопровождающих мочекаменную болезнь (МКБ). Экспериментальный нефролитиаз (ЭН) вызывали по методике S. Kumar (1991) с нашими дополнениям (рац. предл. №1792 от 04.12.2008). Исследование проведено в осенний период на аутбредных крысах-самцах линии Wistar, массой 220–270 гр., которых содержали на стандартной диете в естественном световом режиме. Животные находились в индивидуальных клетках, приспособленных для сбора мочи. В работе исследовали антагонисты кальция (АК): производные дигидропиридина (нифедипин) и бензопирана (диуманкал). Введение препаратов осуществлялось внутривентрикулярно с помощью аграватического зонда один раз в сутки, в строго установленное время в дозах, соответствующих ED₅₀.

Экспериментальные животные были разделены на шесть групп. Интактным животным (интактная группа – ИГ, n=6) в качестве плацебо вводили 1% крахмальную взвесь в объеме до 2 мл. Контрольные животные (контрольная группа – КГ, n=5), получали 1% раствор этиленгликоля вместо воды ad libitum. Группа животных получала нифедипин в дозе 11 мг/кг с момента начала эксперимента, (нифедипин профилактика – НП, n=6), следующая группа получала нифедипин в той же дозе с 21-го дня эксперимента (с момента достижения экспериментальной патологии) на протяжении 14 дней (нифедипин лечение –

НЛ, n=6). Остальные две группы животных получали диуманкал в дозе 5 мг/кг по аналогичной схеме: одна группа с 1-го по 21-й день эксперимента (диуманкал профилактика – ДП, n=5 n=5), другая – с 21-го, на протяжении 14 дней (диуманкал лечение – ДЛ, n=6).

О функциональном состоянии почек судили по концентрации мочевины и креатинина в сыворотке крови и моче, относительной плотности мочи, диурезу. В качестве маркерных ферментов, отражающих повреждение почечного эпителия, было исследована экскреция ферментов, обладающих высокой чувствительностью – лактатдегидрогеназы КФ1.1.1.27 (ЛДГ) и γ -глутамилтрансферазы КФ2.3.2.2 (ГТГ). Маркерами повреждения почечного эпителия служили количественные изменения экскреции ЛДГ и γ -ГТГ в пересчете на экскрецию креатинина в сутки (таб. 1).

Таблица 1
Динамика энзимурии при ЭН

Показатель	ИГ	КГ (7 сутки)	КГ (14 сутки)	КГ (21 сутки)
ЛДГ	0,32±0,01	2,42±0,02*	1,6±0,03*	0,4±0,04
γ -ГТГ	0,7±0,02	1,3±0,03	2,5±0,03*	2,4±0,01*

* – различия статистически значимы по сравнению с интактными животными, при $p < 0,05$

В течение первой недели эксперимента экскреция ЛДГ выросла в 7,5 раз и свидетельствует о цитолизе клеток почечных канальцев, т.к. данный фермент является цитозольным и свидетельствует о разрушении клеток. Дальнейшее снижение экскреции ЛДГ свидетельствовало о развитии адаптивных механизмов почечных канальцев в патологических условия. В свою очередь, экскреция γ -ГТГ нарастала медленно и превышала исходные значения в 3,5 раза, начиная со второй недели и до конца эксперимента. Учитывая, что наибольшее количество γ -ГТГ обнаружено в почечной ткани, а сам фермент является мембраносвязанным, подобный длительный прирост энзимурии обусловлен повреждением мембран клеток почечных канальцев в условиях ЭН.

Упомянутые нами маркеры повреждения почечных канальцев, проявляющиеся энзимурией, явились наиболее информативными показателями фармакологической активности изучаемых АК, механизм действия которых в настоящее время достаточно изучен (таб. 2).

Таблица 2
Динамика энзимурии при ЭН в ходе лечения и профилактики АК

Показатель	НП	ДП	НЛ	ДЛ
ЛДГ	0,41±0,03	0,33±0,02*	0,51±0,04*	0,37±0,02*
γ -ГТГ	1,5±0,06*	1,3±0,05*	1,12±0,03*	0,71±0,01*

* – различия статистически значимы по сравнению с КГ при $p < 0,05$

На фоне профилактического применения АК отмечено снижение показателей активности энзимурии. На протяжении всего эксперимента в

группах НП и ДП активность ЛДГ была выше, чем в ИГ, но статистически достоверно отличалась только от КГ, и была более выраженная при применении диуманкала. На фоне лечения показатели энзимурии приходили в норму только в группе ДЛ, статистически достоверно отличаясь от подобных показателей КГ, а в группе НЛ снижение γ -ГТГ произошло только на 46% к окончанию курса лечения.

Таким образом, эффект применения АК при ЭН можно обосновать ослаблением процесса цитолиза клеток почечных канальцев. Учитывая чувствительность клеточных мембран к мембранотропным веществам экзогенного происхождения, в роли которых выступают производные фенола, целесообразно считать, что преимущественная фармакологическая активность связана с химической структурой и наиболее выражена у производных бензопирана.

Возможности коррекции сексуальных расстройств у мужчин

В.В. Борисов
Москва

После периода влюбленности для здорового мужчины с нормальной половой конституцией первостепенным становится удовлетворение и удовольствие, получаемое от женщины, а не любовь в ее романтическом понимании. Молодые мужчины, обращающиеся с жалобами на эректильную дисфункцию (ЭД), часто не имеют постоянной сексуальной партнерши, поэтому применение пероральной медикаментозной терапии ингибиторами ФДЭ-5 является быстрым и эффективным методом лечения, в значительной степени избавляющим пациента от стресса и ситуационной ЭД, вызванной двумя и более сексуальными неудачами. Этим требованиям сегодня полностью отвечает спектр применяемых ингибиторов ФДЭ-5 (силденафил, тадалафил, варденафил, уденафил).

На вопрос «Что Вы ждете от средств терапии ЭД?» в развитых странах больные, оценивая ингибиторы ФДЭ-5, отвечают: надежного действия каждый раз (47%), высокой безопасности (40%), небольшого числа побочных эффектов (40%), возможности применения с другими лекарствами (29%), разумной цены (19%), действия только при необходимости (16%), действие в течение 24 часов (13%). В России наиболее мотивирующим для больных ЭД были признаны высокая эффективность при отсутствии или слабо выраженных побочных эффектах. Факторами, влияющими на решение пациента при выборе терапии ЭД, были: эффективность и безопасность, культурные, религиозные, социальные мотивы, стоимость лечения, «легкость» проведения, неинвазивность, возможность отмены терапии, а также механизм действия препарата. Общими требованиями, которыми руководствовались больные, были: быстрый (через 15–30 минут) эффект, действие в течение 3–4 часов, отсутствие побочных эффектов, не слишком высокая цена, отсутствие зависимости и привыкания, совместимость с алкоголем, удобство в применении до и после еды, в т.ч. после приема жирной пищи. Помимо спонтанных требований пациента к препарату значение имели известность производителя, наличие обновляющейся рекламы, проверенный временем опыт клинического применения, новизна, современность, высокая технологичность, подробная информация о

составе и принципе действия препарата, данные о его клинически подтвержденной эффективности, отсутствие или слабо выраженные нежелательные побочные эффекты, избирательность действия, совместимость препарата с другими средствами, увеличенная продолжительность его эффекта.

У здоровых мужчин частота успешных половых актов составляет: несколько раз за 4 часа – 4%, несколько раз за период более 4 часов до 1 суток – 17% и самое большое за 1 сутки – 79%. У страдающих ЭД эти показатели намного скромнее – соответственно 0%, 11% и 89%. Преимущества пролонгированного эффекта ингибиторов ФДЭ-5 неоднозначны. Так, по данным опроса больных, после приема силденафила 96,5% coitus были совершены в течение первых 4 часов (в среднем через 1,6 ч.). Однако 74% больных имели успешный coitus и через 12 и более часов после приема силденафила. После приема тадалафила в течение первых 4 часов были совершены 54,2% coitus, а 45,8% позже 4 часов, в среднем в течение 5,8 ч. Тем не менее, продолжительность действия ингибитора ФДЭ-5 для многих производителей остается весьма существенным аргументом, отражающим преимущество препарата. Предпочтения пациентов в длительности действия препарата также неоднозначны. Так, 60% опрошенных предпочитают продолжительность действия 12 часов, 13% – 24 часа, 7% – 36 часов и 20% – более 36 часов. Иными словами, 73% опрошенных останавливаются на продолжительности действия от 12 до 24 часов. Последние данные показывают, что 97% мужчин осуществляют попытку полового акта не более чем через 4 часа после приема ингибиторов ФДЭ-5. Однако следует непременно учитывать, что продолжительность действия препарата соответствует продолжительности проявления его нежелательных побочных эффектов, иногда их продолжительность этот срок превышает. Так, каждый восьмой мужчина (12,3%) испытывает боль в спине и миалгию при приеме тадалафила, а боль в спине и миалгии обычно длятся до 48 часов после приема препарата.

Однако, с учетом всех достоинств и преимуществ ингибиторов ФДЭ-5, относительно невысокая комплаентность их применения у ряда больных остается существенной проблемой. Хотя более половины начавших применение ингибиторов ФДЭ-5 продолжают их использование в течение продолжительного времени, более 20% пациентов выражают неудовлетворенность недостаточной твердостью эрекции, отмечают порой невысокую надежность, а иногда и неэффективность. Большинство пациентов, как правило, ожидают от применения ингибиторов ФДЭ-5 немедленного успеха, что, конечно, ошибочно. Особенно это касается больных с длительно существующей и прогрессирующей ЭД. Было показано, что у больных с длительной (более 4 лет) ЭД первая попытка неудачна в большинстве случаев. 54% пациентов отметили успех со 2-й попытки, 64% с 3-й, а с 8-й попытки – 86% больных. Если после 8 попыток эффект отсутствует, как правило, дальнейшее применение ингибиторов ФДЭ-5 не имеет смысла. Вернуть эффективность ингибиторов ФДЭ-5 у 15 – 60% больных сможет замена ранее применявшихся ингибиторов ФДЭ-5 на новые. Это наглядно демонстрирует успешное применение уденафила в последние 3 года в нашей стране.

Ингибиторы ФДЭ-5 – единственные препараты с доказанной высокой эффективностью в лечении всех форм ЭД, независимо от тяжести. Наилучшие имеют быстро наступающий воспроизводимый эффект, относительно длительное действие, высокую селективность, наилучший профиль безопасности. Ингибиторы ФДЭ-5 по своему действию аналогичны, отличаются индивиду-

альными особенностями, своим спектром эффективности и безопасности, что и должно быть критериями их назначения конкретным больным. Лечение сексуальных расстройств мужчин требует индивидуального подхода, безусловно, с учетом кардиологического риска, приема органических нитратов, являющихся основным компонентом антиангинальной терапии ИБС. Так, например, после приема тадалафила нитраты могут применяться не ранее, чем через 48 часов, в то время как после приема силденафила – через 24 часа. Необходимо учитывать возможный дефицит андрогенов и перед назначением ингибиторов ФДЭ-5 заранее начинать заместительную тестостеронотерапию. Лечение должно проводиться с максимальной эффективностью и безопасностью в соответствии с потребностями и возможностями пациента. Применение современных ингибиторов ФДЭ-5 позволит сегодня успешно добиться цели лечения ЭД – достижения длительного и стойкого эффекта в виде качественного, регулярного и безопасного секса в стабильной паре, являющегося основой и условием ее сохранения и бесконфликтного существования.

Потребности коррекции сексуальных расстройств у мужчин

В.В. Борисов
Москва

Наступивший XXI век – время, когда всерьез заговорили о мужском здоровье – комплексной мультидисциплинарной проблеме, включающей старение и «возрастные» болезни мужчин (метаболический синдром, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и пр.), урологические заболевания (гиперплазия и рак простаты, хронический простатит, эректильная дисфункция, возрастной дефицит андрогенов, гиперактивный мочевого пузыря и пр.), психическое здоровье мужчины, его образ жизни (социальные условия, привычки: курение, алкоголь). Роль сексуальной функции определяется ее взаимосвязью с репродуктивной функцией мужчины, поэтому система ее обеспечения имеет сложное строение, множественные механизмы реализации, многоуровневые системы регуляции и контроля. Ее очень трудно и вывести из строя, и, что не менее важно, восстановить. Аспектами мужской и женской сексуальности являются прокреативный (рождение детей), рекреативный (секс, как средство получения удовольствия) и релятивный (общение, любовь, дружба). В оценке проблемы мы, к сожалению, больше внимания уделяем рекреативному аспекту, забывая о прокреативном, который непосредственно связан с демографией нашего государства.

Взаимоотношения мужчины и женщины охватывают жизнь в целом, включая тесно переплетенные биологические (сексуальные) отношения и социальные аспекты совместной жизни: взгляды на идеал мужчины и женщины, отношение к себе (сексуальная самооценка), внешняя и социальная привлекательность мужчины и женщины, значение секса для здоровья и благополучия. Требуют бесспорного учета и возрастные особенности сексуальных отношений, секс и соматические заболевания мужчин и женщин. На взаимоотношения мужчины и женщины оказывают серьезное влияние значение власти и общественного статуса в выборе сексуального партнера, супружеские измены, вы-

бор между женой и любовницей, «сожитительство» и семейная жизнь, брак по любви и по расчету, сохранение семьи и длительных сексуальных отношений. Недостаточно учитываются возможности жизни в браке без секса, эквиваленты сексуальных контактов, отказ от секса, сексуальная неудовлетворенность, восстановление сексуальных отношений, а также значение пробуждения ранней сексуальности для будущего и многое другое...

Сексуальная жизнь занимает важное место в жизни мужчин и женщин (каждые 5 секунд на Земле совершается 2778 половых актов), но к необходимой частоте половых актов большинство относится вполне умеренно. Так, на вопрос «Как важно для Вас совершать половой акт чаще 1 раза в сутки» «не важно» отвечают половина мужчин и 73% женщин, «в принципе важно» – каждый третий мужчина и каждая 6-я женщина, «крайне важно» – каждый 5-й мужчина и только 10% женщин. Сексуальная активность (оргазм и эякуляции) в зависимости от возраста мужчин различна. В 20 лет это в среднем 3–4 coitus в неделю с 2–3 оргазмами и эякуляцией. В 22–24 года при той же частоте coitus (иногда, в виде исключения, до 7 в неделю) сексуальные эксцессы могут достигать 4–6 оргазмов и эякуляций. В 30 лет – в среднем 5 coitus в неделю до 2 оргазмов и эякуляций, в 40 – 2–3 раза в неделю, в 50 – 2 раза в неделю, в 60 – 1–2 раза в неделю, в 70 лет – 1 раз в неделю и менее с однократным оргазмом и эякуляцией.

Потребности совершенствования мужской сексуальной жизни противоречивы: по данным выборочных опросов населения в нашей стране 21% мужчин старше 35 лет хотели бы улучшить свои сексуальные способности, что составляет почти 7 млн человек, однако, за врачебной помощью обращается не более 10%. С другой стороны, в течение года каждая 3-я женщина мечтала о лучшем сексе. Л.Н. Толстой справедливо писал: «Мужчина может пережить в своей жизни практически все, в том числе землетрясение, эпидемии, тяжелую болезнь, любую форму духовной пытки; но самая ужасная трагедия, которая может с ним произойти, есть и будет оставаться трагедия его спальни».

Опрос более старших (45–55 лет) российских мужчин показал: хотят улучшить свои сексуальные возможности 70%, но имеют желание обсуждать свою сексуальную активность с врачом всего 10%. Опрос 1800 мужчин 30–65 лет выявил снижение сексуальной функции у 21% респондентов, из них собираются обратиться к специалисту всего 3%. Среди причин: стеснение, нежелание обсуждать проблему, недоверие к специалистам, «запретная» тема, непонимание супруги, отсутствие времени. По данным НИИ урологии, при обследовании мужчин старше 60 лет, которым предстояло эндоскопическое удаление аденомы предстательной железы, всего 18% мужчин были озабочены сохранением их сексуальных способностей после операции. Среди причин подобного отношения к себе на первом плане были отнюдь не медицинские, а в подавляющем большинстве социальные факторы: болезнь, утрата и невозможность найти новую сексуальную партнершу, возрастные предубеждения. Однако причинами были и тяжелые сопутствующие соматические заболевания, боязнь их усугубления, снижение или отсутствие полового влечения и пр.

По сводным данным, распространенность возрастных изменений мужской сексуальности составляет среди мужчин всех возрастов – 15–17%, старше 45 лет – 40%, к 80 годам – 75–80%. Однако существует и более оптимистичное мнение о том, что некоторые мужчины (до 73%) не теряют свои активные сексуальные способности к 70 годам. Однако по сводным данным распростра-

ненность ЭД увеличивается с возрастом: 9% мужчин 40–49 лет, 15% мужчин 50–59 лет и 42% мужчин старше 60 лет.

ЭД – в большей степени удел 2-й половины жизни мужчины. Если в первой половине преобладают психогенные и эндокринные факторы, в 60 лет и старше ведущими являются сосудистые (эндотелиальная дисфункция, вызывающая артериальную гипертензию и ангиосклероз, дислипидемию и атеросклероз, диабетические ангио- и нейропатии) и нейрогенные (болезнь Паркинсона и Альцгеймера, сосудистые нарушения головного мозга и пр.). По сводным статистическим данным, эректильной дисфункцией страдают 67% мужчин старше 60 лет (легкой – 17%, умеренной – 24–28%, полной – 16–22%), а заболеваемость ЭД вырастет с 152 млн в 2009 до 322 млн к 2025 году. Соматическими заболеваниями страдают 84% больных ЭД. Это атеросклероз с поражением тазовых артерий, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, ревматизм и его последствия, системные болезни соединительной ткани, сахарный диабет, болезни печени, метаболический синдром и связанные с ним заболевания (ожирение, атеросклероз, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2-го типа). ЭД возникает и в исходе этих болезней при хронической легочно-сердечной и сердечной, почечной и печеночной недостаточности.

Появление ингибиторов ФДЭ-5 в корне изменило лечение больных ЭД в России. Количество операций эндофаллопротезирования уменьшилось почти вдвое, значительно сократилась распространенность интракавернозных инъекций, распространенность ЛОД-терапии. Практика широкого применения ингибиторов ФДЭ-5 развеяла миф о том, что мужчина должен смириться с нарушениями или отсутствием эрекции. Комплексный подход к диагностике и лечению ЭД в настоящее время позволяет с уверенностью утверждать, что сегодня неизлечимых нарушений эрекции нет. По мере совершенствования терапии сегодня мы перешли от понятия «создание эрекции» к «качеству эректильной функции» и «восстановлению эректильной функции».

На этом фоне становятся более актуальными вопросы партнерских взаимоотношений, анализ мужских и женских сексуальных расстройств как причин эректильной дисфункции (ЭД) у мужчины настолько интимны, что вмешательство врача должно быть деликатным. Наверное, не следует уподоблять эрекцию у мужчины работе бытового выключателя. Не следует игнорировать не менее существенную проблему отсутствия складывающихся взаимоотношений с женщинами. Было бы ошибкой думать, что причина одиночества лежит в одной лишь области сексуальных расстройств, решение которых тотчас приведет к налаживанию интимных отношений. К сожалению, далеко не все врачи способны квалифицированно обсуждать с пациентами вопросы, касающиеся их эректильной функции, вовремя прибегнуть к помощи специалиста. В результате этого многие больные сегодня, при доступности помощи, к сожалению, не получают своевременного лечения. Врачу следует помнить о принимаемой на себя огромной этической ответственности и действовать на основе знаний не только урологии и андрологии, но и психологии, сексопатологии. Для решения этих проблем доктор, бесспорно, должен обладать и тактом, и определенным жизненным опытом, и рядом специальных знаний. Его повседневная практика и совершенствование профессионализма должны быть серьезным подспорьем повышения качества лечения этой непростой категории больных.

Гиперактивный мочевой пузырь как одно из осложнений повреждения костей тазового кольца

А.Н. Войтенко, А.И. Неймарк, А.В. Бондаренко
Барнаул

Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) – клинический термин, включающий наличие императивных позывов, которые могут сопровождаться ургентным недержанием мочи, учащенным мочеиспусканием и никтурией. Указанные симптомы способны сочетаться друг с другом либо проявляться изолированно.

К настоящему времени удалось установить, что причиной учащенного и ургентного мочеиспускания у большинства больных является гиперактивность детрузора. По определению последнего комитета по стандартизации терминологии функции нижних мочевых путей (2002 г.) термин гиперактивность детрузора обозначает произвольные сокращения детрузора (амплитуда более 5 см вод. ст.), которые возникают спонтанно или могут вызваны специально (при изменении положения тела, кашле и т.д.), несмотря на то, что человек пытается подавить эти сокращения волевым путем.

По данным эпидемиологических исследований в Европе и США, частота встречаемости ГАМП у женщин составляет 16,9%. Распространенность ГАМП увеличивается с возрастом: 4,8% в возрасте до 25 лет и 30,9% и более у лиц старше 65 лет. Полагают, что императивными позывами на мочеиспускание страдает 16–19% взрослого населения России. В общей популяции ГАМП чаще имеет место у женщин, чем у мужчин.

С одной стороны, определено известно, что основной причиной симптомов ГАМП являются произвольные сокращения детрузора во время фазы наполнения мочевого пузыря. С другой, патофизиологические процессы, лежащие в основе развития ГАМП, до настоящего времени не полностью понятны и мало изучены. Детрузорная гиперактивность может быть следствием нейрогенных и не нейрогенных причин, а также их комбинации.

Наиболее частое сочетание травм МПС и опорно-двигательного аппарата встречается при переломах костей таза и повреждениях связок тазового кольца. Учитывая то, что в результате научно-технического прогресса частота повреждений таза с каждым годом возрастает, нами решено изучить частоту синдрома ГАМП у пациентов после оперативного лечения таза в отдаленном периоде.

Под нашим наблюдением находилось 107 пациентов с повреждением таза в возрасте от 18 до 45 лет, пролеченных оперативно в 2007–2010 гг. Пациенты были разделены на 3 группы. Первая включала 67 пациентов, которым было проведено только оперативное лечение. Вторая – пациенты после оперативного и медикаментозного лечения м-холиноблокаторами (20

человек). Третья – пациенты после оперативного и физиолечения (20 человек).

В отдаленном периоде от 6 месяцев до 3,5 лет после травм из пролеченных 67 больных из I группы осмотрено 30 человек (12 мужчин, 18 женщин), что составляет 44,8% от первичного контингента пострадавших. Из II группы осмотрено 12 человек (5 мужчин, 7 женщин). Из III группы – 10 человек (3 мужчин, 7 женщин). Во II группе пациенты в послеоперационном периоде принимали м-холиноблокаторы: оксибутинин (дриптан) 5 мг 2 раза в день или солифенацин (везикар) 5 мг 1 раз в день 2–3 месяца. В III группе пациентам проводилось физиолечение: эндотон на область мочевого пузыря 10 сеансов.

Больных обследовали по стандартной схеме: ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением количества остаточной мочи, урофлоуметрия, цистоскопия, анализ сахара крови, общий анализ мочи, определение мочи на стерильность, дневник мочеиспускания в течение 72 ч, гинекологический осмотр женщин. Пациентов с обструктивным мочеиспусканием в исследование не включили. Признаков цистита при цистоскопии не выявлено ни у одного из пациентов. В таблице приведено количество пациентов с жалобами на urgentное и учащенное мочеиспускание, ноктурию, urgentное недержание мочи и пациентов с увеличенным объемом остаточной мочи, по данным УЗИ.

По данным обследования признаки синдрома ГМП в I группе выявлены у 4 (33,3%) больных мужчин, 7 (38,9%) женщин, во II группе у 1 (14,3%) женщины, в III группе у 2 (28,6 %) женщин.

		Ургентное мочеиспускание	Ургентное недержание мочи	Ноктурия	Учащенное мочеиспускание	Остаточная моча
I	мужчины	5	1	1	7	4
	женщины	6	8	4	10	11
II	мужчины	0	0	0	3	1
	женщины	1	4	3	7	3
III	мужчины	0	0	1	3	2
	женщины	2	3	3	7	3

Таким образом, частота развития синдрома ГМП у пациентов, которым проведено только оперативное лечение повреждений тазового кольца составляет 36,1%, что выше, чем у пациентов, которым в послеоперационном периоде проводилось медикаментозное (8,3%) и физиолечение (20%). Следовательно, ранняя стабилизация переломов таза и последующая профилактика приводит к снижению развития синдрома ГМП у пациентов после повреждений тазового кольца.

Андрогенодефицит у пациентов с СНМП/ДГПЖ и эректильной дисфункцией

А.А. Волков, А.Р. Духин
Ростов-на-Дону

В настоящее время считается доказанной взаимосвязь между симптомами нижних мочевых путей (СНМП) и эректильной дисфункцией (ЭД). Риск возникновения эректильной дисфункции у больных с СНМП выше на 40%. Возрастной андрогенный дефицит также может приводить к ЭД и СНМП.

Цель: изучение андрогенодефицита у больных ДГПЖ с СНМП и ЭД.

Объектом исследования явились 14 пациентов с ДГПЖ, предъявлявших жалобы на ЭД и СНМП. Все больные прошли анкетирование: опросник симптомов старения мужчины AMS; шкала I-PSS; международный индекс эректильной дисфункции МИЭФ-5; изучался уровень тестостерона крови.

Уровень тестостерона у данной группы пациентов колебался от 6,2 до 13,5, в среднем, $11,11 \pm 0,79$ нмоль/л (при нижнем пороге нормы 12 нмоль/л); AMS варьировал от 23 до 48, в среднем, $33,25 \pm 2,6$ баллов (при нормальных показателях опросника до 26 баллов); I-PSS от 5 до 34, в среднем, $14,7 \pm 3,1$ баллов (при норме до 8 баллов); МИЭФ-5 различался от 5 до 22, в среднем, $16,6 \pm 1,3$ баллов (при отсутствии симптомов ЭД по опроснику не менее 22 баллов).

Таким образом, у больных с СНМП/ДГПЖ и ЭД имеются явления возрастного андрогенодефицита. Данные патологические состояния могут взаимно отягощать друг друга. Требуется дальнейшее изучение данной проблемы.

Лечение урологических больных в условиях центра амбулаторной хирургии

В.А. Даниленко
Кемерово

Качественные изменения в системе оказания медицинской помощи на современном этапе развития здравоохранения обуславливают необходимость переоценки подхода к характеру и объему лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, осуществляемых в амбулаторно-поликлинических условиях.

Центр амбулаторной хирургии (ЦАХ) создан на базе хирургического отделения МУЗ «Клиническая поликлиника № 5» г. Кемерово.

Цель работы центра амбулаторной хирургии – оказание помощи больным в условиях поликлиники для снижения нагрузки на специализированные урологические стационары с последующим долечиванием в стационаре, на дому или в амбулаторных условиях.

Для оказания квалифицированной урологической помощи в поликлинике созданы следующие условия:

- квалифицированные кадры урологов, операционных сестер, врач-анестезиолог (совместитель);
- хорошо оснащенная операционная, оборудованная современной анесте-

зиологической и реанимационной техникой, хирургическим инструментарием;
– четкая организация взаимодействия с другими медицинскими службами.

ЦАХ осуществляет оперативные вмешательства согласно «Положению о центре амбулаторной хирургии», проводит долечивание в послеоперационном периоде в условиях дневного стационара (наблюдение в течение суток после операции на органах мошонки) с последующей транспортировкой больных домой транспортом поликлиники. Долечивание в послеоперационном периоде проводится в условиях стационара, на дому или в амбулаторных условиях.

В предоперационном периоде больные сдавали стандартный набор общеклинических анализов, анализ свертывающей системы крови, ЭКГ, у пожилых больных по показаниям – консультация терапевта, эндокринолога, кардиолога.

Премедикация выполнялась только при операциях на мошонке в виде: трамадол 5% – 2,0 и реланиум 0,5 % – 2,0 в/м за 40 минут до оперативного вмешательства. Все операции были выполнены под местной анестезией.

Осложнений в интраоперационном периоде получено не было. В ближайшем послеоперационном периоде после операции Бергмана было получено подкожное кровотечение. После наложения поверхностных кожных швов кровотечение было купировано.

Отдаленных послеоперационных осложнений не было.

В послеоперационном периоде назначалась стандартная терапия: анальгетики, в ряде случаев антибиотики.

За последние 2,5 года в центре амбулаторной хирургии были выполнены следующие урологические операции:

- циркумцизия – 24;
 - операция Бергмана – 9;
 - эпидидимэктомия – 3
- (из них по поводу хр. эпидидимита – 1);
- по поводу крупных многокамерных кист придатка яичка – 2;
 - меатолитотомия – 1;
 - иссечение гигантской папилломы полового члена – 1;
 - пластика короткой уздечки – 2;
 - электрорезекция кондиломы наружного отверстия уретры – 1;
 - электрорезекция папиллом полового члена – 3;
 - циркумцизия по поводу папиллом полового члена – 2;
 - троакарная эпицистостомия – 1;
 - иссечение олеогранулемы полового члена – 1;
 - билатеральная орхэктомия – 1;
 - иссечение фибропапиллом мошонки – 4;
 - вскрытие нагноившихся атером мошонки – 5;
 - вскрытие абсцесса полового члена – 4.

Хирургические технологии перспективны и применимы при хирургическом лечении урологической патологии, при этом не требуется специальных инструментов в дополнение к стандартному набору.

Имеет ряд преимуществ, присущих малоинвазивным вмешательствам, таких как:

- отсутствие дооперационной госпитализации больных;
- экономически более выгодно для больных;

– возможность «разгрузить» стационары (стационарозамещающие технологии), сократить количество госпитализированных больных в специализированные урологические отделения стационаров, оставляя тем самым место для более широких оперативных вмешательств, применяемых только в урологических стационарах;

– возможность амбулаторно проводить качественное анестезиологическое пособие: в/в наркоз, перидуральная и спинномозговая анестезия;

– более легкое течение послеоперационного периода (в связи с тем, что больной находится в послеоперационном периоде не в условиях стационара);

– риск интраоперационных и послеоперационных осложнений (кровотечение, нагноение п/о раны и т.д.) не превышает показателей, операций выполненных в условиях стационара;

– сокращение сроков стационарного лечения (1 сутки);

– более быстрая социальная и трудовая реабилитация больных;

– улучшение качества жизни;

– более легкая послеоперационная реабилитация больных;

– относительно невысокая стоимость;

– дает возможности пересмотреть некоторые тактические установки.

Влияние острой задержки мочи на активность ферментов в моче и в стенке мочевого пузыря и связь этих изменений с ишемией мочевого пузыря

В.И. Кирпатовский, С.А. Голованов, Д.Ю. Черников,

Д.Э. Елисеев, О.Н. Надточий, Е.В. Сыромятникова

Москва

Острая задержка мочи (ОЗМ) является частым осложнением ДГПЖ, сопровождающимся значительным перерастяжением мочевого пузыря. Данные литературы последних лет свидетельствуют, что повышение внутрипузырного давления сопровождается ухудшением кровоснабжения стенки мочевого пузыря, а при длительной обструкции это приводит к хронической гипоксии и выраженным метаболическим и функциональным расстройствам. После деблокирования мочевого пузыря самостоятельное мочеиспускание часто не восстанавливается вследствие развившихся за период ОЗМ нарушений. Предположительно они могут быть следствием транзиторной ишемии мочевого пузыря, вызванной длительным повышением внутрипузырного давления.

Данное исследование посвящено сопоставлению выраженности метаболических изменений в мочевом пузыре, оцененной по изменению активности ряда мембраносвязанных и цитоплазматических ферментов в моче и в стенке мочевого пузыря, вызванных моделированием ОЗМ и кратковременной ишемией мочевого пузыря.

Опыты проведены на 20 белых беспородных крысах-самках массой 280–340 г. Для получения исходных данных всех крыс предварительно высаживали в обменные клетки на 1 сутки для сбора мочи, в которой определяли активность трансаминаз (АЛТ, АСТ), ЛДГ, щелочной фосфатазы,

γ-глутамилтранспептидазы (ГГТП), N-ацетилгликозидазы (НАГ) и холинэстеразы (ХЭ). Для исключения влияния различий в диурезе рассчитывали активность ферментов в пересчете на 1 ммоль креатинина мочи. На следующие сутки под эфирным наркозом у этих крыс моделировали ОЗМ путем пережатия предпузырного отдела мочеиспускательного канала мягким микрососудистым зажимом на 4 часа (7 крыс) или вызывали ишемию мочевого пузыря пережатием тазового отдела аорты на 2 часа (7 крыс). После снятия обструкции мочевых путей или зажима с аорты крыс вновь помещали в обменные клетки на 1 сутки для повторного сбора мочи и определения в ней ферментативной активности. В конце эксперимента удаляли мочевой пузырь и готовили из него гомогенат, в котором также определяли активность изучаемых ферментов в пересчете на 1 мг белка гомогената. В качестве нормальных значений использовали активность ферментов в гомогенате интактного мочевого пузыря (6 опытов). Для исключения влияния возможного повреждения почек при ОЗМ и ишемии и почечного происхождения ферментурии определяли также концентрацию креатинина и натрия в крови и моче, из которых рассчитывали показатели клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции натрия.

Статистическую достоверность разницы результатов оценивали по парному критерию Стьюдента и критерию Вилкоксона-Манна.

Определение активности ферментов в моче выявило достоверное возрастание ферментурии как после ОЗМ, так и после ишемии мочевого пузыря у всех крыс этой серии (табл.1). Степень возрастания активности колебалась от 1,5 (ГГТП) до 18 раз (ЛДГ). Обращает на себя внимание, что активность цитоплазматических ферментов (АСТ, ЛДГ) возрастала существенно больше, чем мембраносвязанных (ГГТП, НАГ).

В опытах с ишемией мочевого пузыря активность всех ферментов, в среднем, по группе также возрастала, но в меньшей степени. При этом статистически достоверные изменения получены только для цитоплазматических ферментов (АЛТ, АСТ, ЛДГ), а также для ХЭ.

Таблица 1
Выраженность ферментурии у крыс после ОЗМ
и ишемии мочевого пузыря (МЕ/ммоль креатинина)

Ферментурия	Контроль	ОЗМ	Контроль	Ишемия
АСТ	1,1±0,3	5,8±1,6***	1,9±0,4	3,5±0,9*
АЛТ	1,3±0,4	3,5±1,1*	0,8±0,3	1,7±0,4*
ЛДГ	3,3±1,1	54,3±12,1***	6,7±1,6	19,7±4,3**
ЩФ	12,6±7,3	42,3±16,8*	36,4±6,1	46,3±5,8
ГГТП	52,7±11,6	79,2±19,1*	92,2±26,7	159,1±39,3
НАГ	27,0±4,4	104,8±26,3**	36,4±4,1	51,1±11,9
ХЭ	13,6±2,9	18,5±7,1	10,3±3,1	20,6±4,2**

Определение клубочковой фильтрации и реабсорбции натрия в почечных канальцах не выявило достоверных изменений после ОЗМ и ишемии по срав-

нению с исходными значениями, что исключало почечную природу увеличения ферментурии.

При определении активности ферментов в гомогенате ткани мочевого пузыря выявили достоверное снижение активности всех изученных ферментов, как после ОЗМ, так и после ишемии мочевого пузыря (табл. 2). Степень снижения составляла 1,5–5 раз для разных ферментов. При этом изменения активности цитоплазматических ферментов также были более значительными, чем мембраносвязанных. Ишемия приводила к несколько меньшему снижению ферментативной активности стенки мочевого пузыря, но различия с ОЗМ оказались статистически незначимыми.

Таблица 2
Активность ферментов в гомогенате мочевого пузыря (МЕ/мг белка) крыс после ОЗМ и ишемии

Активность ферментов	Контроль	ОЗМ	Ишемия
АСТ	312±12	121±24***	167,1±29**
АЛТ	35,7±0,8	14,8±2,9***	17,9±4,3**
ЛДГ	1687±76	662±98***	882±122**
ЩФ	371±98	139±24*	173±15*
ГГТП	12,3±3,2	2,2±1,1*	1,4±0,7**
НАГ	397±73	281±18*	181±56*
ХЭ	47,1±4,8	30,3±4,1*	69,9±21,4

Уменьшение ферментативной активности в стенке мочевого пузыря в сочетании с повышением активности ферментов в моче свидетельствуют, что именно мочевой пузырь является источником увеличения ферментурии, и это связано с его выраженным повреждением. Затрагивает ли это повреждение только эпителиальную выстилку, или оно также затрагивает и детрузор полученные данные установить не позволяют. Учитывая, что из стенки мочевого пузыря выходят не только цитоплазматические ферменты (АЛТ, АСТ, ЛДГ), но и ферменты, связанные с клеточными мембранами (ГГТП, НАГ), можно предполагать, что высокая ферментурия обусловлена не только повышением проницаемости цитоплазматической мембраны для крупных молекул, какими являются белки-ферменты, но и связана с деструкцией части клеток, предположительно эпителиальной выстилки. Схожесть изменений при ОЗМ и ишемии мочевого пузыря позволяет предполагать существенную значимость фактора нарушения кровоснабжения стенки мочевого пузыря при ОЗМ и его роль в развитии метаболических и функциональных нарушений. Некоторые количественные различия могут быть связаны с дополнительными факторами, действующими при ОЗМ, в частности, проникновением мочи в интерстиций в зонах нарушения эпителиальной выстилки.

Хроническая гипоксия мочевого пузыря, как фактор формирования его дисфункции при инфравезикальной обструкции

В.И. Кирпатовский, И.С. Мудрая, Е.Ю. Плотников,
Р.А. Хромов, А.Ю. Баблюмян, Д.Б. Зоров
Москва

Патогенез развития дисфункции мочевого пузыря у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) привлекает интерес исследователей в связи с накапливающимися данными о его многокомпонентности. Если первоначально ведущую роль отводили изменениям в нейрорецепторном аппарате мочевого пузыря и реакции лейомиоцитов на нейрогуморальные регуляторные сигналы, то в последние годы все большее значение придают фактору нарушения кровоснабжения мочевого пузыря и предстательной железы, возникающее вследствие возрастных и/или патологических изменений в сосудах малого таза и интраорганных сосудах.

Появился ряд публикаций, в которых показано, что при остром перерастяжении мочевого пузыря кровоснабжение его стенки ухудшается, приводя к снижению степени оксигенации, но при опорожнении пузыря кровоток быстро восстанавливается. Формирование инфравезикальной обструкции (ИВО) у экспериментальных животных через 2–4 недели наряду со стойким повышением внутрипузырного давления приводит к значительному снижению интрамурального кровотока, который не восстанавливается даже при опорожненном пузыре. Эти данные легли в основу предположения о важной роли хронической гипоксии мочевого пузыря, формирующейся при ИВО, в развитии дисфункции детрузора, лежащей в основе ирритативной симптоматики у больных ДГПЖ.

В связи с этим нами было предпринято экспериментальное исследование на 45 белых беспородных крысах по выявлению изменений кровоснабжения стенки мочевого пузыря при острой и хронической обструкции нижних мочевых путей, метаболических последствий гемодинамических нарушений и их соотношения с развивающимися функциональными расстройствами.

Острую задержку мочи моделировали пережатием предпузырного отдела уретры на 2–4 часа мягким микрососудистым зажимом, хроническую ИВО – путем дозированного сужения этого отдела лигатурой на 1–3 месяца. Изменение состояния кровоснабжения стенки мочевого пузыря, определяя с использованием высокочувствительной цистоимпедансометрии с анализом спектра колебаний биоимпеданса по способу Фурье (Мудрая и др., 2010). Для выявления метаболических изменений в стенке обструктивного мочевого пузыря проводили конфокальную лазерную микроскопию его стенки с предварительной обработкой флуоресцентными зондами. Выраженность клеточного повреждения определяли по изменению активности цитоплазматических и мембраносвязанных ферментов в суточной моче и в гомогенате, приготовленном из ткани мочевого пузыря с помощью наборов реактивов на автоматическом анализаторе «ADVIA-2000». Функциональное состояние мочевого пузыря оценивали путем инфузионной цистометрии и по сократимости полосок

детрузора в стендовой установке в условиях электростимуляции.

Острое перерастяжение интактного мочевого пузыря крысы сопровождалось ростом внутрипузырного давления с $4,6 \pm 1,4$ до $28,4 \pm 1,8$ см. водн. ст. Показатель состояния кровотока при этом уменьшался с $0,60 \pm 0,04$ до $0,44 \pm 0,04$ ед. Опорожнение мочевого пузыря наряду с нормализацией внутрипузырного давления восстанавливало параметры кровотока практически до исходных значений ($0,55 \pm 0,09$). При хронической ИВО наряду с исходно повышенным базальным внутрипузырным давлением ($8,2 \pm 2,7$ см. водн. ст.) выявлено значительно сниженное кровенаполнение сосудов мочевого пузыря ($0,24 \pm 0,06$ ед.), а при максимальном его наполнении при более значительном росте давления в пузыре ($53,3 \pm 3,6$ см. водн. ст.) кровоток еще больше ухудшался ($0,18 \pm 0,08$ ед.). После опорожнения кровотока в пузыре не восстанавливался ($0,16 \pm 0,06$ ед.).

Ухудшение кровоснабжения мочевого пузыря приводило к развитию тканевой гипоксии, на что указывало резкое возрастание продукции активных радикалов кислорода, выявляемое по увеличению флуоресценции зонда 2,4-дихлорфлуоресцеина вследствие его взаимодействия с этими радикалами. Интенсивность флуоресценции клеток в стенке обструктивного мочевого пузыря возрастала с $0,4 \pm 0,2$ до $6,8 \pm 0,9$ ед. флуоресценции. При этом происходило снижение флуоресценции другого зонда – эфира тетраметилродамина, который активно аккумулируется в функционально активных митохондриях и не накапливается в поврежденных органеллах, что свидетельствовало о свободнорадикальном повреждении части митохондрий с утратой их АТФ-синтезирующей активности.

Окислительный стресс, вызванный гиперпродукцией кислородных радикалов, и повреждение митохондрий, ведущее к энергодефицитному состоянию, приводят к повышению проницаемости клеточных мембран для макромолекул, а возможно и к деструкции части клеток, что мы выявили, обнаружив значительную утечку мембраносвязанных и цитоплазматических ферментов из стенки мочевого пузыря в мочу. Активность трансаминаз (АЛТ, АСТ), щелочной фосфатазы, лактатдегидрогеназы, γ -глутамилтранспептидазы и N-ацетилглюкозидазы в моче возрастала в 3–5 раз, тогда как в стенке мочевого пузыря выявляли снижение их активности в 2–4 раза.

Для уточнения взаимосвязи между выявленными метаболическими нарушениями и гипоксией мочевого пузыря у 4 крыс пережимали тазовый отдел аорты на 2 часа для вызывания ишемии мочевого пузыря и после восстановления кровотока определяли активность изучаемых ферментов в суточной моче и в стенке мочевого пузыря. Оказалось, что и в этих опытах происходило значительное возрастание ферментурии и достоверное снижение ферментативной активности в стенке мочевого пузыря, существенно не различающиеся с опытами по ИВО.

Функциональные расстройства, выявляемые у крыс с ИВО, заключались в постепенном увеличении доли крыс с остаточной мочой (20% через 1 недели и 100% через 3 месяца), прогрессивном увеличении объема остаточной мочи, выявлении спонтанных сокращений мочевого пузыря в фазу его наполнения, что наблюдалось у 30% и 60% крыс через 1 и 3 месяца соответственно. При исследовании сократительной активности полосок детрузора, выкроенных из разных отделов обструктивного мочевого пузыря, в стендовой установке выя-

вили резкое уменьшение силы сокращений при его стимуляции, а также ослабление или даже извращение регуляторных воздействий препаратов, влияющих на симпатическое и парасимпатическое звенья (норадреналин, атропин).

Таким образом, проведенные исследования выявили четкую взаимосвязь между формированием ИВО, ухудшением кровоснабжения мочевого пузыря с развитием его хронической гипоксии и развитием дисфункции мочевого пузыря, которое может выявляться в ухудшении его контрактильной активности и в развитии гиперактивности детрузора. Это позволяет ставить вопрос о целесообразности исследований о целесообразности включения противоишемической терапии в комплекс лечения больных ДППЖ с выраженной ирритативной симптоматикой.

Сочетанная травма мочеполовой системы: тактика, диагностика и лечение

В.И. Ковалевская, П.И. Ковалевская, И.В. Радьков, А.И. Презов,
А.В. Гогонов, М.А. Гридюшко
Гомель

Нами изучена структура сочетанной травмы у пациентов с повреждением мочеполовой системы, характер полученной травмы, тактика лечения данной категории пациентов, ближайшие результаты лечения сочетанной травмы.

Для этого произведен ретроспективный анализ результатов лечения пациентов с сочетанной травмой с повреждением мочеполовой системы пролеченных в ГУЗ ГГКБСМП за 2007–2009 годы. Всего наблюдался 31 пациент (0,7% от всех травм пролеченных в нашем стационаре). Среди данной категории пациентов мужчины составили 81%, женщины – 19%. Максимальный возраст – 81 год. Минимальный возраст – 18 лет. Средний возраст составил 45 лет. Преобладали лица молодого возраста: от 20 до 50 лет – 15 пациентов (48%), до 20 лет – 2 пациента (7%). Лица старше 50 лет – 14 пациентов (45%). У всех пациентов в приемном покое взята кровь на алкоголь. У 7 (23%) пациентов обнаружен этиловый спирт в крови: ДТП – 4 пациента (57%), бытовая травма – 2 (29%), производственная травма – 1 (14%).

Травматический шок у данной категории пациентов был выставлен в 7 случаях, что составило 23%. Травматический шок I–II степени был выставлен в 4 случаях, травматический шок II степени – 1 случай, травматический шок II–III степени – 2 случая.

По частоте и тяжести среди травмы других органов, сочетавшихся с повреждением мочеполовой системы, особо следует выделить травму костей скелета, которая наблюдалась у 22 пациентов (71%), причем, у 8 (26%) из них были обнаружены множественные повреждения костей скелета (политравма).

По нашим данным, у пациентов, поступивших в ГУЗ ГГКБСМ с сочетанной травмой, среди факторов, обусловивших травму, доминирует ДТП (45%), далее бытовая травма (42%), среди которой катотравма составила 62%; затем производственная (6,5%) и криминальная (6,5%).

По времени госпитализации от момента полученной травмы. пациенты

распределились следующим образом: до 1 часа – 14 пациентов (45%), до 1 суток – 10 пациентов (32%), больше суток – 7 пациентов (23%).

Пациенты, поступившие в ГУЗ ГГКБСМП, были все обследованы в полном объеме (объективный осмотр, рентгенологические исследования, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, лабораторные исследования, осмотр узкими специалистами).

Необходимость использования специальных методов исследования зависела от характера и тяжести полученной травмы, глубины и выраженности травматического шока.

При отсутствии противопоказаний (артериальная гипотония, шок, азотемия) для оценки анатомо-функционального состояния мочевой системы применяли обзорную и внутривенную урографию с отсроченными урограммами. УЗИ существенно повышало эффективность диагностики травмы почки и дополняло рентгенологическое исследование.

Хирургическая тактика при сочетанной травме определялась тяжестью повреждения жизненно важных органов (головной мозг, печень, почка, селезенка, кишечник, мочевой пузырь и др.) и той опасностью, которую она представляла для жизни больного. Опыт показывает, что операбельность и курабельность травмированных чаще определяются глубиной и обратимостью геморрагического и травматического шока. Именно от выраженности шока в значительной мере зависели уровень дефицита гемоглобина, объема циркулирующей крови, состояние гемодинамики и, следовательно, эффективность медикаментозной коррекции выявленных нарушений гомеостаза и стойкой артериальной гипотензии. Операции при сочетанной травме выполнялись бригадой абдоминальных хирургов, травматологов и урологов. Экстренные вмешательства в этой группе больных производились из лапаротомного доступа, что позволяло в диагностически трудных и сомнительных ситуациях провести тщательную ревизию брюшной полости и забрюшинного пространства. Опыт ведения больных урологического профиля показывает, что в большинстве наблюдений (60%) тупая травма почки, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, органов мошонки может быть излечена консервативными методами. У части больных с травмой органов МПС оправданно и даже целесообразно оказание оперативного пособия в отсроченном порядке, на 3–5-е сутки после госпитализации. Тактика отсроченных операций позволяет более углубленно обследовать органы МПС и другие системы с применением в диагностических трудных случаях КТ и МРТ, провести консультацию с участием необходимых специалистов и предоперационную подготовку.

Консервативное лечение получили 16 пациентов (52%). Оперативное лечение – 15 пациентов (48%).

Исходы комплексного лечения острых травматических повреждений органов МПС, как изолированных, так и сочетанных, непосредственно определяются эффективностью реанимационных мероприятий и анестезиологического обеспечения, а также своевременностью и адекватностью хирургического пособия и интенсивной терапией в послеоперационном периоде. Все пациенты, пролеченные в нашем стационаре, выписаны с выздоровлением, направлены на амбулаторное долечивание.

Таким образом, по нашим данным, сочетанная травма с повреждением мочеполовой системы составила 0,7% от всех травматических повреждений. Сочетанная травма является серьезным патологическим процессом. Механизм

Таблица 2

Виды оперативных вмешательств, произведенные
данной категории пациентов

Вид операции	2007	2008	2009
Скелетное вытяжение	4	4	1
Остеосинтез	2	1	1
Первичная пластика мочевого пузыря + эпицистостомия	1		
Цистотомия + эпицистостомия		1	
Всего	7	6	2

Распределение пациентов по койко-дням:

- Максимальный – 80
- Минимальный – 3
- Средний – 27

получения травмы достаточно сложный и многогранный. В зависимости от вида травмы преобладает тот или иной компонент получения ее. В структуре сочетанной травмы с мочеполовой системой преобладает травма костей скелета (в связи с тем, что это чаще ДТП и катотравма). Все пациенты доставляются в стационар в 45% от всех случаев в первые часы от получения травмы бригадой СМП и обследуются в приемном отделении в полном объеме. Все оперативные вмешательства выполнялись в экстренном порядке в независимости от времени суток, наиболее тяжелые пациенты оперированы бригадами врачей различных отделений стационара одновременно (травматологического и урологического отделений). Учитывая тот факт, что пациенты получали сразу экстренную квалифицированную медицинскую помощь, исход сочетанной травмы данной категории пациентов благоприятный. Умерших среди данной категории пациентов не было.

Особенности клинической картины негонококковых уретритов у мужчин в зависимости от урогенитальной инфекции

Ю.С. Кондратьева, А.И. Неймарк
Барнаул

Следствием высокой частоты случаев инфекций, передающихся половым путем (ИППП), являются негонококковые уретриты (НГУ) у мужчин, в последние годы имеющие закономерную тенденцию к росту. Наиболее частым этиологическим агентом в развитии НГУ у мужчин является *S. trachomatis*. При этом клиническая симптоматика уретрита может наблюдаться лишь у 40,6% пациентов. Хламидийный уретрит очень часто протекает в виде смешанной инфекции с другими ИППП (гонококковая, трихомонадная, уреаплаз-

менная, вирусная). Нужно отметить, что микробные ассоциации с различной степенью этиологической значимости каждого микроорганизма могут формировать нетипичное развитие и течение воспалительных заболеваний мочеполового тракта, что необходимо учитывать при оценке клинической картины, лабораторных данных и назначении соответствующей терапии.

На базе городской больницы № 11 г. Барнаула было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование мужчин с негонококковыми уретритами. Под наблюдением находилось 50 мужчин в возрасте от 20 до 48 лет. Диагноз уретрита основывался на жалобах, клинической картине, лабораторном обследовании. Для выявления ИППП и сопутствующей условно-патогенной флоры использовались общепринятые методы диагностики. Материалом для исследования служило отделяемое из уретры. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) применялась для выявления *C. trachomatis*, культуральный (бактериологический) метод на питательных средах был применен для диагностики уреоплазменной, микоплазменной, трихомонадной и кандидомикотической инфекции, для идентификации дрожжеподобных грибов использовали среду *Candiselect*. Для диагностики *T. vaginalis* проводилось микроскопическое исследование нативных препаратов, окрашенных по способу Грамма и метиленовым синим, полученных из культуры возбудителя.

Во всех случаях у наблюдаемых пациентов зарегистрированы различные ассоциации ИППП и/или условно-патогенных микроорганизмов в клинически значимых титрах (более 10^4 КОЕ/мл). Больные были разделены на 3 группы: 1 группа – 28 пациентов с трихомонадной (в 100% случаев) и микоплазменной инфекцией (*M. hominis* в 25% и *U. urealyticum* в 57% наблюдений), 2 группа – 14 пациентов с хламидийной (в 100% наблюдений) и неспецифической урогенитальной инфекцией (микоплазы + уреоплазмы – в 31% и 65% случаях соответственно), в 3 группу вошло 8 мужчин с хламидийной (100% больных), трихомонадной (100% больных), и кандидомикотической инфекцией (87% пациентов).

Обращают на себя внимание особенности клинической картины и спектр жалоб пациентов, в зависимости от этиологического агента НГУ. У пациентов 1 группы (трихомонадно-микоплазменная инфекция) преобладали жалобы на мутные слизистые выделения из уретры, зуд, жжение в уретре, что не могло не сказаться на качестве половой жизни пациентов. При объективном осмотре у пациентов этой группы в 50% случаев (14 человек) отмечались отечность и гиперемия губок уретры. Жалобы на выделения, зуд и жжение в уретре у пациентов при ассоциации хламидийно-микоплазменной инфекции (2 группа) по сравнению с 1 группой были менее выражены и соответственно меньше жалоб на сексуальные расстройства. При осмотре клинические проявления в виде отечности и гиперемии наружного отверстия уретры отмечались у 36% (5 больных). Смешанная хламидийно-трихомонадно-кандидозная инфекция дала разнообразный спектр жалоб у пациентов 3 группы, с преобладанием клиники воспалительных явлений – у 87,5% больных при осмотре отмечалась выраженная отечность, разрыхленность слизистой уретры.

Анализ развития заболевания показал, что 28 мужчин (56%) перенесли в прошлом уретрит, 14 пациентов (28%) обратились с данной проблемой впервые к врачу, остальные 8 человек (16%) уже обращались ранее и не-

однократно лечились у уролога по поводу данного заболевания, в основном, амбулаторно.

Таким образом, можно сказать, что при полном и комплексном обследовании пациентов с жалобами, указывающими на наличие уретрита при первичном обращении, необходимо оценить тяжесть, признаки хронизации или остроты процесса, своевременно выделить этиологический фактор. Все вышеперечисленное позволит грамотно и своевременно назначить терапию и улучшить прогноз заболевания у пациентов с негонококковыми уретритами.

Нарушение сексуальной функции у больных туберкулезом

Е.В. Кульчавеня, М.Н. Щербан, Е.В. Брижатюк, Д.П. Холтобин
Новосибирск, Благовещенск

В настоящее время около 30% населения земного шара инфицировано микобактерией туберкулеза (МБТ). Как причина смертности взрослого населения от единичного инфекционного агента туберкулез занимает первое место; ежегодно регистрируется около 9 млн новых случаев заболевания и примерно 2 млн человек ежегодно погибают от туберкулеза. В последние годы отмечается неуклонный рост числа больных с распространенными, осложненными формами туберкулеза, а также туберкулезным процессом, вызванным МБТ, устойчивыми к противотуберкулезным препаратам, причем, до 80% пациентов – это молодые мужчины. Проблема влияния туберкулеза органов дыхания на состояние сексуальной функции у мужчин в медицинской литературе освещена недостаточно. Большинство публикаций посвящено проявлениям мочеполового туберкулеза и касается, в первую очередь, нарушения репродуктивной функции.

С целью определения нарушения сексуальной функции у мужчин, больных туберкулезом легких, нами проведено комплексное обследование 105 впервые выявленных больных туберкулезом легких и 37 добровольцев в возрасте от 18 до 39 лет. У 62 человек был диагностирован инфильтративный туберкулез легких (ИТЛ) – I группа, а у 43 – фиброзно-кавернозный туберкулез легких (ФКТЛ) – II группа. Всем пациентам проводилось общеклиническое, пальцевое ректальное и трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы, микроскопическое исследование нативного мазка секрета простаты, спермограмма. Все пациенты и здоровые добровольцы отвечали на вопросы анкет «Шкала оценка мужской копулятивной функции» (шкала МКФ), и «Индекс симптомов хронического простатита» (NIH-CPSI). Представленное комплексное обследование проводилось при поступлении, через 3 и 6 месяцев наблюдения.

Результаты. Исходно обнаружены значительно более выраженные клинические и лабораторные симптомы интоксикации у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в сравнении с пациентами I группы. Чаще в этой группе выявлялось и повышение числа лейкоцитов в секрете простаты и

эякуляте, снижение числа сперматозоидов и их подвижности. По результатам анкетирования у больных туберкулезом в обеих группах констатируется значительное нарушение всех составляющих копулятивного акта и индекса качества жизни. Суммарный балл по Шкале МКФ в I, II и контрольной группах составил 24,7, 37,2 и 48,3 балла соответственно ($p < 0,0001$). Наиболее сильные корреляции отмечены между снижением суммарного балла по Шкале МКФ и выраженностью интоксикационного синдрома.

Было отмечено снижение полового влечения, причем более выражено – у больных ФКТЛ; выраженное снижение частоты спонтанных эрекции в группах больных туберкулезом в сравнение со здоровыми лицами.

Субъективная оценка наличия и давности копулятивных расстройств в обеих группах больных туберкулезом не имела достоверных различий, но значительно отличалась от результатов здоровых испытуемых (3,6; 3,8; 4,5 соответственно). В целом группу больных ФКТЛ характеризовало значительно более глубокое нарушение всех компонентов копулятивной функции по сравнению с группой больных инфильтративным туберкулезом.

На фоне противотуберкулезной терапии отмечалось восстановление либидо, более выраженное у больных ИТЛ, чем у больных ФКТЛ. Мы также отметили улучшение эректильной функции по совокупной оценке ответов на II, III и IV вопросы Шкалы у всех больных туберкулезом легких, однако, ни в одной группе оно не достигло параметров здоровых мужчин.

К моменту диагностики туберкулеза лишь 7,6% опрошенных мужчин считали свою половую потенцию отличной и 16,2% колебались между «хорошо» и «отлично». 25,7% расценивали свой сексуальный потенциал как хороший, 40% – удовлетворительный, 8,6% – неудовлетворительный, а 1,9% отрицали у себя его наличие вообще. 23,8% мужчин были полностью сексуально удовлетворены, 25,7% отмечали незначительное расстройство половой функции, а у 50,5% нарушения были значительными, причем только у 10,5% эти изменения наблюдались в течение длительного времени, а у 40% пациентов – развились в последние годы, непосредственно перед тем, как у них был выявлен туберкулез. Ежесуточное и почти ежесуточное желание иметь половое сношение отмечали 10,4% мужчин, 2–3 раза в неделю считали достаточным 41%, 3–4 раза – 10,5%. Треть опрошенных (33,3%) ограничивались одним соитием в неделю, а у 4,8% такого стремления не было вовсе.

Несмотря на молодой возраст, частота спонтанных эрекции была удручающе низка: у 29,5% они возникали не более нескольких раз в месяц, а 57,1% не отмечали их вообще. Вместе с тем 63,8% убеждены в своей способности совершить повторное половое сношение в течение суток, а 80,9% перед началом полового акта чувствовали себя вполне уверенно. Однако менее чем у половины мужчин (47,7%) все или почти все попытки были удачными, что косвенно свидетельствует о завышенной самооценке у многих пациентов.

Эрекцию, достаточную для сношения, отметили 80% пациентов, причем 39,1% могли регулировать продолжительность полового акта, у 20,9% он составлял от 3 до 6 минут, а 30,5% испытывали затруднение с эякуляцией. В то же время 9,5% мужчин семяизвержения добиться не смогли. Из тех, кто успешно завершил половой акт, интенсивность семяизвержения была высо-

кой у 33,3% и у 39,1% – умеренной. Интенсивный оргазм в итоге имели 38,1%, умеренно-интенсивный – 30,5%, а у 1,9 он отсутствовал или наступал не при каждом семяизвержении (13,3%).

К окончанию шестимесячного курса лечения у больных туберкулезом наблюдалась положительная динамика со стороны половой функции. Количество желающих иметь ежедневный или почти ежедневный секс увеличилось до 24,1%, частота спонтанных эрекций от ежедневных до 4–5 раз в неделю возросла до 29,9%. Считали себя способными на повторный половой акт 80,4% мужчин, и 64,4% добивались успеха в половом акте.

Эректильная функция практически восстановилась: 93,2% мужчин не нуждались в дополнительной стимуляции и лишь 3,4% эрекции не достигли ни разу. Более половины пациентов (57,4%) эякулировали в желаемое время, число не имевших семяизвержения сократилось втрое, но остальные по-прежнему отмечали затрудненную эякуляцию.

Качество эякуляции также улучшилось: у 51,8% она была интенсивной, а еще у 3,4% крайне интенсивной. Ни один пациент не жаловался на отсутствие семяизвержения.

Значительно возросла самооценка половой функции в целом. На «отлично» и «хорошо-отлично» ее оценивали соответственно 19,5% и 24,2%, «хорошо» поставили себе 28,7% мужчин и «удовлетворительно» – 23,0%.

Не стало больных, которые не имели бы половой жизни вовсе, а число тех, кто оценивал ее как неудовлетворительную, сократилось вдвое.

Мы сочли необходимым ввести группу контрольных мужчин, проживающих в тех же неблагоприятных условиях: низкая температура, плохие материально-бытовые условия, отсутствие сбалансированного питания и витаминов, эпидемическая напряженность. Тем не менее, в группе условно здоровых мужчин, сопоставимой по возрасту и среде обитания, были существенно более высокие показатели. Так, на «отлично», «хорошо-отлично» и «хорошо» свою половую потенцию оценивали соответственно 46,0%, 37,8% и 10,8%; 5,4% ограничились оценкой «удовлетворительно». Достаточную эрекцию отмечали 100% мужчин; лишь 8,1% встретились с затруднением в достижении эякуляции.

Таким образом, больные туберкулезом легких, несмотря на отсутствие каких бы то ни было сопутствующих заболеваний органов мочеполовой системы, демонстрируют ухудшение всех параметров копулятивного акта – от влечения до оргазма. Степень нарушений существенно выше в группе больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и коррелирует с высокой степенью вероятности с выраженностью интоксикационного синдрома. Снижение частоты спонтанных эрекций является наиболее характерным симптомом и одинаково выражено в обеих группах.

Хотя адекватная полихимиотерапия, купируя системный воспалительный процесс и снижая интоксикацию, позволяет улучшить репродуктивную функцию мужчины, больного туберкулезом легких, и через 6 месяцев лечения сохраняются выраженные различия в субъективной оценке копулятивных функций в обеих группах в сравнении с контролем.

Полученные данные подтверждают гипотезу, что эректильная дисфункция – не самостоятельное заболевание, а отражение общего нездоровья организма.

Возрастные изменения мышечно-эластического каркаса и активность областей ядрышкового организатора клеток полового члена

А.И. Неймарк, В.В. Климачев, В.Я. Гервальд,

Н.И. Музалевская, И.П. Бобров, Р.Т. Алиев

Барнаул

С развитием новых методов исследования в диагностике заболеваний полового члена нередко применяются инструментальные методы, среди которых биопсия пениса. И сталкиваясь с таким материалом, морфолог испытывает определенные трудности: «Где патология, а где возрастные изменения?» Со стороны морфологов изменению тканей полового члена как с возрастом, так и при эректильной дисфункции уделяется мало внимания. В основном исследуется сосудистое русло. А ведь многие исследователи согласятся, что знание морфологической картины может помочь в понимании определенных звеньев патогенеза заболевания и при разработке новых методов лечения. Тем более, что сегодня морфология обогатилась множеством новых методов исследований, которые позволяют по-новому взглянуть на суть заболеваний. Одним из таких методов является метод определения активности клеток по оценке количества, размеров так называемых областей ядрышкового организатора (ОЯОР). Общеизвестно, что активность ОЯОР изменяется при различной соматической патологии и общих патологических процессах.

Цель нашего исследования: морфологическими методами изучить изменения мышечно-эластического каркаса полового члена.

Материал для исследования: фрагменты тканей полового члена от 20 трупов мужчин до 40 лет – I группа, и от 20 трупов мужчин старше 40 лет – II группа. Методы исследования: гистологический, гистохимический, морфометрический, иммуногистохимический, статистический (Stat Soft Statistica 6.0). Вычисляли среднее значение величин (M), стандартное отклонение (s), коэффициент корреляции Спирмена.

Содержание КГАГ и НГАГ в белочной оболочке и кавернозных телах полового члена в группах исследования не отличалось.

Морфометрические исследования показали, что во II группе увеличивается содержание коллагеновых волокон в белочной оболочке и кавернозной ткани, снижается содержание эластических и мышечных волокон. При этом коэффициент корреляции Спирмена между возрастом мужчин и процентным содержанием гладкомышечных клеток в кавернозной ткани полового члена составил $-r = -57$, $p = 0,00005$. Коэффициент корреляции между возрастом мужчин и процентным содержанием эластических волокон в белочной оболочке и кавернозной ткани полового члена составил $-r = -0,37$, $p = 0,00005$ и $r = -0,42$, $p = 0,000004$ соответственно. Изменения ретикулярных волокон, которые были обнаружены только в кавернозной ткани, не отличались в обеих группах, но было отмечено их утолщение во II группе.

Коллаген III и IV типа в обеих группах был обнаружен в кавернозной ткани. В белочной оболочке отмечалась слабая экспрессия коллагена III типа, коллаген IV типа отсутствовал.

Содержание коллагенов III и IV типов не отличалось в исследуемых группах. Площади ядрышек фибробластов и ГМК в обеих группах не отличались. Площадь ядрышек эндотелиальных клеток во II группе составила $1,89 \pm 0,88$ мкм², что ниже, чем в I группе, где этот показатель был $2,07 \pm 0,93$ мкм².

Таким образом, с возрастом происходит медленное накопление коллагеновых волокон, но не за счет коллагенов III и IV типов. Снижение мышечных и эластических волокон напрямую зависит от возраста, что может обуславливать развитие слабой эрекции у стареющих мужчин и может быть одним из важных звеньев в морфогенезе нарушения мышечно-эластического каркаса полового члена. Снижение площади ядрышка в эндотелиальных клетках кавернозной ткани с возрастом говорит о снижении активности данных клеток, что может указывать на развитие так называемой эндотелиальной дисфункции, лежащей в основе развития эректильной дисфункции у мужчин.

Роль воспалительных заболеваний гениталий в развитии стойкой дизурии у женщин

А.И. Неймарк, Н.В. Шелковникова

Барнаул

В последние годы наблюдается тенденция к увеличению частоты хронического эндометрита у молодых женщин. На значительную распространенность цистита у гинекологических больных, страдающих воспалительными заболеваниями гениталий, указано во многих работах. Около 20-25% женщин переносят цистит в той или иной форме, а 10% страдают хроническим рецидивирующим циститом. Несмотря на успехи в диагностике и терапии хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, их частота не имеет тенденции к снижению, а положительный эффект от лечения достигается лишь у половины больных. Проведено комбинированное обследование и лечение 100 женщин репродуктивного возраста (25–35 лет), страдающих хроническими эндометритами и хроническими циститами, осложненными синдромом тазовой боли. Больным проведена антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры влагалища и бактериальных посевов мочи, комбинированным препаратом сафоцид, мочепузырные и внутриматочные инстиллязии, влагалищные свечи гексикон 1 свеча 2 раз в день 7 дней, физиотерапия и иммунокоррекция препаратом лавомакс. В течение 1 года наблюдения после проведенного лечения рецидивы воспалительных заболеваний возникли у 24 больных. Остальные 76 пациенток были полностью удовлетворены качеством лечения – обострений хронического цистита, эндометрита и тазовых болей не отмечалось. Проведенное комплексное лечение, направленное на санацию половых органов, привело к значительному снижению рецидивирующих воспалительных процессов в мочевом пузыре.

Роль инфекций, передаваемых половым путем, в возникновении полипов наружного отверстия уретры у женщин

А.И. Неймарк, А.В. Яковлев
Барнаул

В настоящее время появились сообщения, что возникновение полипов уретры происходит на фоне длительно персистирующей инфекции, передаваемой половым путем (далее – ИППП), в нижних отделах мочевыводящих путей.

Нами был проведен ретроспективный анализ. Была отобрана группа, состоящая из 45 женщин с полипами наружного отверстия уретры в возрасте от 45 до 70 лет. Из них 13 женщин (28,8%) обратились с жалобами на дискомфорт (рези, жжение) во время мочеиспускания. У четырех женщин (8,8%) наблюдалось ослабление и разбрызгивание струи мочи. У 18 женщин (40%) полипы протекали бессимптомно и были обнаружены при гинекологическом осмотре. В 10 случаях (22,2%) полипы уретры сочетались с полипами цервикального канала. При исследовании мазков из уретры и влагалища методом ПЦР в 87,7% случаев (38 женщин) выявлялась *Ureaplasma urealyticum* в концентрации выше, чем 10^4 КОЕ/мл. В группе сравнения (8 пациенток без полипов) определялось бактерионосительство уреоплазмы уреалитикум в концентрации ниже, чем 10^4 КОЕ/мл.

Чтобы достоверно установить причинно-следственную связь между персистенцией ИППП и возникновением полипов наружного отверстия уретры нами был составлен план дальнейшего обследования пациенток. Он включал мазок из уретры и влагалища на флору, исследование мазка из уретры методом ПЦР, посев на флору, исследование ткани полипа методом ПЦР, морфологическое исследование биоптата.

По этому плану нами было обследовано 10 пациенток с диагностированными полипами наружного отверстия уретры в возрасте от 44 до 72 лет по предположенной нами схеме.

У 6 пациенток в исследовании мазков из уретры методом ПЦР была выявлена *ureaplasma urealyticum* в концентрации выше 10^4 КОЕ/мл, у 1 пациентки выявлена *micoplasma genitalium* и *micoplasma hominis* в концентрации выше чем 10^4 КОЕ/мл и у 3 пациенток интересующая нас флора не была выявлена. При исследовании ткани полипа методом ПЦР у 6 пациенток выявлена *ureaplasma urealyticum*. В исследовании биоптата у 7 пациенток отмечались признаки вторичного воспаления. 3 пациентки от удаления полипа отказались. У всех исследуемых пациенток наблюдались дисбиотические изменения флоры влагалища.

Из вышеуказанного можно сделать следующие выводы: *ureaplasma urealyticum* является условно-патогенной флорой, которая обнаруживается у женщин в фертильном возрасте, не имеющих полипов, но в концентрации меньше чем 10^4 КОЕ/мл. На фоне гипоэстрогенных состояний у женщин в климактерическом периоде развиваются дисбиотические изменения влагалищной флоры и вторичные воспалительные процессы. Вследствие повышения концентрации условно-патогенной флоры происходит дислокация флоры из влагалища в уретру. За счет бессимптомного течения, персистенция условно-патогенной флоры в нижних отделах мочевыводящих путей в высоких концентрациях достигает нескольких лет. Следствием этого процесса является образование полипа наружного отверстия уретры.

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и эректильная дисфункция у больных ишемической болезнью сердца

Е.В. Помешкин, О.Л. Барбараш, С.А. Помешкина, А.И. Неймарк
Кемерово, Барнаул

Цель исследования: оценить факторы сердечно-сосудистого риска у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с наличием и отсутствием эректильной дисфункции (ЭрД).

Обследовано 92 мужчины со стабильной ИБС. Возраст больных составил от 39 до 64 лет (в среднем $55,8 \pm 5,3$ лет). Для проведения сексологического обследования пациентов использовались: опросник Международный индекс эректильной функции (МИЭФ), определение тестостерона общего методом иммуноферментного анализа, регистрация ночных пенильных тумисценций (НПТ) аппаратом NEVA System, посткомпрессионный тест на кавернозных артериях. Для проведения анализа использовано компьютерное программное обеспечение Statistica 6.0; статистически значимыми признавались значения $p < 0,05$.

Все пациенты по результатам опроса и анкетирования по шкале МИЭФ были разделены на две группы: основную – это пациенты с наличием ЭрД (63 человека) и группу сравнения – пациенты без ЭрД (29 человек). У 43 (68%) пациентов проявления нарушений эректильной функции предшествовали клинике ИБС. ЭрД носила артериогенный характер у 100% пациентов, который был подтвержден результатами опроса, измерения ночных пенильных тумисценций и посткомпрессионных тестов. Кроме того, у 8 пациентов (10,4%) артериогенные нарушения сочетались с низким уровнем андрогенов крови.

При сравнении анализируемых групп распространенность таких сердечно-сосудистых факторов риска как артериальная гипертензия, курение, ожирение не достигла достоверной разницы. А такие факторы риска, как дислипидемия (68% и 51% соответственно, $p \leq 0,05$), сахарный диабет (38% и 3%, соответственно, $p \leq 0,05$) достоверно чаще выявлялись в группе с наличием ЭрД. Кроме того, в группе больных с ЭрД достоверно чаще встречались стенозы брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей (40% и 21% соответственно, $p \leq 0,05$).

По исходным клиническим данным пациенты обеих групп статистически не различались. Однако у пациентов с длительностью ИБС более 5 лет выявлены достоверно более низкие показатели ЭрД, в частности показатель МИЭФ, чем у пациентов с длительностью заболевания менее 5 лет ($12,7 \pm 2,5$ и $9,5 \pm 2,3$ баллов, соответственно, $p < 0,05$). Кроме того, факт наличия ожирения также явился важным фактором риска ЭрД. Так, у пациентов, сочетающих ЭрД и ожирение, показатель МИЭФ был статистически достоверно ниже по сравнению с пациентами без ожирения ($12,1 \pm 4,7$ и $10,2 \pm 3,4$ баллов, соответственно, $p < 0,05$).

Следовательно, наличие у пациентов с ИБС таких сопутствующих факторов риска, как СД, мультифокального атеросклероза и нарушений липидного обмена повышает вероятность выявления ЭрД. Степень выраженности ЭрД повышается по мере увеличения продолжительности анамнеза ИБС и массы тела пациента.

Характеристики гормональной рефрактерности при раке предстательной железы

С.А. Ракул, Р.Д. Галимов, П.П. Митрофанов

Краснознаменск

Гормональное лечение (хирургическое или медикаментозное) больных раком предстательной железы (РПЖ) в настоящее время является стандартом и методом выбора при местно распространенных и метастатических формах заболевания. Его принцип заключается в снижении концентрации циркулирующих андрогенов до кастрационного уровня, что приводит к резкому замедлению роста опухоли. Однако в дальнейшем у части пациентов развивается гормон-рефрактерная форма заболевания, что в большинстве случаев приводит к скорому летальному исходу.

Целью исследования явилось оценка результатов лечения больных раком предстательной железы методом гормонального лечения, исследование развития гормонорезистентности опухоли и влияние на нее различных клинических, лабораторных и морфологических факторов.

Нами проанализированы результаты лечения 135 мужчин, страдающих РПЖ, которым в клинике урологии ВМедА с 1998 по 2009 г. выполнена двухсторонняя субкапсулярная орхиэктомия (энуклеация паренхимы яичек). Средний возраст пациентов 73 (53–87) лет. У 68 (50,37 %) мужчин диагностирован локализованный, у 50 (37,04 %) – местно распространенный и у 17 (12,59 %) метастатический РПЖ. У 22 (16,3 %) больных хирургическая кастрация сочеталась с приемом антиандрогенов. Срок наблюдения составил 71,9 [46,9; 100,5] мес.

Нами установлено, что за период наблюдения гормонально-рефрактерный рак развился у трети пациентов 41 (30,37%). Медиана срока его развития составила 25,0 [12,0; 70,0] месяцев. Оценка развития гормонрезистентности рака простаты методом Каплана-Мейера показала, что через 12 мес. ее зафиксировали у 6,37%, через 3 года – у 18,8%, через 5 лет – у 22,6% и через 10 лет – у 40,36% наблюдаемых.

В ходе исследования методом однофакторного анализа определены клинические, лабораторные и морфологические признаки, которые значимо оказывают влияние на вероятность развития рефрактерности: возраст пациентов, значение ПСА крови перед началом лечения, стадия заболевания и степень дифференцировки опухоли ($p \leq 0,05$). При многофакторном анализе значимыми критериями являются возраст пациентов и стадия заболевания ($p \leq 0,05$).

У пациентов, страдающих раком простаты, в возрасте до 70 лет гормон-рефрактерный рак простаты развился у 21 (60,0%) чел. через 40,0 [24; 80,2] мес., у старших – у 16 (16,39%) – через 52,65 [72,1; 90,0] мес.

В группе больных, которым субкапсулярная орхиэктомия выполнена при локализованной форме рака простаты гормональная рефрактерность отметили у 6 (8,82%) чел. через 70,47 [54,8; 85,87] мес., при местнораспространенной – у 20 (40,0%) – через 57,9 [36,1; 77,9] мес. и при метастатической – у 12 (70,59%) – через 24,0 [12,0; 33,0] мес.

Таким образом, нами проведен анализ развития гормон-рефрактерного рака предстательной железы у пациентов, которым проводилось хирургическое гормональное лечение. Определены факторы, влияющие на развитие этого феномена, что позволило выделить группу пациентов с высоким риском.

К вопросу о репродуктивных нарушениях после перенесенного острого эпидидимита у мальчиков

И.А. Тюзиков, Д.Н. Щедров
Ярославль

Влияние инфекции мочеполовой системы на репродуктивную функцию мужчин общеизвестно. С учетом физиологии придатков яичек их функциональная нагрузка в условиях инициированного в пубертатном периоде сперматогенеза достаточно сложна, многогранна и до конца полностью не исследована. Вместе с тем, точно известно, что именно в придатках яичка происходит процесс созревания образовавшихся сперматозоидов, который длится в среднем 12–14 дней.

С другой стороны, острые эпидидимиты у детей различных возрастных групп возникают тогда, когда функция сперматогенеза еще не активирована. Однако, сам факт инфекции в придатке, равно как и лечение развившегося воспаления может приводить к повреждению целостности структур придатков. Более того, гнойно-деструктивные формы острых эпидидимитов приходится оперировать, поэтому операционная травма способна усугубить сама по себе уже имеющиеся изменения ткани придатков яичек. Крайним вариантом оперативного лечения острых гнойных эпидидимитов является эпидидимэктомия, которая заведомо уносит крайне важный элемент фертилизации спермы, пусть только с одной стороны. Считается, что односторонний эпидидимит у мальчика препубертатного возраста не является фактором развития мужского бесплодия в дальнейшем, поскольку оба яичка остаются, и в отсутствие других причин сперматогенез сохраняется на достаточном уровне. Между прочим, в большинстве случаев развивается эпидидимоорхит, а не «чистый» изолированный эпидидимит.

Однако при двустороннем эпидидимите прогноз в плане деторождения крайне неблагоприятен, есть опасность формирования в дальнейшем секреторного бесплодия в виде обтурационно-эскреторной аспермии, требующей выполнения микрохирургической коррекции или применения методик ВРТ. Проблема патоспермии при эпидидимитах у детей считается практически не изученной, поскольку рутинное изучение содержимого придатков в норме и при патологии у людей не применяется из этических соображений. Эти же этически-нравственные нормы затрудняют исследования спермы подростка, не достигшего 18 лет. Результаты же опытов на животных не всегда применимы к человеку.

Известно, что клетки иммунной системы практически отсутствуют в яичках и придатках, где можно обнаружить лишь немногочисленные макрофаги. Наличие такого гематотестикулярного барьера подразумевает отсутствие информации об антигенах сперматозоидов для основных иммунокомпетентных клеток (лимфоцитов). Появление антиспермальных антител в сперме означает развитие аутоиммунного процесса в органах половой системы, что закономерно снижает фертильные свойства спермы, вызывая агглютинацию и агрегацию спермиев, астенозооспермию, нарушения структуры и функции всех органоидов спермия от головки до хвоста. Возникает иммунная форма мужского бесплодия, лечение которой сегодня представляет огромную проблему, весьма далекую от своего кардинального разрешения.

Таким образом, несмотря на имеющиеся оговорки и сравнительно небольшой удельный вес эпидидимитов в структуре причин мужского бесплодия, актуальность лечения этой патологии у мальчиков, особенно старшей возрастной группы, в возрасте начала сперматогенеза 14–16 лет, очевидна. Следует признать, вероятно, что, чем старше возраст больного ребенка острым эпидидимитом, тем серьезнее могут оказаться последствия влияния инфекции на становление и поддержание репродуктивной функции в дальнейшем, особенно при двусторонних процессах.

В практическом здравоохранении мы «теряем» целое поколение тинэйджеров (подростков 10–20 лет) с их проблемами, поскольку государственной системы детской и подростковой андрологии в России нет. По нашим данным, у 38% юношей, наблюдающихся в молодежной поликлинике г. Ярославля, к 18–20 годам уже есть уроандрологические заболевания, потенциально рискованные с точки зрения нарушения фертильности в будущем. Но нет квалифицированных и сертифицированных кадров детских и подростковых урологов-андрологов, которые бы занялись данной проблемой.

Исходя из теории свободно-радикального (перекисного) окисления липидов на фоне любой инфекции в организме, можно предположить подобный механизм повреждения эпителия канала придатка яичка при острых бактериальных эпидидимитах. Полагаем, что в свете этой теории целесообразна мощная антиоксидантная, ангиопротективная и системная энзимная терапия как компонент комплексного лечения острых эпидидимитов у детей. В рамках указанного лечения возможно применение всего арсенала препаратов с описанным механизмом действия. Причем, чем старше мальчик, тем больше показаний для такой терапии в целях поддержки сперматогенеза, не только после консервативного лечения, но и, особенно, после операции на придатке, которая привносит дополнительные повреждающие моменты в нарушение гематотестикулярного барьера и активацию системы перекисного окисления липидов. Длительность такой терапии, очевидно, должна включать не менее 1–2 циклов сперматогенеза (3–6 мес.). Полагаем, что такой подход позволяет уменьшать частоту рецидивирования и хронизации воспалительного процесса в органах мошонки у детей, а, главное, позволяет уменьшить последствия инфекции на репродуктивную функцию будущего потенциального отца.

Ксеротический облитерирующий баланопостит

М.А. Уйманова
Кемерово

Ксеротический облитерирующий баланопостит (КОБ) десятки лет считают весьма редко встречающимся заболеванием, как в практике специалистов, так и врачей общего профиля, проводящих профилактические медосмотры. Еще в 1931 году А.М. Гаспарян относил баланопостит к болезни нечистоплотных людей. Относительный рост заболеваемости отмечен, несмотря на отсутствие должной статистики, в кризисные периоды истории государства, когда происходят нарушения отношений между полами с падением морали и нравственности. Как кризис всей культуры и гигиены нации в межличностных

отношениях на психологическом и соматическом уровнях. Личная гигиена индивидуумов проваливается в помойную яму, кишашую множеством заболеваний. Указанное катастрофическое состояние необходимо отнести к периоду так называемой перестройки в России. Даже при изучении такого фундаментального труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне» нами не обнаружено, что встречались заболевания с подобными клиническими проявлениями, относящимися к тяжелым проявлениям заболевания в сочетании фимоза с воспалением внутреннего листка крайней плоти и формированием стриктуры головчатой части уретры. Все это сопровождается невыносимым зудом и жжением в области головки полового члена, а также может вызывать болезненные и очень частые эрекции, затрудненное на выходе истечение мочи. Косвенно, но можно судить, что профилактическая санитарно-гигиеническая работа отечественной медицины находилась на высоком уровне в тяжелые для страны годы.

Как и первое десятилетие от периода октябрьского переворота облитерирующий баланопостит (Фронштейн Р.М., 1925) возникает и развивается у мужчин активного среднего возраста. За последнее десятилетие наблюдается неуклонный подъем обращаемости к венерологам и урологам больных, как с начальными проявлениями заболевания: гиперкератотические папулы на головке полового члена и внутреннем листке крайней плоти, так и в далеко зашедшем процессе: фимоз, стриктура уретры. Через истонченную крайнюю плоть со скудными венками прослеживаются участки более тонких и плотных тяжелей, как визуально, так и пальпаторно. Рекомендуется сделать круговое «серебрение» края плоти вокруг головки, по известному методу, что определит сияние КОБ. Диагноз, после этого, не вызывает сомнений.

Нами обследовано 19 мужчин: 11 из них пришли от венеролога, 8 направлены урологом. Средний возраст мужчин 29,3 года, что необходимо отнести к молодому возрасту. Следует отметить, что у всех пациентов наглядно выявлены те или иные немаловажные признаки синдрома соединительно-тканной дисплазии, ослабления половой конституции. Также все имели неоднократно дополнительные связи, которые происходили исключительно по инициативе женщин, ориентирующихся на внешне женственную привлекательность партнера. Репродуктивная функция не проверялась, но 15 из них были в браке. По одному ребенку у 7 (46,6%). Все отправлены на оперативное лечение.

Результаты патогистологического заключения сходятся по описанию морфологов из различных лабораторий: вакуолизация клеток базального слоя, атрофия эпидермиса, отек дермы либо ее атрофия, гомогенизация коллагена в сосочках дермы и фокальные периваскулярные инфильтраты.

Таким образом, ксеротический облитерирующий баланопостит становится более частым заболеванием мужчин молодого возраста. Единственным лечением остается хирургический метод. Прослеживается связь КОБ с синдромом соединительнотканной дисплазии. Поскольку этиология заболевания остается неизвестной, то можно предположить о слабости иммунитета как местного, так и общего у таких больных, что любая микрофлора может стать для них патогенной, тем более при дополнительных связях. Профилактические мероприятия предельно ясны. Патогенез развития КОБ необходимо решать в основе синдрома недостаточности соединительной ткани, что представляет весьма сложную проблему для исследователя.

Влияние андрогенодефицита на показатели эякулята

В.Я. Фарбирович, Р.С. Шаряфетдинова, И.Н. Титаренко, К.К. Антонов,
М.В. Шамин, Н.Н. Кузнецова, Г.А. Макрушин, Л.В. Осадчук
Кемерово, Новосибирск

Исходя из того, что тестостерон является одним из ключевых факторов, обеспечивающих адекватный кровоток в тестикулярной ткани, что, в свою очередь, определяет функции яичка, мы в данной работе поставили цель определить влияние тестостерона на параметры эякулята у пациентов, которые обращались по поводу бесплодного брака или при планировании беременности.

Всего было обследовано 672 пациента, из них у 148 (22%) установлен биохимически верифицированный диагноз – андрогенодефицит. Часть из них была обследована в рамках проекта по изучению репродуктивного потенциала жителей Сибири и его гормональной регуляции под руководством НИИ цитологии и генетики СО РАН.

Всем пациентам проводилось анкетирование, физикальный осмотр, бактериоскопическое исследование эякулята, секрета простаты и содержимого уретры, определение общего тестостерона, глобулина, связывающего половые стероиды (ГСПС), расчет свободного и биодоступного тестостерона, спермограмма по нормам ВОЗ и расчет индекса фертильной спермы.

При определении влияния общего тестостерона на параметры эякулята достоверной зависимости между уровнем тестостерона, концентрацией и подвижностью сперматозоидов не выявлено. Чаще наблюдалась обратная тенденция, при низких показателях тестостерона концентрация сперматозоидов и прогрессивная их подвижность не имели отклонений от нормы.

Известно, что только около 60% всего тестостерона, циркулирующего в крови, оказывает влияние на органы-мишени – это биодоступный тестостерон. Остальная же часть, связанная с ГСПС, биологически не активна.

В своем исследовании мы использовали рабочую классификацию андрогенодефицита, с учетом уровней общего и биодоступного тестостерона. Абсолютный гипогонадизм – снижение как общего, так и биодоступного тестостерона. Относительный гипогонадизм – снижение только биодоступного тестостерона при нормальном общем. Нормогонадизм – достаточный уровень биодоступного тестостерона, как при нормальных, так и при низких значениях общего тестостерона.

Распределение пациентов в соответствии с предложенной классификацией было следующим: с абсолютным гипогонадизмом было 41 (27%), с относительным – 31 (20%) и с нормогонадизмом – 76 (53%).

Известно, что воспалительный процесс в органах репродуктивного тракта связан с повышенным уровнем свободных радикалов кислорода, что может приводить к мужскому бесплодию. При микроскопии эякулята лейкоспермия была установлена у 115 (78%) пациентов.

При анализе всех полученных данных была выявлена следующая особенность: у пациентов с абсолютным и относительным видами гипогонадизма в группе с наличием признаков воспалительного процесса органов репродуктивного тракта индекс фертильности спермы был значительно ниже, чем в группе пациентов без лейкоспермии.

У пациентов с нормогонадизмом уровень лейкоспермии не оказывал негативного влияния на качество эякулята.

Таким образом, уровень общего тестостерона не оказывает влияния на параметры эякулята. У пациентов с нормогонадизмом не отмечается ухудшения параметров эякулята при наличии признаков воспалительного процесса органов репродуктивной системы. Биодоступный тестостерон выступает в роли протектора качества эякулята у пациентов с признаками воспалительного процесса органов репродуктивной системы. Для объективной оценки влияния гормонального статуса на параметры эякулята необходимо вычисление биодоступного тестостерона.

Значение исследования эякулята на ИППП при планировании беременности на примере уреаплазменной инфекции

В.Я. Фарбирович, И.Н. Титаренко, К.К. Антонов, Р.С. Шаряфетдинова,
М.В. Шамин, Н.Н. Кузнецова, Г.А. Макрушин, Е.В. Помешкин
Кемерово

Многочисленными исследованиями было доказано, что инфицирование уреаплазмами негативно влияет на качество спермы у мужчин, вызывая астеноспермию и олигоспермию. Эта инфекция по данным зарубежной литературы встречается от 9 до 49% в эякуляте бесплодных мужчин.

Основные механизмы воздействия уреаплазменной инфекции на эякулят: усиление апоптоза сперматогенных клеток, адгезия уреаплазм на шейке сперматозоида и выделение ферментов, изменяющих текучесть спермы, один из которых гликозидаза.

Мы проанализировали результаты обследования 470 пациентов, обратившихся по поводу бесплодия или планировавших беременность. Всем были проведены первичная бактериоскопия уретральных мазков и секрета простаты, а также посев материала из уретры. Затем выполнялась программа подготовки и исследование эякулята: спермограмма по нормам ВОЗ, видеоспермограмма, ПЦР исследование и бакпосев эякулята.

У 108 пациентов в эякуляте была выявлена *Ureaplasma urealiticum* – эти пациенты и составили нашу исследуемую группу. В качестве группы сравнения мы взяли 78 пациентов, у которых в эякуляте были обнаружены стафилококки и энтерококки. Средний возраст пациентов обеих групп был сопоставимым 32,7±4,1 и 29,5±6,3 года.

Астенозооспермия в исследуемой группе встречалась у 88 (82%), а в группе сравнения – у 39 (51%) исследуемых. В динамике после эрадикации инфекции в исследуемой группе астенозооспермия исчезла у 49 (56%) пациентов, а в группе сравнения – у 33 (85%). При исходном нормокинезисе в обеих группах изменений в подвижности сперматозоидов не произошло.

При сравнении степени лейкоспермии в обеих группах статистически значимых различий мы не обнаружили, но выявили следующую тенденцию: степень лейкоспермии в процессе лечения больше уменьшалась у пациентов с неспецифической инфекцией, чем в исследуемой группе.

Можно предположить, проведя аналогию с экспериментальной работой проф. Сняжковой Л.А. на модели пиелонефрита, что уреоплазма вызывает вялотекущий воспалительный процесс.

Исходя из того, что по определению Е. Молнара главным условием фертильности спермы является достаточное количество нормальных в структурном отношении сперматозоидов, имеющих поступательную подвижность, мы на протяжении ряда лет вычисляем индекс фертильности спермы (ИФС), который составляет долю морфологически нормальных сперматозоидов с прогрессивной подвижностью, по отношению к общей концентрации сперматозоидов. Аналогично степени воспаления индекс фертильности спермы повышался достоверно быстрее у пациентов второй группы.

Таким образом, уреоплазменная инфекция в эякуляте была выявлена у 23% пациентов. Астенозооспермия чаще встречалась у пациентов с уреоплазменной инфекцией. Уровень лейкоспермии и показатель качества эякулята имели более выраженную позитивную тенденцию у пациентов с неспецифической инфекцией, чем с уреоплазменной. Воспалительный процесс, обусловленный *Ur. urealyticum*, протекает торпидно и требует более продолжительного лечения.

Анализ демографической ситуации в Кузбассе

В.Я. Фарбирович, М.В. Шамин, И.Н. Титаренко, К.К. Антонов,
Р.С. Шаряфетдинова, Н.Н. Кузнецова, Г.А. Макрушин, Е.В. Помешкин
Кемерово

Цель нашей работы – определить тенденции репродуктивного здоровья молодежи г. Кемерово.

Материал исследования составили 485 анкет студентов вузов г. Кемерово и результаты обследования 720 студентов, проведенные урологами за 2009–2010 гг. Средний возраст исследуемых составил 20 лет.

Согласно результатам анкетирования, 19 (4%) студентов оценивают свое здоровье как плохое, а хорошим и удовлетворительным его считают 233 (48%) опрошенных. Наличие заболеваний органов мочеполовой системы отметили 82 (17%). Инфекции, передаваемые половым путем, были в анамнезе у 213 (44%) студентов. Возможность получения квалифицированной медицинской помощи, по мнению 106 (22%) анкетированных – низкая, большинство считает, что средняя и только 33 (7%) отметили, что высокая.

Возраст дебюта половой жизни составил 15,8 лет, а оптимальный возраст вступления в брак, по мнению студентов 23,5 года. Большинство анкетированных хотело бы в будущем иметь двоих детей.

Промежуток времени от дебюта половой жизни до вступления в брак составляет 8–10 лет. Этот период поиска постоянного партнера сопровождается приобретением угрозы репродуктивному здоровью.

По статистике бесплодный брак часто является причиной разводов. Если в 1950 г. в Кузбассе на 100 браков приходился 1 развод, в 2000 году зафиксирован рекорд – 77 разводов на 100 браков, в 2010 году эта цифра составила 57.

У 720 обследованных молодых людей были выявлены следующие заболевания: инфекции органов мочеполовой системы – у 446 (62%), аномалии

половых органов – у 72 (10%), варикоцеле – у 43 (6%), фимоз – у 29 (4%) и травмы половых органов в анамнезе были у 4 человек. Прогноз получается не очень утешительный – 66% молодых людей имеют высокую степень риска нарушения репродуктивной функции.

Анализ рождаемости в Кузбассе в период с 2005 по 2010 год в абсолютных цифрах показывает положительную динамику до 2009 года, и только за последний год рождаемость сократилась.

Если же сравнивать ежегодную динамику рождаемости – абсолютный показатель разности год за годом, то картина другая. В 2006, 2007 и 2008 годах отмечался прогрессивный рост этого показателя от 1200 до 2400 детей, а в 2009 этот показатель уже снижается, но остается еще со знаком плюс и составляет 1600 детей. В 2010 году ситуация усугубилась – детей родилось меньше, чем в предыдущем на 1306.

С точки зрения демографической статистики Россия приближается к следующей волне демографического кризиса, потому что в репродуктивный возраст входит самое малочисленное поколение, которое было рождено в девяностых годах XX века. Все перечисленное заставляет задуматься о прогнозе репродуктивного потенциала российской молодежи и о том, что большинство вопросов невозможно решить только с медицинской точки зрения. По нашему мнению, медицинские мероприятия должны осуществляться по следующим направлениям.

1. Создание программ подготовки врачебных кадров, занимающихся репродуктивным здоровьем мужчин и женщин как во время учебы в институте, так, в большей степени, и при прохождении последиplomного обучения.

2. Разработка комплексных междисциплинарных программ для обследования и лечения пациентов с заболеваниями репродуктивных органов.

3. Включение урологов в бригады для участия в профилактических медосмотрах.

Изучение влияния токсических факторов на состояние тестикулярной ткани

В.Я. Фарбирович, Р.С. Шаряфетдинова, И.Н. Титаренко, К.К. Антонов,
М.В. Шамин, Е.В. Давыдов, Н.Н. Кузнецова, Г.А. Макрушин, Л.В. Осадчук
Кемерово, Новосибирск

Поиск маркеров ранней диагностики нарушений сперматогенеза, которые позволяли бы оценить репродуктивный потенциал мужчины и прогнозировать необходимость своевременного лечения или использования вспомогательных репродуктивных технологий, проводится по всему миру. Изучение семиногелина, гуманина, ферментов перикисного окисления липидов, эндоканабиноидов, как маркеров сперматогенеза на сегодняшний день находится на этапе высокотехнологичных лабораторий и имеет пока теоретическое значение.

Более доступным для практической медицины является маркер качества сперматогенеза – ингибин В. Это пептид, состоящий из двух субъединиц α и β , синтезируется в клетках Сертоли сперматогенного эпителия яичек. Он

находится в обратной зависимости с фолликулостимулирующим гормоном (ФСГ). Высокие цифры ингибина В свидетельствуют о целостности тестикулярной ткани и активном сперматогенезе. Ингибины экспрессируются уже в эмбриональный период. Первый пик их секреции отмечается в 2–3 месяца, второй – во время пубертата. Нормальной концентрацией ингибина В считается 140–580 пг/мл. У мужчин концентрация его постоянна, в отличие от женщин не носит циклических колебаний.

Целью нашей работы было определить взаимосвязь ингибина В с основными параметрами эякулята.

В рамках проекта по изучению репродуктивного потенциала мужчин Сибири и совместно с институтом цитологии и генетики СО РАН г. Новосибирска (2009–2010 гг.) обследованы 156 молодых людей г. Кемерово, средний возраст которых составил 25 лет, проведено: анкетирование, физикальный осмотр, оценка гормонального профиля (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон), определение ингибина В, спермограмма на спермоанализаторе. Углубленное обследование было проведено 51 из них, в него входило УЗИ органов мошонки и обследование на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП).

При оценке результатов нормальный уровень ингибина В был зафиксирован только у 17 (11 %) обследованных.

При группировке пациентов по концентрации сперматозоидов в 1 мл менее 20 млн/мл, 20–60 млн/мл и более 60 млн статистически значимой разницы в значениях ингибина В и прогрессивной подвижности сперматозоидов мы не получили.

При группировке пациентов в зависимости от уровня ингибина В мы выявили две достоверные закономерности. При уровне ингибина В более 140 пг/мл ($n = 17$) нормальная концентрация сперматозоидов в 1 мл наблюдалась у 12 (70%) исследуемых. Взаимосвязи с подвижностью выявлено не было.

При уровне ингибина В менее 60 пг/мл ($n = 40$) у 36 (90%) исследуемых доля прогрессивно подвижных сперматозоидов была значительно снижена. Такой уровень ингибина В считается критическим и на основании его некоторые клиники отказывают парам в проведении вспомогательных репродуктивных технологий.

В подгруппе с углубленным обследованием, состоящей из 51 мужчины у 36 (73%) были выявлены заболевания придатков яичек: кисты, сперматоцеле, хронический эпидидимит, и у 21 (43%) были обнаружены ИППП. У 15 (27%) исследуемых перечисленная патология не была обнаружена, мы их назвали условно здоровыми.

При сопоставлении у них значений ингибина В, концентрации и подвижности сперматозоидов было выявлено, что все три параметра были в пределах нормы у здоровых людей, значительно ниже в группе пациентов с заболеваниями придатков яичек, и самыми низкими при сочетанной патологии. Учитывая, что эти пациенты были жителями одного города, у них отсутствовали профессиональные вредности, можно предположить, что заболевания придатков яичек и ИППП могут оказывать влияние на концентрацию ингибина В, но это требует дальнейшей работы и накопления большего материала.

Таким образом, в исследуемой группе ингибин В ниже нормы выявлен у 139 (89%) молодых людей. Нормальная концентрация сперматозоидов зарегистрирована у 17 (11%) обследованных.

стрирована у 70,5% обследованных, при уровне ингибина В больше 140 пг/мл. Влияние ингибина В на прогрессивную подвижность сперматозоидов выявлено только при его значениях меньше 60 пг/мл. Самые низкие показатели ингибина В были у пациентов с заболеваниями придатков яичек и ИППП.

Ингибин В является показательным маркером сперматогенеза, поэтому предлагаем включить определение его концентрации в программу «Репродуктивное здоровье молодежи».

Экзогенные факторы риска в этиологии и патогенезе нефротических кризов

А.К. Шадманов, У.М. Рустамов, А.Р. Салиев, М.А. Шадманов, Б.Б. Жапашев
Андижан

Полученные всеми исследователями данные подчеркивают, что в период пребывания в неблагоприятных метеосиноптических, климатических и экстремальных условиях в организме человека развивается целый ряд адаптационных или патогенных реакций, затрагивающих почти все функциональные системы. Существенная роль в этих реакциях принадлежит острым нефрологическим ситуациям и функциональному состоянию почек.

Под нашим наблюдением находились 59 больных, у которых был диагностирован нефротический криз (анасарка и водянка серозных полостей, выраженная гипопроотеинемия (до 35 г/л) и гипоальбуминемия (до 8–4 г/л), гиповолемический шок, анорексия, тошнота, немотивированная рвота, интенсивные абдоминальные боли, различные клинические нарушения гемокоагуляции в виде коагулопатий). Среди них в условиях стационара изучали клиническое течение заболевания в сопоставлении с различными экзогенными факторами риска (метеорологическими, синоптическими и климатическими) по морфодинамической схеме и сезонами года. Использовался метод наложения короткопериодических эпох К.И. Григорьева (1978) и Г.М. Данишевского.

Установлена выраженная связь между развитием и ухудшением клинического течения нефротических кризов (НК) и резкими изменениями метеорологических факторов I порядка. Наибольшее число НК наблюдалось в дни с резкими изменениями продолжительности солнечного сияния, атмосферного давления, температуры внешней среды, относительной влажности воздуха, при прохождении воздушного «фронта» с «внутренней высотой» и неблагоприятных типов погод (III и IV). Наиболее высокая выявляемость НК отмечена в весенне-зимний период, сравнительно меньший процент случаев приходится на летние и осенние периоды.

Следовательно, во-первых, с целью раннего выявления НК необходимы непрерывные клинко-метеорологические наблюдения за больными и, во-вторых, все лечебно-профилактические вмешательства в отношении НК прежде всего должны предусматривать ликвидацию влияний неблагоприятных метеорологических факторов и коррекцию вызванных ими метеотропных реакций.

Динамика почечной колики среди населения с учетом влияния солнечного сияния в климатических условиях Ферганской долины

А.К. Шадманов, У.М. Рустамов, А.Р. Салиев,

М.А. Шадманов, У.Т. Сотволдиев

Андижан

По данным литературы видно, что несмотря на значительные достижения в области изучения патогенного влияния климата на организм, многие стороны данной проблемы до сих пор остаются нерешенными. В частности, недостаточно изучено влияние климатометеорологических факторов на развитие почечных патологий, особенно злободневен данный вопрос при почечных коликах (ПК).

Задачей нашего исследования явилось изучение динамики ПК среди населения за 3-летний период проспективного наблюдения с учетом влияния солнечного сияния в климатических условиях г. Андижана Ферганской долины. Накопленный банк сведений за 1997–1999 годы о продолжительности солнечного сияния (в часах) осуществлялось путем ручной выкопировки из журналов ТМ-1, ТМ-12 – ТМ-15. Диагноз ПК установили по результатам общеклинических и специальных инструментальных исследований.

Установлено, что наибольший процент случаев ПК падает на интервал продолжительности солнечного сияния 9,1–14,3 ч. (от 13,5% до 24,8%); сравнительно меньший процент случаев ПК приходится на интервал 1,3–2,6 ч. (от 0,8% до 6,4%), $P < 0,01$. Сравнительно часто имело место развитие urgentных нефрологических ситуаций – у 5 больных (3,8%) с почечной коликой (в 1997 г. – у 4 (1,4%), в 1998 – у (0,4%) и в 1999г. – у 15 (2,9%). Под воздействием колебаний солнечного сияния случаи неотложных нефрологических ситуаций у больных почечной коликой за 1998 г. нарастает от 0,8% (при интервале 1,3 ч) до 15,2% (при интервале 9,1 ч и более), т.е. почти в 19 раз ($P < 0,05$).

И, наконец, среди наших больных развитие острых ситуаций имело место у 105 больных ПК в течение 1999 года. Наибольшее число случаев наблюдалось при колебаниях солнечного сияния 10,4–11,7 ч – 25,7% и 22,9% – соответственно. Наименьший процент таких случаев отмечался при продолжительности солнечного сияния в интервале 2,4–3,8 ч (3,8%) и они вообще не зарегистрировались в интервале 1,3 ч и менее (0,0%), $P < 0,05$.

Кроме того, характерная симптоматика ПК также достоверно чаще была зарегистрирована при колебаниях солнечного сияния в сторону повышения от 7,8 ч до 14,3 ч (20,0% и 30,0% – соответственно).

В целом, мы полагаем всеми основаниями для утверждения ряд научных версий: изменение и колебание солнечного сияния оказывает негативное влияние на развитие ПК и ее клиническое течение в климатических условиях Ферганской долины; наибольшее число ПК и ее тяжелое течение наблюдается при более продолжительном влиянии солнечного сияния; при низких уровнях (1,3 ч и менее) солнечного сияния отмечается наименьшее число случаев ПК и клинических ухудшений у больных.

Роль атмосферного барометрического давления и его перепадов в патогенезе острых почечных заболеваний

А.К. Шадманов, У.М. Рустамов, А.Р. Салиев, М.А. Шадманов, Б.А. Эргашев
Андижан

Изучение острых почечных заболеваний (ОПЗ), занимающих в общей заболеваемости, летальности и инвалидизации не последнее положение, несомненно, является важным государственным делом не только медицинского, но и социально-экономического характера. Особый интерес для практической медицины представляют клиникометеорологические исследования в этом направлении, которые, с одной стороны, ставят своей целью снизить частоту первично или вторично возникающих случаев ОПЗ, путем воздействия на один или несколько факторов риска внешней среды, в том числе на неблагоприятные метеоусловия; с другой – первичную, вторичную и третичную профилактику этих патологий.

Все изложенные и другие данные современной литературы послужили поводом для проведения в ходе специального трехлетнего исследования клинико-метеорологических сопоставлений выраженности как метеотропных факторов (атмосферного давления и ее колебаний, атмосферного фронта, циклонов), так и клинических ухудшений и утяжелений ОПЗ (острые гломерулонефриты, острые пиелонефриты, мочекаменная болезнь) у 590 обследованных больных в условиях АФ РНЦЭМП и клиники АндГосМИ МЗ РУз. Для установления диагноза, кроме обычных клинических методов исследования, проводились исследования мочевого осадка по Аддису-Каковскому на активные лейкоциты, определяли остаточный азот титрометрическим способом, клубочковую фильтрацию и канальцевую реабсорбцию по эндогенному креатинину, эффективный почечный плазмоток, обмен натрия и калия в сыворотке крови при помощи плазменного фотометра. Использована специальная карта динамического наблюдения, учитывающая международный опыт регистрации патологической динамики у больных и колебаний атмосферного давления.

Установлен характерный для ОПЗ «клиникометеорологический» маршрут, характеризовавшийся тем, что у больных ОПЗ в основном развивались при высоких уровнях атмосферного барометрического давления – от 971 мб до 975 мб (21,0%) и меньшей частотой (7,4%) регистрировалась при ее низких уровнях – 945 мб и менее ($P < 0,05$, $r^+ = +0,768$). Кроме того, ОПЗ учащались в дни и месяцы года с колебаниями уровня атмосферного давления, от 946 мб до 950 мб, достигая до 16,3 %. Развитие ОПЗ в этих случаях у некоторых больных провоцировалось интеркуррентной инфекцией, переутомлением или обострением сопутствующих патологий. У большинства больных провоцирующих факторов (кроме колебания атмосферного давления) выявить не удалось.

В целом, вырисовывается следующая панорама развития довольно угрожающих для жизни пациентов патологических событий у больных ОПЗ: ко-

лебания барометрического давления выступают в качестве возможного фактора риска ОПЗ и безусловно негативно влияют на общую частоту ургентных нефрологических «конечных точек» среди населения обследованного региона; наибольшее число ОПЗ наблюдается при атмосферном барометрическом давлении 946–950 мб и 971–975 мб; при низком (ниже 945 мб) атмосферном давлении наблюдается наименьшее число случаев ОПЗ; общая частота выявляемости клинических симптомов ОПЗ линейно нарастает по мере увеличения уровня атмосферного давления и его колебаний до 1,6 раза (при 950 мб по сравнению с ее частотой, зарегистрированной при атмосферном давлении 945 мб и менее), 1,7 раз (при 955 мб) и 2 раза – при колебаниях атмосферного давления от 970 мб до 975 мб.

Острый пиелонефрит у детей

Я.В. Шикунова, А.В. Гудков, Г.В. Слизовский,
В.А. Ведерников, Н.М. Морозов, М.Л. Врублевская

Томск

Проблема острого пиелонефрита у детей до настоящего времени не теряет своей актуальности в связи с его широкой распространенностью и возможностью фатальных осложнений. По данным урологического отделения МЛПМУ «ДГБ № 4» г. Томска, за период с 2006 по 2010 г. было госпитализировано 174 ребенка с диагнозом острый пиелонефрит. Из них мальчиков было 55 (31,6%), а девочек – 119 (68,4%). У 13 детей (7,5%) пиелонефрит развился в возрасте до года, от года до трех лет было 24 детям (13,8%), а более старший возраст имели 137 больных (78,8%). Среди форм пиелонефрита превалировал острый серозный пиелонефрит – 166 (95,4%). Деструктивные формы были у 8 детей (4,6%), из них апостематозный пиелонефрит был диагностирован у 3 (1,7%), карбункул почки у 2 (1,1%), абсцесс почки возник у 3 (1,7%). В 6 случаях серозный пиелонефрит имел обструктивный характер, что потребовало в 3 случаях наложения нефростомии, по одному случаю стентирования мочеточника, уретеролитотомии, уретерокутанеостомии.

У 100% детей с серозным пиелонефритом старше 3 лет ведущим клиническим симптомом был абдоминальный. У детей младше 3 лет преобладали следующие жалобы: беспокойство, рвота, анорексия, дизурия, макрогематурия, пиурия. У всех детей с серозным пиелонефритом выявили гипертермию до фебрильных цифр, лейкоцитоз, лейкоцитурию. У 136 детей (81,9%) диагноз острого серозного пиелонефрита был подтвержден УЗИ почек. УЗ критериями данной патологии являлись: увеличение размеров пораженной почки, ограничение дыхательной подвижности, отсутствие дифференцировки паренхимы на слои и повышение ее эхогенности, слоистая структура стенки лоханки и неоднородная взвесь в полости последней. Все дети с серозным пиелонефритом получали парентеральную антибиотикотерапию в течение 10–14 дней и были выписаны с выздоровлением.

Гнойно-деструктивные формы пиелонефрита встретились только у детей старшей возрастной группы (от 8 до 15 лет). Для всех детей были характерны

жалобы на боли в поясничной области (на стороне поражения), вялость, гипертермию. При клиническом обследовании во всех случаях определялась резкая болезненность и мышечное напряжение в поясничной области при пальпации. По данным лабораторных исследований отсутствовали изменения в биохимических анализах крови, в общем анализе крови лейкоцитоз и повышение СОЭ наблюдали в 7 случаях (87,5%), только в одном случае (при апостематозном пиелонефрите) воспалительной реакции со стороны крови обнаружено не было. Характерной особенностью гнойных форм пиелонефрита, по нашим наблюдениям, явилось отсутствие изменений в анализах мочи, лишь в 2 случаях, у детей с апостематозной формой пиелонефрита, была диагностирована лейкоцитурия и эритроцитурия. Из инструментальных методов исследования наиболее информативными явились УЗИ и экскреторная урография. Так, во всех случаях карбункулов и абсцессов почек по данным УЗИ визуализировались гипозоногенные образования с четкими контурами и изоэзоногенными включениями, причем УЗ-данные их локализации совпадали с интраоперационной находкой расположения гнойника. По данным внутривенной урографии при абсцессах почек во всех 3 случаях выявлено наличие объемного образования в почках: ампутация соответствующих локализаций гнойного процесса групп чашечек, оттеснение, уплощение соседних групп чашечек. Во всех случаях с апостематозной формой пиелонефрита при УЗИ выявлены признаки, характерные для серозного пиелонефрита. Все дети с гнойно-деструктивными формами пиелонефрита были прооперированы в экстренном порядке: выполнены люмботомии, вскрытие и дренирование гнойников, а также декапсуляции почек (при апостематозных пиелонефритах). Послеоперационный период протекал гладко, все дети выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, учитывая значимость проблемы диагностики и лечения острого пиелонефрита у детей, большое внимание следует уделять тщательному клиническому обследованию больных с учетом УЗ и рентгенконтрастных методов исследования. Основным в лечении острого пиелонефрита остается длительная парентеральная антибиотикотерапия, а в случае развития осложненных гнойных форм – экстренное хирургическое вмешательство.

Варикозная болезнь малого таза как причина дизурии у мужчин

А.Ю. Цуканов

Омск

Варикозная болезнь является в настоящее время весьма распространенным заболеванием. И, несмотря на большую встречаемость среди женщин, отмечается рост заболеваемости и среди мужчин. Тем самым все актуальнее становятся оценка и изучение клинической значимости редких до недавнего времени локализаций варикоза.

Цель исследования: изучить клиническую значимость флеботропной терапии при наличии симптомов нижних мочевых путей (СНМП) у мужчин на фоне варикозной болезни малого таза (ВБМТ).

В исследование включены 19 пациентов в возрасте 23–60 лет, страдающих СНМП при сопутствующем выявлении ВБМТ. Критериями ВБМТ считали:

- расширение вен парапростатического сплетения более 5 мм;
- инверсию кровотока или появление кровотока при маневре Valsalva.

Исходно пациенты наблюдались урологом по поводу ДППЖ – 8 человек, хронического абактериального простатита (категория ШБ) – 11 человек. Всем пациентам проводили стандартное обследование. Обязательным условием проведение адекватного современным представлениям курса лечения основного заболевания, при неудовлетворительном результате лечения. После чего пациентам проводили 2 месячный курс, направленный на нормализацию венозной гемодинамики малого таза, включавший в себя модификацию образа жизни, регулирование стула, лечебную гимнастику, флеботропные препараты. В нашем случае детралекс по 1 капсуле 2 раза в день. Оценку СНМП проводили посредством опросника IPSS средний балл составил 9,1, QoL – 4,1. По окончании терапии выполняли контрольное ТРУЗИ.

По окончании курса флеботропного лечения IPSS составил 3,2 ($p < 0,01$), QoL – 1,8 ($p < 0,01$). При дуплексном ангиосканировании доля пациентов с рефлюксом/инверсией кровотока при пробе Valsalva составила 36,8% (7 человек), а скорость рефлюкса (где он имелся) снизилась, в среднем, на 73,4%. Индекс резистентности на уровне интрапростатических артерий увеличился в среднем с 0,55 до 0,62 ($p < 0,05$).

Следовательно, при выявлении у пациента с СНМП признаков ВБМТ целесообразно включать в стандартную терапию основного заболевания компоненты, направленные на нормализацию венозной гемодинамики в малом тазу.

Уродинамическая картина при гиперактивном мочевом пузыре у детей

Е.А. Яковец, А.И. Шевела

Новосибирск

К ведущим симптомам нарушений акта мочеиспускания у детей относят поллакирию, императивные позывы, императивное недержание мочи (синдром императивного мочеиспускания) и энурез. Несмотря на простоту клинической картины, ее описание всякий раз сопряжено с довольно большими трудностями, имеющими свои конкретные причины. Во-первых, существенные различия по степени выраженности и сочетанию перечисленных симптомов создают иллюзию многообразия независимых вариантов расстройств мочеиспускания. Эту иллюзию всегда во многом поддерживают родители, которые всегда фиксируют внимание на каком-либо одном, наиболее значимом с их точки зрения, симптоме. Во-вторых, по мере роста ребенка и/или проводимого лечения указанный выше симптомокомплекс расстройств мочеиспускания подвержен постепенному обратному развитию. Поэтому клиническую картину всегда нужно оценивать в динамике, т.е. за время жизни ребенка, а не ситуационно – на момент обращения к врачу.

В норме к 4-летнему возрасту ребенок по всем критериям приобретает «устойчивые навыки» и полностью удерживает мочу днем и ночью. Но если

число мочеиспусканий и значения эффективных объемов мочевого пузыря выходят за рамки нормативных показателей, мочеиспускание неконтролируемо в той или иной степени (недержание мочи днем, непроизвольное мочеиспускание во время дневного или ночного сна, не развита способность к активной задержке начала акта мочеиспускания и его прерыванию, не выражены поведенческие реакции, сопровождающие этот процесс), то можно говорить о запаздывании становления «зрелого» типа мочеиспускания и формировании той или иной дисфункции мочевого пузыря. Причиной синдрома императивного мочеиспускания в сочетании с энурезом на органном уровне является гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП). К его уродинамическим признакам относятся гиперсенсорность, неконтролируемые сокращения детрузора, гиперрефлексию.

При всей сложности патогенеза в окончательном формировании ГАМП наиболее заметно участие парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, а холинолитики с конца прошлого века относят к базовым средствам его лечения. Среди парасимпатолитиков наилучшим образом зарекомендовал себя оксибутинина гидрохлорид, который считают «золотым стандартом» лечения синдрома императивного мочеиспускания и/или энуреза. Говоря о нормализации ритма мочеиспускания при ГАМП под влиянием оксибутинина гидрохлорида, подразумевают, что этот эффект обусловлен существенным изменением адаптационной способности детрузора и пузырного рефлекса с соответствующим увеличением резервуарной функции мочевого пузыря.

Для решения поставленных задач 20 детям 8–14 лет (11 девочек и 9 мальчиков) с ГАМП в сочетании с энурезом проведен урофлоуметрический мониторинг до и после месячного курса лечения оксибутинином гидрохлоридом в дозе 5 мг 3 раза в день. Всего выполнено 100 урофлоуметрических исследований. Сравнение клинической картины и данных дневника мочеиспускания подтвердило выраженное влияние данного препарата на функциональное состояние мочевого пузыря. Суммарный бал расстройств мочеиспускания уменьшился на 8,2 единицы – с 19,2 до 11. В среднем, на 1/3 увеличился эффективный объем мочеиспускания. Общую картину отражает сравнение всех исследуемых в данной серии мочеиспусканий до и после лечения. После месячного курса лечения у детей наблюдается увеличение резервуарной функции мочевого пузыря в разной степени выраженности. У детей с ГАМП в сочетании с энурезом исходно преобладала поллакиурия. Если в контрольной группе 38% мочеиспусканий осуществлялось эффективным объемом мочевого пузыря до 100 мл, то при ГАМП и энурезе число их увеличено до 51,3%. По другим диапазонам объемов (100–200 мл, 200–300 мл, 300–400 мл) также наблюдаются существенные отклонения от контрольных значений. Уже через месяц лечения резко уменьшился удельный вес мочеиспусканий эффективным объемом до 100 мл – с 51,3% до 29%. Исходно у детей с ГАМП и энурезом парные значения «объем/скорость» распределяются достаточно плотно и свидетельствуют об устойчивой тенденции к сверхбыстрому опорожнению мочевого пузыря. В диапазоне эффективных объемов мочевого пузыря от 200–300 мл разница существенна и достигает 3 мл/сек. Таким образом, исследование уродинамики нижнего отдела мочевого тракта с помощью урофлоуметрического мониторинга у детей с ГАМП в сочетании с энурезом показало, что оксибутинина гидрохлорид не оказывает негативного влияния на поток мочи при гиперактивном мочевом пузыре, а напротив, устраняя незначительные исходные отклонения, приводит к его нормализации; так что опасности задержки мочеиспускания при ГАМП в сочетании с энурезом не существует.

Значение социокультурного фактора в формировании полового поведения в среде студентов

О.К. Яценко
Кемерово

Сегодня половое просвещение в России является важнейшей и актуальной проблемой, но не выполняется. Единой разработанной программы для преподавания междисциплинарной сексологии для высшей школы нет. Разрозненно и фрагментарно некоторые вопросы освещаются на отдельных кафедрах медицинских вузов. Прошло сто лет, как в России на первом съезде офицеров-воспитателей кадетских корпусов выдвигали основные задачи сексуального воспитания, поднимали вопрос о формировании «половой совести» и занятии «сексуальной пропедевтикой». Однако «воз и ныне там». Закономерны вопросы, которые задает себе преподаватель после лекции студентам о сексуальном здоровье (СЗ) населения России. По всем факторам брачного клиринга в нашем отечестве СЗ находится в весьма плачевном состоянии. А нужны ли эти знания студентам? Смогут ли наши будущие врачи адаптивно разговаривать с больными разной патологии, в этиопатогенезе заболевания которых немало важную роль имеет фактор расстройств, составляющих СЗ? Предварительные опросы студентов перед лекцией показывают, что знания их о поле находятся на уровне локализма «семенного бугорка», идущего из 19 века Европы. Некоторые наши современники, воспользовавшиеся ситуацией безграмотности, интерпретировали былое в терминологию с целью создания массовости социальной заинтересованности: «эректильная дисфункция», «простатит, импотенция, бесплодие», «мужской климакс», «андрогеновый дефицит» и т.д., что в большинстве является проявлением других заболеваний. При этом всем понятно, что сложна не функция, а человеческие отношения. Возможно, что авторам в их сомнительных находках функция очень сложна. Человеческим фантазиям теоретического характера, которые не подтверждаются практикой, но сопровождаются тягой создания мифов и блефов, нет предела. Придавать узким вопросам столь большую значимость?

Роль государства в сексуальном просвещении отсутствует. Либо мы не нашли в возможностях преподавания сексологии, создании образовательных программ чего-то иного? Нашего? Российского? Студенты должны иметь достаточно широкие знания о поле, и в нашем российском понимании, а не таранящих с Запада «секса», и собственных «новаторов», которые без стеснения и стыда меняют вековые нормы морали, представления о любви, сводя широчайшее русское «любить – жалеть» к агрессии и сексу в «царство карамазовщины», сладострастия, разрушающего личность. Половое поведение человека, а не «секс» в значительной мере зависит не только от физиологических, но и социальных, психологических, социокультурных факторов. Сегодня у нас есть весомые доказательства, что чужие идеи в России не приживаются. Нас слушают, получают информацию студенты. Это сформированные в систему межличностных отношений группы. Как показывает опыт, то в знаниях по сексологии находятся на уровне подростков. В то же время концептуальный подход отечественной сексологии предполагает стремление к повышению уровня сексуальной культуры индивидов, общественных групп к выравнива-

нию ее уровней в паре. При этом наличие определенного уровня сексуальной культуры личности является условием его измерения, регулирования и формирования в процессе различных форм половой социализации. При этом главная роль отводится половой социализации, которая представляет собой процесс освоения норм и ценностей, регулирующих сексуальные отношения и поведение в обществе, где через прямое (или) косвенное воздействие на индивида, пару, социальную группу формируется в российском понимании широкое представление о культуре пола, а не секса. В этом информационном процессе нам важно понять, что высокий уровень половой культуры – идеальная цель этого процесса, так как зависимость от общей культуры, постоянно отодвигающегося предела социокультурного развития, что прозаично напоминает о бесконечности половой социализации личности на протяжении всей жизни. Однако опрос профессорско-преподавательского состава показывает, что большая часть ученых мужей уверены, что студенты знают о сексе больше, чем они, умудренные жизненным опытом их просветители. Возможно, в представлении о сексе обе стороны стоят на одной ступени, но русского представления о поле нет не у тех, ни у других. С кого начинать обучение: с преподавателей или студентов? Катастрофичную демографическую ситуацию в стране пытаются исправить экономически, лечением ИППП, ЭКО, созданием крупных перинатальных центров и т.д. Ну и что? Разве не понятно, что это путь пусть и по новым рельсам, но в тот же ржавый тупик. При этом идет разговор о поиске национальной идеи. При этом нужно сделать весьма простой вывод, следуя назиданиям Козьмы Пруткова: *«Настоящее есть следствие прошедшего, поэтому непрестанно обращай взор свой на зады, чем сбережешь себя от знатных ошибок»*. Для решения многогранных проблем пола нам приготовлен гениальными российскими предшественниками путь, выложенный программами, по которому и нужно смело шагать, неся должную информацию. Требуется не столь много усилий в подготовке специалистов, знающих отечественную культурологию, психологию, социологию, педагогику, философию, богатейшую русскую литературу. Все то, что является мощным экологически чистым информационным оружием профессионального подхода в российской проблеме пола, включая и репродуктивное поведение, которое зачем-то оторвали у россиян от СЗ, должно быть собрано воедино. Кому-то пришло в голову очередное озарение, что он сумеет оскопленного евнуха поставить на конвейер размножения.

Ничего близко подобного в глубочайших исследованиях пола, как в русской литературе, публицистике, эссеистике, философии и медицине, мы не найдем в западной литературе. При опросе студентов старших курсов единицы из них знакомы, и понаслышке с фамилиями: И. Ильин, Л. Карсавин, П. Сорокин, а всех из огромной плеяды россиян, которые создали шедевры умозаключений о поле и любви, не слышали. Ни один из студентов не смог рассказать содержание рассказа И. Бунина «Солнечный удар», как и наполненные психологией пола и любви рассказы В. Шукшина. Опрос ведется в течение нескольких учебных лет. Мы не говорим о влиянии живописи или музыки на медицину, формирование личности будущего врача. Современному студенту доступна классическая и народная музыка, но не воспринимаемая большинством. Однако некоторые слушали непродолжительно композицию Феликса Мендельсона. При этом запомнили фамилию автора. Но ни один не был в доме музея Федора Ивановича Достоевского, когда гений человечества

находился в ссылке, на поселении в городе Кузнецке. Познавательная предпримчивость отсутствует. Так, что за «интеллигенцию» мы готовим? Даже на вторую часть Аиды они явно не пойдут! Поэтому, создавая общее информационное поле о СЗ, выполняя главную роль, мы ставим более близкую и вызывающую интерес студентов: достижение согласия в споре с партнером противоположного пола с выравниванием уровней сексуальной культуры в паре. Если они не будут владеть методикой, то, получив возможности врачебной деятельности, в большинстве столкнутся не только с проблемами адаптации к пациентам, тем более в известной ситуации, что чем меньше клинических проявлений патологии удастся обнаружить у больного, тем более тонкие психологические инструменты опроса, анализа жалоб, нужны в арсенале клинического мышления врача. Несмотря на все бесконечные новации в медицине новейшей истории государства российского, тем более нанотехнические, искусство врача останется не заменимым. Можно оспаривать цифры, но ТЭРА, а это формула интеллекта в подавляющем числе очень низка: Т – творческий склад, Э – эрудиционный склад, Р – рутинность, А – активность. Все показатели взаимосвязаны и в сумме дают константу. Остается надеяться на закон Кларка, что с возрастом Э возрастает, если не сотрет Р. Сегодня, рутинность легко строит всяческие железобетонные конструкции, дабы отвлечь от личностного роста, а творческий процесс развития человека разбить, прекратив социализацию. Можно вводить ЕГЭ, но как в формировании личности будет вести ТЭРА остается проблемой. Отметим единственное и закономерное, что все и вся у человека тесно связано с полом. Трудность консультирования и просвещения, при всей неосведомленности, искаженности врачей общей практики знаний о поле заключаются, прежде всего, в возможности наладить отношения с консультируемым. В этом мы видим задачу обучения коммуникативному тренингу студентов.

Впрочем! Дело за малым – повсеместное введение курсов сексологии, в информационной основе которых находится социокультурное направление, и подготовка специалистов по различным областям знаний о поле. От антенатальной сексологии до геронтологии. Проблемы пола должны стать институциональной программой: от философии, медицинской психологии, урологии и всех кафедр, имеющих отношение к сексуальной медицине, но основанной на нашей великой русской культуре.

Тренинг партнерской коммуникативной установки в студенческой паре

О.К. Яценко., П.К. Савинцев
Кемерово

Сексуальное здоровье (СЗ) есть комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность и способность к любви. Сексуальная функция человека осуществляет две цели: прокреативную и рекреативную. Прокреативная цель половой функции человека заключается в продолжении человеческого рода, в способности к деторождению. Рекреативная сторона половой функции заключается в реализации

специфических половых взаимоотношений, в реализации чувства любви, в реализации эмоционального комплекса, связанного с любовью. Сегодня более пишут и обсуждают соматические аспекты половой функции: способность к эрекции, эякуляции. Отмечена весьма негативная тенденция – это увлеченность количественной стороной сексуального здоровья. Эта якобы инновационная направленность среди урологов и венерологов с организацией «мужских консультаций» и массовым увлечением у мужской части населения лечению простатита, обусловленного ИППП, а на самом деле вулгаризмом средств массовой информации. Рекламой со стороны фармацевтических фирм, инициаторов лечения простаты методом «золотого стандарта». Исторически сложился большой интерес к урологическим заболеваниям у мужчин и гинекологическим – у женщин как основной причине для возникновения сексуальных расстройств. Целый период в XX в. заняло учение о гонорее как причине импотенции, а затем о простатитах, колликулитах в том же значении. Однако известные урологи (Б.Н. Хольцов) уже давно отмечали роль психогенных факторов в половой слабости, традиционно относимых к урологической патологии (1926). По данным Д.Я. Рапопорта, половая слабость после всесторонне вылеченного простатита остается; он требует не урологического лечения, а психотерапии и реабилитационных мероприятий. Поэтому прогноз следует делать по тенденциям общественной жизни, которая развивается по спирали. Соответственно цикличность наблюдается в развитии наук. Так что на основании исторического анализа предыдущего опыта следует предположить, что все направления, которые сегодня завышены и актуализируются, нежизнеспособны, поскольку тенденции ятрогенно локалистичны, концепции и взгляды неоднократно терпели провал. Подходит время начала нынешнего века, которое закономерно приведет к нарастанию консерватизма, в частности к укреплению традиционной семьи. Несомненно, но возрастет роль женщины в семье. Поэтому мы вернемся к определению СЗ, значению личности, коммуникабельности человека (во всех сферах жизни) и чувству любви, как творческому процессу, когда человек шел ровно к представлению об абсолютном через все стадии психосексуального развития. «Великие потрясения», как и всегда сопротивляясь, но уходят, а нам нужна «Великая Россия». Как известно первичной ячейкой государства является семья. От ее крепости зависит многое. За прошедшие десятилетия российская семья подверглась тяжелым испытаниям. Подавляющее большинство молодого поколения утратили традиционную культуру коммуникации в общении полов. На это указывали психологические исследования, проведенные нами в конце 90-х годов XX века. Проведена сравнительная характеристика с результатами в 2010 году. Отмечена нарастающая положительная динамика, особенно в сфере мотиваций. Приоритетны: создание семьи, чувство любви, преданность и честность по отношению друг к другу.

Во время занятий в группе студентов предлагается добровольцам разных полов разыграть сцены ревности, бытового конфликта с задачей выйти из взаимообвиняющего диалога, преодолев создавшуюся отчужденность по половым признакам: «почему вы мужики все такие», «вам женщинам верить нельзя», и подойти к эмоциональному единству. Вся психологическая помощь преподавателя нацелена на способность партнеров воспринимать общение с противоположным полом как творческий процесс. В группах студентов настолько разнообразны личностные особенности, от гипертимной акцентуации

до сенситивной. Творческий подход к диалогу на заданную тему вызывает значительный интерес, как у участников психологического тренинга, так и всех окружающих. В итоге, некоторые признаются в том, что шли по сценарию своих родителей.

Для психологической коррекции игровых дисгармоний половых отношений нами была разработана методика коммуникативного развивающего обучения как рекомендация по творческому тренингу на жизнь при общении с противоположным полом.

1. Партнерское общение (диалог) предполагает взаимодействие личностных смыслов и переживаний партнеров, в результате которых происходит их соизменение (развитие). Как альтернатива отыгрывалось псевдопартнерское общение, попытка изменить партнера, но не измениться самому, попытка воздействовать, но не взаимодействовать.

2. Результат взаимодействия не должен быть запрограммирован. Попытка жестко запрограммировать результат блокирует контакт. Поскольку в подобной ситуации обрывается коммуникабельность, теряется творческий смысл общения.

3. Основные установки:

а) установка на партнера (предполагает безоценочное принятие личности партнера (ши) как уникальной и неповторимой, неутилитарности отношения к противоположному полу, а центрированности на нем);

б) принятия себя как уникальной индивидуальности;

в) желание представить себя партнеру и дать ему возможность пережить уважение к противоположному полу, как личности.

4. Анализ нашей работы позволяет нам выделить следующие коммуникативные позиции: а) позиция «Верх», при которой икс пытается определиться в ситуации общения выше игрек (учит, оценивает, судит, дает советы, ограничивает инициативу партнера); б) позиция «Низ», где икс пытается определиться в ситуации общения ниже игрек (позиция беспомощности, менее компетентного, слабого, пассивного); в) позиция «Рядом», при которой партнеры чувствуют свою неодинаковость, ориентируются на взаимную ценность, независимо от родительского статуса, жизненного опыта.

Позиции в общении могут быть гибкими и свободно меняться, притом, что позиция «Рядом» является основной, способствующей полноценному развитию партнеров и их отношений.

Психологические задачи, которые должны уметь выполнять молодые люди в процессе установления и развития межличностного контакта:

А. Климат – создание оптимальной атмосферы, располагающей к взаимодействию (центрация на партнере, интерес к его инаковости, безоценочность). Все вышесказанное является коммуникативной установкой.

Б. Ориентация в обстоятельствах партнера (его состоянии, мыслях), стремление и умение вчувствоваться в партнера, присоединиться к его психологическому состоянию; стремление и умение понять партнера, перейти в плоскость его проблем, смыслов его мировоспитания. Умение слушать и понимать.

В. Самоопределение – желание и умение осознать и выразить себя, донести до партнера свои мысли, чувства (эффективность выполнения этой же задачи зависит от степени конгруентности переживания, осознания и выражения).

Несостоятельность будущего мужчины и женщины в решении коммуникативных задач приводит к дезадаптации при создании семьи, нарушает ре-

продуктивное поведение. Развившаяся супружеская дисгамия обязательно приводит к сексуальной дисгармонии, распаду семьи. При изначально сексуальной дисгармонии подобного, как доказано Я. Рейковским (1981), не бывает. Коммуникабельность в стремлении сохранить отношения по полу, чувство любви опускают сексуальную функцию на полку не столь значимой ценности. Гармоничные интимные отношения восстанавливаются, однако, в некоторых случаях требуют психокоррекции по отношению партнеров. Отнюдь не досадных ятрогенных вмешательств, направленных на поддержание фаллического культа. Человек, ориентированный на генитальный тип поведения, а не по восприятию пола как личности, никогда не сможет понять своего состояния. Уровень культуры, эрудиции не позволит осознать простые и доступные человеческие ценности.

Разработанный нами тренинг коммуникативных установок может быть применен в любой студенческой аудитории, для разрядки общей ситуации усталости, но принимает при этом огромное перспективное значение.

Комбинированное лазерное лечение больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы с большой массой железы (> 80 г)

Е.А. Куандыков, С.Б. Шалекенов, Т.Г. Анафин

Алматы

В последнее десятилетие фотоселективная лазерная вапоризация доброкачественной гиперплазии предстательной железы с использованием Green Light лазера на основе калий-титан-фосфатного стала широко использоваться как альтернатива трансуретральной резекции. Проведенные многочисленные клинические исследования показали хороший результат его использования сопоставимый с результатами лечения трансуретральной резекцией.

Фотоселективная лазерная вапоризация показала себя как безопасная операция, при ее проведении происходит комбинация удаления ткани и одновременной коагуляции, что приводит к фактически бескровной операции без поглощения ирригационной жидкости. В последние годы появились работы по использованию КТФ лазера при больших железах у больных, принимающих антикоагулянты.

Несмотря на то, что при проведении фотоселективной лазерной вапоризации получены хорошие результаты были описаны и недостатки, в частности более длительное время операции по сравнению с ТУР, а также более длительная дизурия, поздняя гематурия и острая задержка мочи. Данные осложнения обусловлены наличием обширного некротического струпа, который отходит длительное время.

В последние годы прогрессом в лазерном лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы было внедрение «Urobit». При его использовании в режиме «стандарт LPS» происходит глубокое проникновение в ткани (до 10 мм).

В исследование включено 240 больных, которым проводилась фотоселективная лазерная вапоризация с использованием «Green Light» мощностью

80 Вт с августа 2005 г. и 54 больных, у которых использовался «UroBim» с декабря 2008 г. Все отобранные больные имели выраженную инфравезикальную обструкцию, максимальную скорость мочеиспускания (Q_{max}) < 5 мл/секунду, остаточный объем мочи (PVR) > 200 мл, показатели IPSS > 20, масса железы при ТРУЗИ > 80. Кроме того, 60% больных получали антикоагулянты. Из исследования были исключены больные с подозрением на рак предстательной железы PSS < 3 нг/мл.

В исследовании были использованы «Green Light» мощностью 80 Вт с длиной волны 532 нм и «UroBim» на основе Nd:-YAG с длиной волны 940 нм.

Анализ результатов лечения проводился через 3 месяца после лечения по показателям: объем простаты, Q_{max} , IPSS и выраженности дизурии (таб. 1).

Таблица 1
Предоперационные параметры больных ДГПЖ

Показатели	«Green Light»	«UroBim»
Количество пациентов	240	54
Возраст (лет)	74,4±7,6	69,92±8,5
Q_{max} (ml/sec)	4,5±0,7	4,3±3,5
PVR (ml)	357,8±179,4	228,33±178,83
IPSS	27,9±3,9	31,8±4,6
Масса железы (г)	95,1±19,1	69,9±34,4
Катетеризация (часы)	94 (39,2%)	18 (33,3%)
Антикоагулянты	172 (71,7%)	34 (63%)

В связи с тем, что у всех больных масса предстательной железы была > 80 г, 60 пациентам после фотоселективной лазерной вапоризации с использованием «Green Light» и 20 больным – «UroBim» проведено комбинированное лечение с использованием трансуретральной резекции.

В таблице 2 представлено, что после лечения с использованием лазерных аппаратов «Green Light» и «UroBim» показатели IPSS, Q_{max} , масса железы до-

Таблица 2
Результаты оперативного лечения больных ДГПЖ с массой железы > 80 г в наблюдении 3 месяцев

Показатели	«Green Light» n=180	«UroBim» n=34	«G/U» + TYR n=80
IPSS	10,4±0,7	9,54±0,6	7,8±1,2
Q_{max} (ml/sec)	14,7±3,1	16±2,12	19±3,2
PVR (ml)	44,3±19,3	17±7,18	5,8±9,4
Масса железы (г)	34,8±10,7	26,4±4,5	24,3±7,7
Катетеризация (час)	70,7±28,7	25,44±4,56	101,9±10,4
дизурия	48 (26,6%)	11 (32,4%)	9 (11,25%)
p<0,05			

стоверно не отличались в сроки наблюдения через 3 месяца ($p < 0,05$). Объем остаточной мочи и сроки катетеризации были значительно меньше у больных, получивших лечение аппаратом «Urobim» ($p < 0,05$). Частота дизурии после данного метода лечения была выше, чем после использования «Green Light».

При комбинированном лечении с использованием трансуретральной резекции некротического струпа все показатели были достоверно лучше: IPSS $7,8 \pm 1,2$ баллов, Q max $19 \pm 3,2$ ml/sec, PVR $5,8 \pm 9,4$ ml, масса железы $24,3 \pm 7,7$ г, дизурия отмечалась у 9 (11,25%) ($p < 0,05$). Сроки катетеризации после комбинированного лечения были больше $101,9 \pm 10,4$ часа, так как у больных имелась в наличии троакарная эпицистостома. Интраоперационные и послеоперационные осложнения были незначительные после всех методов лечения и не различались.

Следовательно, данные, полученные в результате проведенного исследования, показали, что лазерная вапоризация Green Light HPS 80-W и «Urobim» является безопасной и высоко эффективной методикой лечения больных ДГПЖ с массой железы больше 80 г. При ее проведении отсутствует кровотечение, что позволяет проводить ее у больных, принимающих антикоагулянты. Однако наиболее частым осложнением после операции является дизурия, которая длительное время ухудшает качество жизни пациентов и требует дополнительных методов лечения. Дизурия обусловлена тем, что некротический струп длительно отходит, около 1–3 месяцев. Комбинированная лазерная терапия и трансуретральная резекция ДГПЖ позволяют снизить количество дизурий в послеоперационном периоде за счет того, что некротический струп удаляется во время операции. При исследовании гистологического материала глубина некроза ткани после использования Green Light HPS 80-W составляет 0,8 см и после «Urobim» – 0,8–1,0 см. Небольшое количество больных, которым проведено комплексное лечение, не может в полной мере показать эффективность данного метода лечения, однако, данные исследования продолжают проводиться и их результаты будут сообщены в будущем.

Эффективность комбинированного применения препаратов «Импза» и «Афала» как противорецидивного лечения у пациентов с синдромом хронической тазовой боли

А.Ч. Усупбаев, З.Ш. Хакимходжаев

Бишкек

Хронический простатит (ХП), и в особенности его абактериальные формы, являются серьезной проблемой, решение которой до сих пор остается открытой. Клинические проявления данного заболевания значительно отражаются на качестве жизни (КЖ) этих пациентов и сопоставимы с КЖ больных с острым инфарктом миокарда, с болезнью Крона. Отмечается большое разнообразие во взглядах как на клиническую оценку различных форм ХП, так и этиопатогенетических механизмов данного заболевания, а существующие на

сегодняшний день подходы в лечении не несут в себе той ожидаемой эффективности.

Целью данной работы было изучить ближайшие и отдаленные результаты комбинированного применения препаратов импаза и афала как противоречивого метода лечения абактериальных форм хронического простатита (категории III A, B), и их влияние на качество жизни этих больных.

В исследование были включены 81 больной (средний возраст 34,3 года) с диагнозом хронический абактериальный простатит/синдром хронической тазовой боли (ХабП/СХТБ), из них 45 пациентов – категория III A, 36 пациентов – категория III B.

Всем пациентам были проведены следующие методы исследования: лабораторное, УЗ исследование, урофлоуметрия. Также все пациенты заполнили оценочные шкалы:

- 1) Шкала симптомов ХП (NIH-CPSI);
- 2) Международный индекс эректильной функции (ИЭФ);
- 3) Шкала SF-36 по оценке качества жизни, связанного со здоровьем.

Пациенты каждой категории ХабП/СХТБ были разделены на 2 группы. Контрольная – получали этиопатогенетическое лечение ХабП/СХТБ, рекомендованное в клинических протоколах Европейской ассоциации урологов (ЕАУ), и в последующем следовавшие общепринятым рекомендациям по профилактике ХП (диета, образ жизни); основная – в дополнение к стандартному методу лечения получавшие препараты импаза и афала по рекомендуемым схемам в течение 6 месяцев во время и после основного лечения.

По нашему мнению, основной причиной, ведущей к снижению КЖ у больных ХабП/СХТБ является нарушение субъективной адаптации больного к своему заболеванию, с формированием типичных форм поведения и возникновением психовегетативных симптомов в области таза и наружных половых органов. При анализе результатов опросника SF-36 по оценке качества жизни, связанного со здоровьем, всех пациентов наблюдалось значительное снижение КЖ, в особенности ее психического компонента. При этом наиболее распространенными причинами беспокойства по поводу ХП были развитие таких осложнений, как импотенция (76,3%) и бесплодие (64,5%). Основным проявлением ограничения жизнедеятельности исследуемых пациентов было частое посещение врача-уролога, в среднем, 1,7–2,9 раза в год, как с диагностической, так и лечебной целью.

Основываясь на вышеизложенном, нам виделась необходимость разработки синдромально и патогенетически обоснованного метода профилактики ХабП/СХТБ, который также был бы безопасен для организма при длительном приеме. При анализе существующих на рынке лекарственных средств, выбор пал на комбинацию препаратов афала и импаза. Афала обладает доказанным противовоспалительным и противоопролиферативным свойством в ПЖ, импаза, являясь донатором NO, могла бы улучшить микроциркуляцию в органах малого таза, при этом улучшив как обменные процессы непосредственно в ПЖ, так и снизить проявления нейровегетативных расстройств в области наружных половых органов. Также являясь средством от эректильной дисфункции, импаза способствовала бы улучшению сексуальной функции у больных ХабП/СХТБ, что также благотворно сказалось бы на психоэмоциональном

фоне данных пациентов. Кроме того, безопасность данных препаратов позволяет принимать их периодически и длительно в качестве профилактики ХП.

При анализе результатов выраженности болевой и дизурической симптоматики по международной шкале NIH-CPSI сразу, ч/з 6 и 12 месяцев после лечения в основной и контрольной группах в различных диагностических категориях были получены следующие результаты. После лечения выраженность симптомов у больных основной группы была значительно ниже, чем у больных контрольной группы (ср. баллы $7,4 \pm 1,8$ и $14,0 \pm 2,6$, соответственно).

Разница в выраженности симптомов стабильно сохранялась ч/з 6 и 12 месяцев после полученного лечения. Если через 6 месяцев после лечения у больных основной группы выраженность симптомов составляла $8,0 \pm 1,6$, то у больных контрольной группы – $17,1 \pm 2,5$, т.е. почти в 2 раза больше.

При исследовании сексуальной функции по шкале ПЕФ в контрольной группе значительных изменений сексуальной функции в целом до и после лечения отмечено не было. В некоторых случаях наблюдались улучшения отдельных показателей таких, как удлинение полового акта, субъективная оценка половой функции, улучшение эрекции. В сравнении с ними, у больных основной группы, получавших препараты импаза и афала, сразу после лечения отмечалось значительное улучшение половой функции. При контроле ч/з 6 и 12 месяцев в основной группе было отмечено стабильное улучшение показателей сексуальной функции по сравнению с результатами в контрольной группе.

У больных основной группы комплексное лечение с применением препаратов импаза и афала наблюдалось заметное улучшение показателей КЖ как психического, так и физического компонентов, при этом суммарный балл КЖ пациентов нормализовался уже через $1,2 \pm 0,4$ месяцев, тогда как у больных контрольной группы лишь к $5,2 \pm 1,6$ месяцев.

Длительность безрецидивного периода у больных основной группы была значительно дольше и равнялась $16,2 \pm 0,8$ месяцев, в сравнении с продолжительностью ремиссии в контрольной группе, которая равнялась $6,6 \pm 1,2$ месяцев.

Таким образом, учитывая то, что на сегодняшний день не существует однозначных алгоритмов лечения ХабП/СХТБ, существует необходимость разработки новых, альтернативных методов профилактики и лечения данной патологии. По результатам нашего исследования обоснованным решением данной проблемы, является комбинированное применение препаратов импаза и афала с целью профилактики рецидива ХабП/СХТБ. Комбинация этих препаратов воздействует как на основные патогенетические механизмы развития и рецидивирующего течения ХабП/СХТБ, так и на основные синдромы играющие непосредственную роль в снижении КЖ данных больных, позволяя закрепить эффект от проведенного стандартного лечения и существенно продлить период безрецидивного течения.