

МАТЕРІАЛИ КОНГРЕСУ АСОЦІАЦІЇ УРОЛОГІВ УКРАЇНИ, м. Київ, 18–20 червня 2015 р.

ВИЗНАЧЕННЯ ДИСЕМІНОВАНИХ ПУХЛИННИХ КЛІТИН У КІСТКОВОМУ МОЗКУ ТА ПЕРИФЕРІЙНІЙ КРОВІ У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

С.О. Возіанов¹, В.С. Сакало¹, В.М. Григоренко¹, Ю.В. Жильчук¹, А.В. Сакало¹,
В.В. Мрачковський², А.В. Кондратенко², О.А. Черниченко¹, Р.О. Данилець¹, В.О. Владіміров²

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

² Київський міський клінічний онкологічний центр, м. Київ

Вступ. При багатьох злоякісних епітеліальних пухлинах резидуальні пухлинні клітини залишаються в організмі після лікування та не виявляються в періоді спостереження. Існують припущення, що формування метастазів може походити з дисемінованих пухлинних клітин (ДПК), значна частина яких залишається в «дрімаючому» стані протягом тривалого періоду спостереження. У кінцевому рахунку резидуальні клітини «відроджуються» з латентного стану та продовжують свій ріст спричиняючи рецидив захворювання. Добре відомо, що для багатьох локалізацій пухлинного процесу характерні певні органи і тканини організму як мішені переважного метастазування. Для раку передміхурової залози (РПЗ) такою мішенню часто є кістковий мозок (КМ) і кістки. Умови, що необхідні для переходу цих клітин в активну фазу та відповідно розвитку метастазів, мало вивчені. Принципово важливим для розробки підходів до антиметастатичної терапії є чітке уявлення про механізми так званого хомінг-ефекту і умови створення та тривалого виживання віддалених мікрометастазів. Роль клітин КМ як компонентів пухлинного мікрооточення недостатньо вивчена. Це не тільки кровотворні клітини, але й клітини, здатні утворювати інші тканинні структури, такі як судини та капіляри. Усі ці клітини є активними продуцентами цитокінів і хемокінів, які безперечно впливають на долю ДПК. Більш того, саме ці розчинні компоненти часто й зумовлюють локалізацію мікрометастазів. Вивчення молекул, що необхідні для метастазування, латентного протікання та рецидивування, необхідне для розробки більш ефективних лікувальних підходів, а розуміння шляхів переходу резидуальних пухлинних клітин дасть можливість розробити таргетну терапію, запобігаючи рецидивуванню ракового процесу.

Мета дослідження: визначення ДПК, цитокінового статусу в периферійній крові та КМ у хворих на рак передміхурової залози.

Матеріали і методи досліджень. У період з 2014 до 2015 року на базі ДУ «Інститут урології НАМН України» та Київського міського клінічного онкологічного центру запланований набір 60 пацієнтів з клінічно локалізованим РПЗ, що підлягали радикальній простатектомії. На даний момент включено в дослідження 55 пацієнтів. Одночасно під час операції пацієнтам проводили стерильну пункцію кісткового мозку та забір периферійної крові. Вік пацієнтів був від 56 до 74 років (середній вік 62,3 року). Значення ПСА складало від 3 до 48 нг/мл (середнє 8,2 нг/мл). 22 пацієнтам провели ендокірургічну, 28 – відкриту операції. 32 пацієнтам зі значенням ПСА > 10 нг/мл була проведена стандартна тазова лімфаденектомія. Порівняльна характеристика хворих буде основана на результатах безрецидивної виживаності, оскільки наявність у пацієнтів раннього біохімічного рецидиву свідчить про системний рецидив, оскільки наслідок зниження загальної виживаності. Біохімічний рецидив розцінюється при значенні ПСА > 0,2 нг/мл. Разом із визначенням ДПК буде також оцінена біологічна активність деяких цитокінів, таких як TNF, IFN, CSF-1, які можуть свідчити про активність пухлинних клітин у КМ. Використовуються загальноклінічні, інструментальні, гістологічні, імуноцитохімічні, біоаналітичні, статистичні методи.

Результати. Із 50 прооперованих пацієнтів 38 (76%) мали рT₂ стадію та 12 (24%) – рT₃. Метастази в лімфатичних вузлах виявлено у 3 (6%) пацієнтів, біохімічний рецидив – у 12 (24%).

Висновки. Дослідження дисемінованих та циркулюючих пухлинних клітин відкриває нові можливості у виявленні, розумінні та поперед-

женні раннього метастазування і в подальшому дасть змогу індивідуалізувати лікувальну тактику.

Адреса для листування

В.С. Сакало

E-mail: valerii.sakalo.si@gmail.com

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОПОРОЗУ ДЕНОСУМАБОМ У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

С.О. Возіанов ¹, В.С. Сакало ¹, О.А. Черниченко ¹, А.В. Сакало ¹,
П.Г. Яковлев ², Ю.В. Жильчук ¹

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Київський міський клінічний онкологічний центр

Вступ. Андроген-деприваційна терапія (АДТ) є стандартом лікування пацієнтів з метастатичним захворюванням на рак передміхурової залози (РПЗ), що також використовується для лікування неметастатичного та біохімічно-рецидивуючого РПЗ. АДТ збільшує швидкість втрати мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ), викликаючи остеопороз. У лікуванні остеопорозу у хворих на РПЗ застосовують антирезорбтивну терапію (АТ), у якій найефективніше застосовують бісфосфонат, золедронову кислоту (ЗК) та інгібітор RANKL-лігандиденосумаб (Д). Клінічний інтерес представляють результати лікування хворих на РПЗ з остеопорозом Д, які до цього отримували золедронову кислоту.

Мета дослідження: оцінити ефективність зміни антирезорбтивної терапії на МЩКТ у хворих на РПЗ, що перебувають на АДТ та мають діагностований остеопороз, з приводу якого пацієнти попередньо отримували ЗК і перейшли на прийом Д, у порівнянні з хворими, які отримували тільки ЗК.

Матеріали та методи дослідження. ЗК та Д з вітаміном Д₃ (800 МО/добу) та кальцієм (1500 мг/добу) призначені 44 хворим на місцево-поширений не метастатичний РПЗ. До I групи «ЗК» належало 22 хворих, які отримували ЗК протягом 2 років (внутрішньовенне введення 5 мг ЗК один раз на рік). Іншим 22 хворим (II група «ЗК→Д») через рік після введення ЗК призначали Д 60 мг підшкірно один раз на 6 місяців протягом одного року. Хворі отримували

АДТ у безперервному режимі тривалістю від 0 до 36 місяців (16,4±11,3) та мали встановлений діагноз остеопороз за данини денситометрії поперекового відділу хребта та проксимального відділу стегна. Оцінку МЩКТ проводили, використовуючи T^{SD}індекс (кількість стандартних відхилень вище і нижче середнього показника піка кісткової маси чоловіків віком 30–35 років). T^{SD}< – 2,5 вважали остеопорозом. Середній T^{SD} індекс визначали в обох групах перед призначенням ЗК, через 1 та 2 роки. Результати порівнювали з визначенням різниці (%) між початковим та кінцевим T^{SD} індексу (через 2 роки). Також визначали середній рівень кальцію крові (КК) та добової сечі (КС), паратгормону (ПТГ), остеокальцину (О), лужної фосфатази (ЛФ) перед початком дослідження та через 2 роки.

Результати. За результатами досліджень T^{SD} індекс стегна збільшився на 4,4% (1,61–6,90%) за 2 роки у пацієнтів, які після прийому ЗК перейшли на Д у порівнянні зі збільшенням на 2,52% (0,76–4,34%) у хворих, що продовжували отримувати тільки ЗК. Різниця між групами лікування склала 1,88% з більшим T^{SD} індексом у хворих, яким призначали Д. T^{SD} індекс поперекового відділу хребта у групі «ЗК→Д» збільшився на 4,95% (2,63–7,44%) за 2 роки лікування, а у групі «ЗК» МЩКТ збільшилася на 3,03% (1,44–5,08%) з 1,92% різниці між групами з перевагою у групі «ЗК→Д».

Рівень КК через 2 роки в середньому склав 2,42±0,12 у пацієнтів I групи та 2,38±

0,16 ммоль/л у пацієнтів II групи. КС складав $4,3 \pm 0,12$ у хворих групи «ЗК» та $3,9 \pm 0,16$ ммоль/добу у пацієнтів групи «ЗК→Д». ПТГ знизився до $39,9 \pm 1,8$ у групі «ЗК» та — до $37,8 \pm 1,2$ нг/мл у групі «ЗК→Д». Рівень О I групи був у межах норми і складав $20,7 \pm 9,6$ та $19,3 \pm 10,6$ нг/мл у пацієнтів II групи. Рівень ЛФ у хворих групи «ЗК» та «ЗК→Д» склали $68,1 \pm 21,6$ Од/л та $67,3 \pm 22,0$ відповідно.

Висновок. Антирезорбтивна терапія зі застосуванням Д після прийому ЗК може підви-

щити ефективність лікування остеопорозу у хворих на РПЗ, що отримують АДТ. Результати ефективності запропонованої АТ відображені у підвищенні T^{SD} індексу МЩКТ стегнової кістки на 1,88% та T^{SD} індексу поперекового відділу хребта на 3,03% у хворих, які перейшли з прийому ЗК на Д. Зниження рівнів кальцію крові, кальцію добової сечі, ПТГ, остеокальцину та паратгормону, що переважало у хворих, яким призначено деносумаб, також може свідчити про більшу ефективність терапії зі застосуванням Д.

Адреса для листування

В.С. Сакало

E-mail: valerii.sakalo.si@gmail.com

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ВАРИКОЦЕЛЕ

М.І. Бойко^{1,2}, С.П. Пасечніков², О.М. Бойко¹

¹ ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС

² Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Варикоцеле — зрощення вен гроноподібного сплетення сім'яного канатика є досить поширеним у загальній популяції захворюванням. За даними різних авторів, частота виявлення варикозного розширення вен сім'яного канатика коливається від 14% до 21%. Як правило, варикоцеле не викликає скарг і не змушує пацієнта звертатись за медичною допомогою самостійно. Частіше його виявляють при проведенні профілактичних оглядів у підлітків. Але великий відсоток пацієнтів залишається без належної уваги, що і призводить з часом до безпліддя. Здебільшого це відбувається внаслідок відсутності рекомендацій, щодо діагностики та лікування цього захворювання. До цього часу серед клінічних лікарів існує думка про можливість самостійного зникнення варикозного розширення вен сім'яного канатика та позитивний ефект консервативного лікування. Крім того, ши-

роко обговорюється питання показань до хірургічного лікування та вибору методу оперативного втручання. На даний момент в Україні не існує чіткого алгоритму ведення пацієнтів з варикоцеле. Нами порівнювались три хірургічні методи лікування варикоцеле, визначались переваги і недоліки кожного з них та оцінювались їх безпечність та ефективність. У результаті проведеного дослідження було визначено, що субінгвінальна мікροхірургічна варикоцелектомія є найбільш ефективним та безпечним методом лікування варикоцеле, який значно скорочує час перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні. А також була зроблена спроба обґрунтовано дати відповіді на питання діагностики та лікування варикоцеле, шляхом стандартизації тактики ведення пацієнтів, що страждають на це захворювання.

Адреса для листування

М.І. Бойко

E-mail: profboiko@gmail.com

ПРИНЦИПИ ЧОЛОВІЧОЇ ЕСТЕТИЧНОЇ ГЕНІТАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

М.І. Бойко

*ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

Статеві органи для самооцінки чоловіка відіграють досить важливу роль, мають функціональне і психосексуальне значення. Функціональна складова відповідає за сечовипускання і репродуктивну функцію. У даний час вони можуть бути відновлені за рахунок сучасних технологічних засобів. Однак будь-які підходи не відновлюють статевий член як психосексуальний орган. У зв'язку з цим його деформація або втрата є драматичною для будь-якого чоловіка. У цьому випадку необхідною може стати пластична хірургія та її сучасні напрацювання.

Пластичні генітальні операції у чоловіків діляться на два види: функціональні та естетичні. Перші усувають ті дефекти, які перешкоджають нормальному функціонуванню органа. Естетичні – корегують косметичний дефект, але в той же час опосередковано впливають на функцію органів. Чоловік, який перестав соромитися того, як виглядає його статевий орган, стає більш активним і впевненим у собі, не уникає статевих контактів, його сексуальне життя налагоджується, зникають застійні явища в статевих органах, в результаті чого фізичне здоров'я значно поліпшується.

До функціональних операцій належать: ендофаллопротезування, вазовазостомія, епіді-

мовазоанастомоз, обрізання крайньої плоті, пластика вуздечки, усунення кривизни статевого члена, варикоцелектомія. До естетичних: подовження, потовщення статевого члена, збільшення голівки, пластику мошонки, ендопротезування яєчок, ліпосакція лобка, відновлення крайньої плоті. Деякі операції можуть виконуватись як з функціональною, так і з естетичною метою.

При наявності хорошої хірургічної техніки і достатнього досвіду лікаря необхідно пам'ятати, що основна мета естетичної хірургії – не відновлення функції, а підвищення якості життя. Естетичні операції на статевих органах не є абсолютно необхідними і в більшості випадків спрямовані на поліпшення зовнішнього вигляду здорових і нормально функціонуючих органів. При прийнятті рішення до операції головним є бажання пацієнта, але при цьому він повинен мати достатньо інформації для адекватної оцінки складності, ризику і потенційних ускладнень операцій.

Найчастіше чоловіки бажають збільшити статеві органи з метою посилення зовнішньої привабливості, підвищення почуття власної гідності і самооцінки, усунення диспропорції та поліпшення якості сексуальних взаємин.

Адреса для листування

М.І. Бойко
E-mail: profboiko@gmail.com

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ЧОЛОВІКІВ

Ф.І. Костєв, О.В. Руденко, Л.І. Красиліук

Одеський національний медичний університет

Метою нашого дослідження є обґрунтування диференційованого підходу до лікувальної тактики синдрому хронічного тазового болю (СХТБ) у чоловіків.

На базі клініки урології 10 МКЛ м.Одеси нами обстежено 35 чоловіків із СХТБ віком від 18 до 60 років. Обстеження включало: анкетування, огляд, лабораторне дослідження крові, сечі,

секрету передміхурової залози, ультразвукове дослідження передміхурової залози, сечового міхура, органів мошонки; ультрасонографію судин малого таза, рентгенографію, комп'ютерну томографію, нейрофізіологічне дослідження, консультування невропатологом та проктологом за показаннями.

Згідно з результатами обстеження хворі були розділені на групи, виходячи з оцінки основних чинників розвитку СХТБ. На підставі Нантських критеріїв у 16 чоловіків виявлено ураження статевого нерва – пудендопатія, у 10 – міофасціальний больовий синдром, у 7 – порушення кровообігу в судинах малого таза, а у 2 – уретропростатичний рефлюкс.

Розподіл хворих відповідно до основних чинників розвитку патології дав змогу призначити патогенетично спрямоване лікування. Ефек-

тивність лікування оцінювалася шляхом анкетування.

Окрім загально прийнятої терапії хворим із пудендопатією виконувалася блокада гілок статевого нерва, хворим із міофасціальним больовим синдромом та уретропростатичним рефлюксом призначалися препарати з периферичною міорелаксантиною та адренергічною дією, ефективність яких була підтверджена нами в експерименті, а хворим з порушенням кровообігу в судинах малого таза – флеботонічні препарати та лікувальна гімнастика.

Оцінка результатів показала більшу ефективність та коротшу тривалість лікування.

Отже, диференційований підхід до діагностики та лікування СХТБ у чоловіків дозволяє призначити патогенетично спрямоване лікування, покращити якість життя хворих та скоротити тривалість лікування.

Адреса для листування

О.В. Руденко

E-mail: ddoctor@online.ua

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В КРОВИ И МОЧЕ БОЛЬНЫХ С АКТИВНО ПРОТЕКАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Хаддад Сами, А.В. Борисов

Одесский национальный медицинский университет

Хронический рецидивирующий калькулезный пиелонефрит является одной из основных причин нефросклероза и развития хронической почечной недостаточности.

До 10% пациентов, нуждающихся в проведении программного гемодиализа, составляют больные мочекаменной болезнью, осложненной хроническим пиелонефритом.

Установлено, что наличие хронического рецидивирующего калькулезного пиелонефрита обусловлено совпадающими во времени проявлениями вирулентных свойств персистирующих бактерий, изменениями резистентности организма и нарушением внутривисцеральной гемодинамики, которые в значительной мере инициируются самим инфекционным агентом, отрицательно влияющим на течение патологического

процесса и эффективность лечебных мероприятий.

С целью повышения эффективности методов клиничко-лабораторного подтверждения наличия обострения ХКП проведено исследование ряда провоспалительных факторов, к которым относятся (простагландины, лейкотриены) в сыворотке крови и моче больных.

Обследовался 41 больной хроническим калькулезным пиелонефритом. В группу здоровых лиц вошли 27 человек в возрасте от 19 до 45 лет.

Данные проведенных исследований позволили установить существенное повышение содержания изучаемых эйкозаноидов, отмечено значительное снижение активности процессов детоксикации и угнетение метаболических пре-

вращений в организме больных активно протекающих ХКП.

Установленные закономерности изменения содержания изучаемых эйкозаноидов позволяют повысить информативность дифференциальной

диагностики активной фазы ХКП и оптимизировать комплексную противовоспалительную, антибактериальную терапию, а также корригирующую метаболизм, направленную на предотвращение хронизации процесса и его отдаленных осложнений.

Адреса для листування

А.В. Борисов

E-mail: ddoctor@online.ua

НАРУШЕНИЕ МЕСТНОГО ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ОДНОСТОРОННИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ПОЧКАХ

В.П. Стусь, И.С. Шпонька, К.С. Баранник, А.В. Пославская

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

В эксперименте на 24 белых половозрелых крысах линии Вистар создавали постоянную ишемию левой почки путем перевязывания ее артерии на 15 крысах (группа А), острое нарушение уродинамики левой почки путем перевязывания мочеточника на уровне $v/3$ на 4 крысах (группа В) и моделировали оба патологических состояния на 5 крысах (группа С). Состояние паренхимы почки десяти относительно здоровых крыс брали за контроль (контрольная группа) для сравнения. При гистологическом исследовании использовались основные моноклональные антитела к CD3 (воспалительный маркер) и \pm SMA (сосудистый маркер) (ThermoScientific, США).

В экспериментальных почках подгруппы А I (левая почка), которая находилась под влиянием экспериментальной ишемии, при гистологическом исследовании выявлено большое количество полнокровных дилатированных сосудов, отмечался периваскулярный отек стромы и извитой ход. Эпителий большинства канальцев находился в состоянии гидропической дистрофии. Содержание CD3+ Т-клеток для подгруппы А I составило $62,7 \pm 1,5$. В подгруппе В I (уростаз левой экспериментальной почки) на гистологических срезах наблюдалась атрофия канальцев среди склеротического интерстиция, очаги хронического воспаления с большей частью CD3+ Т-лимфоцитов. Количество CD3+ Т-клеток для подгруппы В I составило

$54,1 \pm 0,9$. В экспериментальных почках подгруппы С I выявлены наиболее тяжелые патологические нарушения в паренхиме, которые проявлялись гидронефрозом, склерозом, воспалением с поражением сосудов (дилатация, кровоизлияние, интерстициальный отек). Содержание CD3+ Т-лимфоциты для подгруппы С I составило $58,9 \pm 0,1$.

Основные патологические изменения в контралатеральных «здоровых» почках исследуемых групп крыс проявились в наличии дистрофических изменений в эпителии канальцев, очагов отека и склероза вокруг крупных сосудов, перетубулярных и периваскулярных круглоклеточных воспалительных инфильтратов с содержанием CD3+ Т-клеток (для подгруппы А II – $10,3 \pm 1,2$; для В II – $11,9 \pm 1,1$; для С II – $10,9 \pm 0,8$), которые отличались от контрольной группы ($p < 0,05$), где CD3+ Т-лимфоциты встречались в виде одиночных клеток интерстиция на уровне $2,1 \pm 0,5$.

Таким образом, одностороннее поражение почек у крыс, вследствие экспериментальной ишемии или нарушения уродинамики или одновременно двух патологических состояний приводит к резкому нарушению местного почечного кровотока. В контралатеральных «здоровых» почках также возникают патологические изменения еще до проведения нефрэктомии, что указывает на необходимость их медикаментозной поддержки.

Адреса для листування

К.С. Баранник

E-mail: kostdok@ukr.net

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА. ТАКТИКА УРОЛОГА (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

*И.М. Русинко¹, А.В. Дулепин¹, А.В. Приходько¹, Е.П. Украинец²,
Е.А. Квятковский³, В.В. Коштура⁴*

¹ КУ «Д 12 ТМО» ДОС», г. Днепрпетровск

² КУ «Д ОКБ им. Мечникова» ДОС», г. Днепрпетровск

³ КУ «Д 9 ГКБ» ДОС», г. Днепрпетровск

⁴ КУ «Д 6 ГКБ» ДОС», г. Днепрпетровск

Введение. Инородные тела (ИТ) в переводе с латинского *сogroaaliena* — это чужеродные для организма предметы, внедрившиеся в его ткани, органы или полости через поврежденные покровы или через естественные отверстия. Инородными телами являются также введенные в организм с лечебной целью протезы суставов, клапанов сердца, кровеносных сосудов, скрепляющие костные отломки спицы, стержни, пластины, различные дренажи, тампоны, шовный материал и т.п.

Все ИТ (кроме вводимых с лечебной целью) в большей или меньшей степени загрязнены микроорганизмами. Инфицированные ИТ вызывают гнойное воспаление и поддерживают его длительное течение с образованием незаживающих или периодически открывающихся свищей. В некоторых случаях, например под воздействием антибиотиков, такой воспалительный процесс может стихать, вокруг ИТ формируется толстая пиогенная оболочка.

Малоинфицированные биологически слабоактивные ИТ при относительно небольшой зоне повреждения тканей часто обуславливают умеренную воспалительную реакцию с постепенным формированием фиброзной капсулы. Такие инкапсулированные ИТ могут в течение долгого времени не вызывать клинических симптомов. Под влиянием различных провоцирующих факторов, снижающих сопротивляемость организма (ушиб, инфекционное заболевание и т.д.), возможно обострение воспалительного процесса. Внедрение в сенсibilизированный организм ИТ, содержащих чужеродные белки, может сопровождаться аллергической тканевой реакцией. Вокруг жиросодержащих ИТ возможно развитие липогранулемы. ИТ, располагающиеся вблизи крупных сосудов, иногда приводят к деструкции их стенок с формированием пульсирующей гематомы или развитием аррозивного кровотечения. ИТ, лежащие вблизи нервных стволов и в местах, которые подвергаются повышен-

ному давлению (ладонная поверхность кисти, подошвенная поверхность стопы, область коленных и локтевых суставов, ягодичная, поясничная область и т.д.), могут вызывать болевые ощущения. ИТ, оставленные в брюшной полости во время операции (инструмент, марлевая салфетка) или попавшие в послеоперационном периоде (оторвавшийся дренаж), приводят к развитию внутрибрюшных инфильтратов, абсцессов, перитонита.

В диагностике большое значение имеет анамнез (объяснение характера ранения). Заподозрить наличие ИТ в мягких тканях позволяют осмотр и пальпация. Сквозной раневой канал не исключает наличия инородных тел. Иногда пуля, металлический осколок могут залегать на большом расстоянии от входных ворот, а в ряде случаев находиться в стороне от предполагаемой проекции раневого канала. Возможности рентгенодиагностики зависят от величины и химического состава ИТ. Рентгеноконтрастные ИТ легко различимы на рентгенограмме. Мало-контрастные ИТ выявляются при тщательном рентгенологическом обследовании, которое включает рентгеноскопию, рентгенографию и электро-рентгенографию, а также по показаниям — томографию, фистулографию и др. Мало-контрастные и не-контрастные ИТ могут быть обнаружены с помощью ультразвукового исследования. Длительно незаживающие после ранения свищи и нерассасывающиеся инфильтраты, позднее нагноение в области зажившей раны часто указывают на наличие инородных тел.

Материалы и методы исследования. Описание ИТ в забрюшинном пространстве встречается редко. Мы приводим три случая ИТ извлеченных из забрюшинного пространства при повторных оперативных вмешательствах.

Результаты. Пациент С., 28 лет, в течение года находился на амбулаторном лечении у хирургов и невропатологов после оперативного вмешательства по поводу ножевого ранения пра-

вой поясничной области. В одну из хирургических клиник города в ночное время доставлен пациент С. 27 лет с ножевым ранением правой поясничной области, массивным кровотечением, в шоковом состоянии. Дежурными хирургами urgently выполнена правосторонняя люмботомия, источника кровотечения не найдено, рыхлое тампонирование забрюшинного пространства. Через три дня удален перчаточко-марлевый дренаж, швы сняты на восьмые сутки. Рана зажила вторичным натяжением. С дренажного отверстия скудные слизисто-кровянистые выделения. Пациент выписан на амбулаторное лечение. В течение нескольких месяцев рана не заживала. На МСЕК продлено лечение по больничному листу. Последние два месяца пациент С. стал отмечать затрудненные движения в нижних конечностях, пастозность голеней и стоп. В анализах мочи норма, в анализах крови – лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. В связи с отрицательной динамикой впервые осмотрен урологом через год после получения хулиганской травмы. При осмотре обращает внимание грубый воспаленный послеоперационный рубец, пальпируется патологически подвижная правая почка. В день осмотра выполнена обзорная и экскреторная урография. На урограммах в правой поясничной области на крыле правой подвздошной кости определяются два фрагмента лезвия ножа. Коленообразный изгиб правого мочеточника в верхней трети и грубый фрагмент тела четвертого поясничного позвонка справа. Выставлен диагноз: инородное тело (лезвие ножа) правой поясничной области; правосторонний фиксированный нефроптоз; отрыв фрагмента тела четвертого поясничного позвонка; незаживающий свищ послеоперационного рубца.

После лабораторного обследования под эндотрахеальным наркозом пациенту выполнена операция – правосторонняя люмботомия с иссечением старого послеоперационного рубца. Ревизия забрюшинного пространства. Обнаружен фиксированный нефроптоз. Прощупывается фрагмент тела четвертого позвонка, от которого идет грубая спайка в виде «муфты», сдавливающая нижнюю полую вену. Лезвие ножа не найдено. Разведены мышцы. Удалены два фрагмента лезвия ножа, находящиеся на внутренней поверхности правой подвздошной кости. Ложе, где находилось лезвие, обработано хлоргексидином. Удален фрагмент тела четвертого позвонка со спайкой. Почка выделена со спаек, расправлен мочеточник при помощи уретеролиза. Выполнена правосторонняя нефропексия. Дренаж в забрюшинное пространство, послойное

ушивание раны. Дренаж удален на четвертые сутки, швы сняты на 8–9-е сутки. Рана зажила первичным натяжением. Пастозность голеней и стоп исчезла через сутки после операции. Выздоровление пациента С. Данный случай наглядно показывает недостаточное обследование пациента перед первой операцией и дальнейшее ведение в послеоперационном периоде.

Второй случай – пациент И., 48 лет, обратился с жалобами на ноющие боли в левой поясничной области, повышение температуры тела до 37,5–38,0 °С по вечерам. Со слов пациента, три года назад имело место ножевое ранение левого забрюшинного пространства. Находился на стационарном лечении в одной из хирургических клиник. Пациенту urgently выполнена левосторонняя люмботомия, ушит разрыв левого плеврального синуса, остановлено кровотечение. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. При осмотре послеоперационный рубец в левой поясничной области без особенностей. Пальпируется левая почка. Выполнена обзорная и экскреторная урограмма. На урограммах – в левой поясничной области над верхним полюсом почки ближе к ребрам определяется округлое слабоконтрастированное образование в диаметре около 8 см, отдавливающее купол диафрагмы кверху. После обследования выполнено оперативное вмешательство – левосторонняя люмботомия с иссечением старого послеоперационного рубца, ревизия забрюшинного пространства. Обнаружено инкапсулированное инородное тело, спаянное с окружающими тканями. Острым путем инородное тело удалено. На разрезе – «марлевая метровка». Дренаж в забрюшинное пространство, послойное ушивание раны. Дренаж удален на четвертые сутки, швы сняты на 8–9 суток. Выздоровление пациента И. По нашему мнению, причина оставления ИТ в данном случае – трудности во время оперативного вмешательства.

Третий случай – пациентка М., 58 лет, впервые обратилась с жалобами на наличие грыжевидного образования в послеоперационном рубце в правой поясничной области. Из анамнеза – 12 лет назад правосторонняя пиелолитотомия. Через три месяца после операции пациентка стала отмечать выпячивание в области послеоперационного рубца. За медпомощью не обращалась. Последние месяцы состояние резко ухудшилось: пациентка М. отмечает постоянные боли в поясничной области, мешающие выполнять привычную работу, повышение АД до 200/110 мм ртутного столба. При осмотре – послеоперационная вентральная грыжа больших размеров. На об-

зорной и экскреторной урограммах обнаружено инородное тело – кусок резинового трубчатого дренажа длиной до 5 см и два фрагментированных коралловидных конкремента. Функции правой почки не обнаружено. После обследования выполнено оперативное вмешательство – люмботомия с иссечением старого послеоперационного рубца, правосторонняя нефрэктомия и удаление инородного тела. Дренаж в забрюшинное пространство. Послеоперационная рана послы-

но ушита. Над апоневрозом наружной косой мышцы подшита проленовая сетка. Дренаж удален на четвертые сутки, швы сняты на 9–10-е сутки. Рана зажила первичным натяжением. Выздоровление пациентки. Объяснить наличие ИТ в данном случае можно погрешностями при перевязке во время удаления трубчатого дренажа.

Выводы. Приведенные примеры должны нацелить урологов быть более внимательными при проведении оперативных вмешательств.

Адреса для листування

И.М. Русинко

E-mail: rusinko_im@mail.ru

ПАРАУРЕТРАЛЬНАЯ КИСТА У ЖЕНЩИН. ТАКТИКА УРОЛОГА

*И.М. Русинко¹, А.В. Дулепин¹, А.В. Приходько¹, В.Ю. Вовк¹, Е.П. Украинец²,
Е.А. Квятковский³, В.В. Коштура⁴*

¹ КУ «Д 12 ТМО» ДООС», г. Днепропетровск

² КУ «Д ОКБ им. Мечникова» ДООС», г. Днепропетровск

³ КУ «Д 9 ГКБ» ДООС», г. Днепропетровск

⁴ КУ «Д 6 ГКБ» ДООС», г. Днепропетровск

Введение. Парауретральная киста – одно из заболеваний мочеиспускательного канала у женщин, диагностика и лечение которого могут представлять собой значительные сложности, прежде всего, из-за редкой встречаемости и отсутствия опыта лечения данного недуга у урологов и гинекологов.

Распространённость доброкачественных парауретральных образований у женщин по данным зарубежной литературы составляет – от 1% до 8%. Они встречаются в основном в возрасте 20–50 лет.

Материалы и методы исследования. Касаясь вопросов анатомии, женский мочеиспускательный канал (уретра) окружен большим количеством парауретральных желез, подробно описанных в 1880 г. американским гинекологом Skene и названных Скинниевыми железами. Установлено, что эти гроздевидные железы по строению подобны простате у мужчин. Множественные протоки и пазухи, выстланные эпителием, образуют обширную сеть трубчатых каналов и желез, которые окружают женскую уретру, главным образом, по задней и боковым стенкам. Количество протоков широко варьирует от 6 до 31. Обычно они сосредоточены и опорожняются в

дистальную (нижнюю) треть женской уретры. Секрет Скинниевых желез играет роль защитного барьера для уретры во время коитуса.

По наблюдениям многих авторов, Скинниевы железы подвергаются значительным изменениям в различные периоды жизни женщины: во время беременности они гипертрофируются, в послеродовом периоде подвергаются инволюции, а в климактерическом – атрофируются. В связи с этим, патология данных образований характерна для женщин репродуктивного возраста.

Этиология (происхождение) парауретральных кистозных образований до настоящего времени остается спорной. С одной стороны, ряд авторов [Routh, 1890] полагает, что закупорка (обструкция) протока одной или более парауретральных желез может привести к формированию ретенционной (сохраняющейся) кисты на месте железы. Дальнейшее инфицирование и абсцедирование кисты способствует формированию разрыва стенки кисты и дренированию ее в просвет уретры. Другая этиологическая теория – теория травмы мочеиспускательного канала с обструкцией выводных протоков парауретральных желез в результате нее. Облитера-

ция может возникнуть при травме во время родов (затяжного потужного периода, при несоответствии между головкой плода и тазом матери, при неправильном вставлении головки плода), а также вследствие хирургической травмы, такой как эпизиотомия (рассечение промежности), или хирургических вмешательств на мочеиспускательном канале.

Чаще всего к закупорке выводных протоков парауретральных желез приводят воспалительные процессы урогенитальной сферы, бужирование (инструментальное расширение) или туширование (прижигание) слизистой мочеиспускательного канала, бурные половые акты.

Симптоматика парауретральных кист неспецифична и напоминает другие урологические заболевания. Клинические проявления парауретральных кистозных образований значительно варьируют от пациентки к пациентке и также могут измениться в зависимости от того, когда в процессе развития заболевания был поставлен диагноз.

На ранних этапах, когда парауретральная железа первоначально инфицируется, преобладающие симптомы могут быть связаны с мочеиспусканием. На данном этапе пациентку может беспокоить болезненное, учащенное мочеиспускание, наличие выделений из уретры. Позже, поскольку хроническое и текущее воспаление развивается вокруг кисты, может присоединиться того или иного рода тазовая боль, диспареуния (боль, связанная с половым контактом). Также могут присутствовать такие клинические симптомы как примесь гноя в моче, ощущение инородного тела в области уретры, уплотнение парауретральной зоны и повышенная ее чувствительность.

Нередко парауретральные кисты бывают полностью бессимптомны и могут обнаруживаться во время профилактического осмотра. Частота случаев с бессимптомным течением варьирует от 1,6% до 20% больных.

При воспалении кист возникают абсцессы, которые часто вскрываются в мочеиспускательный канал с последующим образованием дивертикул мочеиспускательного канала. Наличие гематурии (примеси крови в моче), при отсутствии данных о наличии инфекции нижних мочевых путей, может указать на наличие камня или опухоли в пределах кистозного образования. В связи с хронической травматизацией слизистой оболочки уретры могут возникать гиперпластические и неопластические изменения в пределах кисты.

При осмотре на кресле парауретральные кисты выглядят как опухолевидные образова-

ния округлой или овоидной формы, слизистая передней стенки влагалища над ними напряжена, с явлениями застойной гиперемии, подвижная. Они располагаются чаще у наружного отверстия уретры в области задней стенки. Уретра отдалена кверху, деформирована. При натуживании пациентки отмечается непроизвольное отхождение мочи и слизистого отделяемого из уретры. Размеры кист варьируют от 2 до 10–12 см. Они легко прощупываются со стороны влагалища, плотной эластической консистенции. После клинического, Ro-урологического, цистоскопического и УЗИ обследования принимается решение о выработке лечебной тактики. Медикаментозные и физиотерапевтические методы терапии, так же как и электрокоагуляция, не оправдали себя при лечении этого заболевания. Вскрытие кист дает кратковременный эффект и оправдано в случае возникновения абсцесса в их просвете.

Результаты. К нам обратились за помощью 25 пациенток в возрасте от 18 до 79 лет с длительностью заболевания от 6 мес. до 30 лет. Большинство из пациенток обратились к нам по направлению гинеколога. При поступлении они предъявляли жалобы на наличие опухолевидного образования у входа во влагалище, болезненный половой акт, дизурические расстройства, недержание мочи, реже — затрудненное мочеиспускание. Во всех случаях пациенткам выполнена радикальная кистэктомия. Т-образным или двумя полуовальными разрезами рассекается слизистая передней стенки влагалища до стенки кисты. Края разреза захватывают зажимами, острым и тупым путем выделяется киста из окружающих тканей вплоть до хирургической ножки. Производится кистэктомия. Чтобы избежать повреждения уретры или мочевого пузыря, перед операцией в мочевой пузырь вводится эластический катетер Нелатона. Ложе кисты ушивается капроновыми швами, избыток слизистой влагалища резецируется и ушивается кетгутовыми или викриловыми нитями. В мочевой пузырь устанавливается постоянный уретральный катетер Фолея на 3–4 дня. Тампонада влагалища марлевой салфеткой на 1–2 дня. В случае наличия у пациентки везикоцеле — выполнялась передняя кольпорафия с проленовой сеткой. Операции выполнялись под внутривенным наркозом, осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не отмечено.

При динамическом наблюдении за пациентками в послеоперационном периоде рецидива парауретральных кист не обнаружено. Жалобы, предъявляемые пациентками в предоперационном периоде, исчезли.

Вывод. Парауретральные кисты – это патология, которая после выявления должна быть устранена оперативным путем у уролога. С целью раннего выявления парауретральных кист

у пациенток с дизурическими расстройствами и другими жалобами, характерными для патологии органов малого таза, показан осмотр на кресле у гинеколога и уролога 2 раза в год.

Адреса для листування

И.М. Русинко

E-mail: rusinko_im@mail.ru

НЕОБЫЧНАЯ (ПЕНАЛЬНАЯ) ЭКТОПИЯ ТРЕТЬЕГО ДОБАВОЧНОГО ЯИЧКА

*И.М. Русинко¹, А.В. Дулепин¹, А.В. Приходько¹, Е.П. Украинец²,
Е.А. Квятковский³, В.В. Коштура⁴*

¹ КУ «Д 12 ТМО» ДОС», г. Днепропетровск

² КУ «ДОКБ им. Мечникова» ДОС», г. Днепропетровск

³ КУ «Д 9 ГКБ» ДОС», г. Днепропетровск

⁴ КУ «Д 6 ГКБ» ДОС», г. Днепропетровск

Введение. Эктопия яичка – аномалия, при которой яичко по выходу из пахового канала отклоняется от физиологического пути продвижения. Часто причиной эктопии являются анатомо-механические препятствия. Эктопия яичка возникает в тех случаях, когда яичко опускается в мошонку не через паховый канал, а через бедренный, либо отклоняется в другие стороны от пахового канала. В основе этой аномалии лежат различные механические причины, нарушающие миграцию яичка (соединительнотканная перепонка над входом в мошонку, узость пахового канала, спайки внутри пахового канала, недоразвитие «тоннеля» в мошонке).

Материалы и методы исследования. По данным Н.А. Лопаткина и А.В. Люлько (1987), эктопия составляет 4% среди всех аномалий яичка. При эктопии, по сравнению с крипторхизмом, яички более полноценны. При эктопии яичка у детей не наблюдается признаков евнухоидизма, гормональной недостаточности. При тщательной пальпации паховой, лобковой областей, промежности, наружной или внутренней поверхности бедер удается прощупать яичко в виде умеренно болезненного плотноэластической консистенции округлого образования. Эктопию яичка лечат только оперативным путем.

В доступной литературе описаны следующие виды эктопии яичка:

- бедренная эктопия;
- промежностная эктопия;
- лобковая эктопия;
- паховая эктопия;
- абдоминальная эктопия.

Своеобразной формой является перекрестная эктопия, при которой яичко проходит через перегородку, разделяющую обе половины мошонки, и оказывается на противоположной стороне, рядом со вторым яичком, которое нормально развито. При эктопии функция яичка страдает меньше, чем при крипторхизме, однако длительное пребывание их в необычном месте способствует развитию необратимых склеротических изменений в яичке.

Результаты. Мы наблюдали случай пенальной эктопии добавочного третьего яичка. Два яичка обычных размеров и консистенции находились в мошонке. В доступной литературе случаи пенальной эктопии добавочного яичка не описаны. К нам обратился пациент К., 22 лет, с жалобами на невозможность проведения полового акта из-за наличия опухолевидного образования в дистальной части пениса по нижнему краю возле головки. Несколько попыток полового акта были безуспешными. В течение 22 лет урологом не был осмотрен. На УЗИ яички в мошонке без особенностей. Эктопированное яичко несколько уменьшено в объеме, округлой формы, с участками уплотнения паренхимы. Гормоны коры гипофиза и андрогены в норме.

После лабораторного обследования под местной анестезией 0,5%-ного раствора новокаина выполнена орхэктомия эктопированного яичка с участком редуцированного семенного канатика и семявыносящего протока. Кожа пениса ушита капроном. Послеоперационное течение

ние гладкое. Швы сняты на 7-е сутки. Рана зажила первичным натяжением. Гистологически – в удаленном яичке элементы клеток Лейдига и Сертоли, участки интерстициальной соединительной ткани со склеротическим перерождением. В послеоперационном периоде с пациентом проведен курс психотерапии. При посещении уро-

лога через месяц после операции явления психогенной импотенции у пациента исчезли. Полностью восстановлена половая функция.

Выводы. Данный случай говорит о запоздалой диагностике необычной эктопии добавочного яичка, что вызвало у пациента преходящую психогенную импотенцию.

Адреса для листування

И.М. Русинко
E-mail: rusinko_im@mail.ru

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ВІКОВОГО АНДРОГЕННОГО ДЕФІЦИТУ У ЧОЛОВІКІВ

В.П. Стусь, Ю.М. Поліон, М.Ю. Поліон

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

Обстежено та проліковано 30 хворих з проявами андрогенного дефіциту та еректильною дисфункцією, без ознак запального процесу. Всім пацієнтам у комплексному лікуванні використовувався препарат Трибустим виробництва «Новалік-Фарм» по 350 мг двічі на день протягом двох місяців, після чого проводилось контрольне обстеження і тестування. Хворі були розподілені на чотири групи за віком: перша група – 30–40 років, друга – 40–50 років, третя – 50–60 та четверта група – 60–70 років.

При анкетуванні за опитувальником МІЕФ відмічено легкий ступінь еректильної дисфункції (ЕД) у 1-й групі та середній ступінь ЕД у 2–4-й групах, у середньому кількість становила $17,7 \pm 0,93$ бала. Після лікування кількість балів підвищилась у всіх групах до $25,00 \pm 0,33$ у середньому ($p < 0,001$). При ультразвуковому дослідженні встановлено, що з віком об'єм передміхурової залози мав тенденцію до збільшення, а об'єм, яєчок, навпаки, зменшувався, що може вказувати на зниження їх функції. Рівень тестостерону становив у середньому $13,54 \pm 5,11$ нмоль/л до лікування, а після лікування підвищився до $16,19 \pm 7,49$ нмоль/л ($p < 0,001$). Необхідно зазначити, що в 3-й та 4-й вікових групах рівень тестостерону був нижче 12 нмоль/л. За весь час лікування побічних ефектів застосування Трибустиму у пацієнтів не відмічено. Переважна більшість пролікованих пацієнтів (79,9%) відміти-

ли покращення самопочуття, адекватних ерекцій, працездатності та підвищення настрою і лібідо.

Результати проведеного дослідження свідчать, що застосування нового рослинного засобу Трибустиму у пацієнтів з еректильною дисфункцією та андрогенним дефіцитом ефективно сприяє покращенню статевої функції чоловіків, що підтверджено достовірними результатами тестів на наявність андропаузи та кризи середнього віку, поліпшенням показників тесту МІЕФ з еректильної дисфункції та лібідо, а також достовірним підвищенням рівня тестостерону. Позитивний вплив Трибустиму на статеву функцію чоловіків підтверджений також за результатами біохімічних досліджень гормонального фону пацієнтів. Так, встановлено, що застосування Трибустиму сприяє достовірному підвищенню рівня тестостерону, одночасно з підвищенням середнього рівня ЛГ та ФСГ.

Таким чином, андрогенний дефіцит виявляється у чоловіків зі скаргами на погіршення статевої функції та без них, у різних вікових категоріях. Тому важливо звернути увагу лікарів загальної практики, урологів та лікарів-спеціалістів інших спеціальностей на важливість діагностики доклінічного андрогенного дефіциту та своєчасної корекції цього стану. Це дозволить попередити та покращити перебіг і прогноз захворювань, які впливають на тривалість та якість життя чоловіків.

Адреса для листування

В.П. Стусь
E-mail: viktor.stus@gmail.com

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПРОСВЕТА ИЗОЛИРОВАННОГО СЕГМЕНТА НПВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВЕНАКАВАТРОМБЭКТОМИИ

Д.В. Шукин^{1,2}, И.А. Гарагатый^{1,2}, Г.Г. Хареба^{1,2}, Н.Н. Поляков²,
П.В. Мозжаков², В.Н. Демченко²

¹ Харьковский национальный медицинский университет

² Харьковский областной центр урологии и нефрологии им. В.И. Шановала

Введение. Общая кровопотеря во время хирургического вмешательства, включающего венакававторомбэктомию, определяется многими факторами и в основном является следствием кровотечений из поврежденных коллатеральных сосудов при выделении почки и нижней полой вены, из просвета нижней полой вены после удаления тромба, а также из полой вены, печеночных вен и паренхимы печени при их интраоперационной травме.

Целью данного исследования было изучение эпидемиологических и клинических аспектов кровотечений из изолированного сегмента нижней полой вены после кавотомии и эвакуации тромба

Материал и методы исследований. В исследование вошли 69 пациентов с распространением почечно-клеточного рака в просвет нижней полой вены. Опухолевые тромбы в 19 (27,5%) наблюдениях достигали каворенального, в 26 (37,7%) – подпеченочного, в 16 (23,2%) – ретропеченочного отдела НПВ, а у 8 (11,6%) больных проникали в супрадиафрагмальный сегмент нижней полой вены или в правое предсердие. Опухоли исходили из правой почки в 38 (55,1%), а из левой – в 31 (44,9%) наблюдениях. Инвазия интралюминальной опухоли в стенку НПВ была в 7 (10,1%) случаях. У 12 (17,4%) пациентов обнаружены синехии между тромбом и эндотелием, требовавшие кюретажа интралюминальной поверхности полой вены.

Результаты. Среди 69 пациентов с опухолевыми тромбами нижней полой вены средняя общая кровопотеря в течение всей операции составила 1823,9 мл (от 200 мл до 8500 мл). Кровотечение из просвета НПВ после проведения кавотомического разреза отмечалось в 39 (56,5%) наблюдениях. Объем кровопотери при этом варьировал от 20 до 3500 мл и составлял в

среднем 510,3 мл (27,9% от средней кровопотери при всей операции). Оценка данного параметра у всех 69 больных продемонстрировала, что средняя кровопотеря из кавального просвета при удалении опухолевых тромбов достигает 288,4 мл. В 38,5% наблюдений данные кровотечения сопровождались гемодинамическими сдвигами. Локализация дистального конца тромба влияла на частоту и интенсивность кровотечения только при сравнении супра- и инфрадиафрагмальных тромбов. Мы объясняем данные результаты высокой частотой инвазии кавальной стенки опухолью среди пациентов с супрадиафрагмальными тромбами и более длительным временем этапа тромбэктомии. Сравнительная оценка объема кровопотери и частоты кровотечений в группах каворенальной, подпеченочной и ретропеченочной локализации тромба не выявила статистически достоверных различий между ними. Из 7 больных с инвазией кавальной стенки кавотомические кровотечения наблюдались у 5 (71,4%), тогда как в группе фибринозных синехий между тромбом и эндотелием это осложнение зафиксировано у 8 (66,7%) из 12 пациентов. Наибольший уровень кровопотери отмечался при удалении супрадиафрагмальных тромбов, инвазирующих кавальную стенку. В группе свободной эвакуации тромба кровотечения наблюдались гораздо чаще при каворенальном и подпеченочном распространении опухоли.

Вывод. Представленные результаты свидетельствуют о том, что основные источники кровотечения из изолированного участка НПВ чаще всего находятся не в ретропеченочном, а в каворенальном и подпеченочном сегментах полой вены. Высокая частота кровотечений из просвета НПВ говорит о важности данной проблемы и необходимости тщательного изучения ее причин.

Адреса для листування

Д.В. Шукин

E-mail: urology.edu.ua@gmail.com

ОРГАНСОХРАНЯЮЩАЯ ХИРУРГИЯ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА (ПКР) ПРИ ВНУТРИВЕНОЗНОМ РАСПРОСТРАНЕНИИ ОПУХОЛИ

В.Н. Лесовой^{1,2}, Д.В. Шукин^{1,2}, Н.Н. Поляков², И.А. Гарагатый^{1,2},
И.М. Антонян³, Г.Г. Хареба^{1,2}, А.И. Зеленский³, П.В. Мозжаков²

¹ Харьковский национальный медицинский университет

² КУОЗ «Областной центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала»

³ Харьковская медицинская академия последипломного образования

Введение. Внутривенозное распространение ПКР может являться одной из основных причин локального рецидива после органосохраняющей хирургии почечных новообразований. Мы провели ретроспективную оценку результатов открытых органосохраняющих хирургических вмешательств у 27 пациентов с ПКР, у которых во время операции или при финальном патоморфологическом исследовании было обнаружено внутривенозное распространение опухоли.

Материалы и методы исследования. Группа императивных показаний включала 11 (40,7%) больных, элективных – 16 (59,3%). Абсолютные императивные показания зафиксированы у 7 (25,9%) пациентов (единственная почка – 6, двусторонние опухоли – 1). Размеры почечной опухоли варьировали от 28 мм до 125 мм и составляли в среднем 61,0 мм. Инвазия в жир имела место в 6 случаях (22,2%), в полостную систему почки – в 7 (25,9%). До операции внутривенозное распространение новообразования заподозрено у 5 (18,5%) пациентов, выявлено при операции у 19 (70,4%) и при финальном патоморфологическом исследовании у 3 (11,1%). Внутривенозная часть опухоли проникала в сегментарную вену у 16 (59,3%) больных, в полярную вену – у 4 (14,8%), в начальный отдел почечной вены у – 5 (18,5%), в основной ствол почечной вены – у 1 (3,7%) и в каворенальный отдел НПВ – у 1 (3,7%). В 23 (85,2%) наблюдениях зафиксирована инвазия одной сегментарной вены, в 3 (11,1%) – двух вен и в 1(3,7%) – трех вен. Средняя длина опухолевых тромбов составляла 9,9 мм (3–45 мм), а ширина 4,9 мм (2–23 мм). Опухолевые тромбы классифицировали как интратренальные и экстраренальные. Соот-

ветственно этому принципу оперативные вмешательства разделяли на стандартную энуклеорезекцию (20%), интратренальную (68%) и экстраренальную тромбэктомия (12%). У одного больного использовалась гипотермическая перфузия почки *in situ*. Еще у одной пациентки была выполнена экстракорпоральная резекция с аутотрансплантацией почки. Отдаленные результаты прослежены у 19 пациентов. Период наблюдения составлял в среднем 30,4 мес.

Результаты. Время тепловой ишемии варьировало от 10 до 24 мин. и составляло в среднем 14,9 мин. Объем кровопотери в среднем не превышал 512 мл (от 250 до 2500 мл). Вскрытие полостной системы почки имело место в 18 (72%) случаях. Ранние послеоперационные осложнения отмечались у 4 (14,8%) пациентов (тромбоз почечной артерии единственной почки у 1 больного, паранефральная гематома – у 2, отек головного мозга – у 1). Периоперационная летальность имела место в 2 (7,4%) наблюдениях. У 2 (7,4%) пациентов через 3 месяца после операции выявлено сморщивание оперированной почки. Отдаленные метастазы зафиксированы у 3 (15,8%) больных в среднем через 17,3 месяца. Один из них умер через 18 месяцев после операции. Локальных рецидивов опухоли в остатке почки после органосохраняющей операции не было обнаружено ни в одном из наблюдений.

Вывод. Органосохраняющая хирургия может использоваться для лечения пациентов с опухолью почки и неопластическим венозным тромбозом. Необходимо дальнейшее проспективное исследование для разработки показаний к данному хирургическому подходу.

Адреса для листування

Д.В. Шукин

E-mail: urology.edu.ua@gmail.com

АНОМАЛІ СУДИН НИРКИ У ДОНОРІВ ПРИ СПОРІДНЕНІЙ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ НИРКИ

В.М. Лісовий^{1,2}, Н.М. Андон'єва^{1,2}, М.М. Поляков²

¹ Харківський національний медичний університет

² Харківський обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала

Вступ. Розповсюдженість хронічної хвороби нирок (ХХН) у Харківській області складає 1623,5 на 100 тис. населення, загальна розповсюдженість ХХН складає 1026,3 на 100 тис. населення. Хронічну ниркову недостатність (ХНН) у 2013 році мали 3978 пацієнтів, для порівняння – у 2003 році таких пацієнтів було 326. Таким чином, розповсюдженість хронічної ниркової недостатності в Харківській області зросла за 10 років у 12,2 разу.

Сучасна медицина має ефективний арсенал методів лікування термінальної ниркової недостатності у вигляді перитонеального та гемодіалізу, а також трансплантації нирки. У Харківській області виконується трансплантація нирки від спорідненого донора. Трансплантація нирки на сьогоднішній день повсюдно розглядається як оптимальний метод лікування термінальної ХНН, оскільки дозволяє досягнути найбільш високих показників виживаності хворих та якості їх життя при найменших затратах на лікування.

Однією з головних проблем трансплантології у наш час постає катастрофічна нестача донорських органів. Потреба у трансплантації органів весь час зростає, а темпи росту ефективних донорів значно нижчі за потребу. Для збільшення пулу донорів в усьому світі широко використовують донорів з розширеними критеріями, результати такої трансплантації демонструють кращу виживаність, ніж при лікуванні діалізом.

Матеріали та методи дослідження. Для розширення пулу донорів на споріднену трансплантацію нирки в Обласному клінічному центрі урології і нефрології ім. В.І. Шаповала виконуються трансплантації від донорів, що мають аномалії розвитку судин нирки.

Обстежено 35 пар донор-реципієнт для спорідненої трансплантації нирки. Реципієнтами були хворі на хронічну хворобу нирок, що отримували ниркозамісну терапію перитонеальним та гемодіалізом в ХОКЦУН, також проводилась і додіалізна трансплантація нирки.

Кожен потенційний донор ретельно обстежувався та проводилась комплексна оцінка сумісності з реципієнтом. Усім донорам проводили УЗД нирок, комп'ютерну томографію з

контрастним підсиленням (юніпак 300). Після трансплантації у донорів нирки оцінювали стан нирки за показниками креатиніну та сечовини плазми крові та УЗД при виписці зі стаціонару.

Усіх реципієнтів після пересадки нирки оцінювали функціональний стан за концентрацією сечовини та креатиніну крові. За необхідності проводили ультразвукове обстеження трансплантата. Оцінювали розміри та форму нирки, вимірювали індекс резистентності, швидкість кровообігу у сегментарних артеріях.

Далі надаємо декілька прикладів судинних аномалій у донорів нирок.

Приклад 1. Пацієнт Є., 36 р., був госпіталізований у відділення трансплантації як потенційний донор нирки для свого брата.

При обстеженні виявлено подвоєння ниркових артерій.

Проведено донорську нефректомію лівої нирки та трансплантацію її братові, сформовано судинні анастомози за типом кінець у кінець однієї ниркової артерії з внутрішньою клубовою артерією та кінець у бік другої ниркової артерії з зовнішньою нирковою артерією. Результат операції хороший. Сеча пішла одразу після включення у кровообіг.

У подальшому донор і реципієнт були виписані з відділення в задовільному стані, ознак порушення функції трансплантата виявлено не було.

Приклад 2. Пацієнт С., 45 років, поступив у клініку як потенційний донор нирки для своєї доньки.

При обстеженні на комп'ютерній томограмі виявлено ранній поділ ниркових артерій на дві дольові артерії.

Проведено донорську нефректомію лівої нирки та її трансплантацію доньці. Результат операції добрий, сеча пішла одразу після включення у кровообіг. У подальшому ускладнень та ознак порушення функції трансплантата виявлено не було. Донор та реципієнт виписані у задовільному стані.

Приклад 3. Пацієнт Е., 59 років, госпіталізований як потенційний донор для трансплантації нирки дружині.

При обстеженні на комп'ютерній томографії виявлено судинні аномалії у вигляді подвоєння ниркової артерії правої нирки та впадіння лівої ниркової вени у місця біфуркації нижньої порожнистої вени.

Проведено донорську нефректомію зліва та трансплантацію нирки дружині. Під час операції були деякі технічні труднощі, пов'язані із аномальним впадінням ниркової вени. Сформовані судинні анастомози за типом кінець у бік між нирковою артерією та зовнішньою клубовою артерією та поміж нирковою веною і зовнішньою клубовою веною. Сеча пішла на першій хвилині після включення нирки у кровообіг. Донор та реципієнт нирки були виписані у задовільному стані, ознак порушення функції трансплантата не було виявлено.

Результати. У 25 (68,6%) випадках вилучена нирка мала одну артерію та вену, у 11 (31,4%) випадках мали місце судинні аномалії, а саме:

– ранній поділ ниркових артерій у 2 (5,7%) випадках;

– додаткові ниркові артерії у 6 (17,1%) випадках, при цьому у одного з цих пацієнтів (2,85%) була в наявності аномалія у вигляді впадіння лівої ниркової вени у нижню порожнисту вену у місці біфуркації останньої;

– додаткові ниркові вени у 2 (5,7 %);

– циркумаортальну ліву ниркову вену в 1 (2,85%) випадку.

В одному випадку (2,85%) у донора нирки було виявлено вузлове утворення у наднирковій залозі, йому з нефректомією було проведено адреналектомію.

У одного донора (2,85%) по передньоплатеральній поверхні нирки виявлена ангіоліптома діаметром до 5 мм, яка була видалена на backtable.

Адреса для листування

Н.М. Андон'єва

E-mail: sergei.olyanich@yandex.ua

В усіх випадках використовувалась різна техніка анастомозування. При наявності двох рівноцінних артерій формувалися анастомози кінець у кінець однієї ниркової артерії з внутрішньою клубовою артерією та кінець у бік другої ниркової артерії з зовнішньою клубовою артерією. При нерівнозначності додаткової ниркової артерії, але коли її діаметр більший 2 мм, другий анастомоз робився також за типом кінець у бік до зовнішньої клубової артерії. Додаткові ниркові артерії з діаметром, меншим за 1 мм, перев'язувалися.

При наявності двох рівнозначних вен формувалося єдине співустя, що анастомозувалося за типом кінець у бік із зовнішньою клубовою веною.

Реципієнти нирки були виписані зі стаціонару на 10–14-ту добу в задовільному стані. У подальшому проводили контрольне обстеження через тиждень, 1, 3, 6 та 12 місяців, які підтвердили відсутність ознак порушення функції трансплантату.

Висновки

Аномалії ниркових судин у споріднених донорів зустрічаються у 31,4% випадків, характеризуються раннім поділом ниркових артерій (5,7%), наявністю додаткових артерій і вен (22,85%), в одному з випадків подвоєння артерій (2,85%) також було в наявності аномальне впадіння лівої ниркової вени у місця біфуркації нижньої порожнистої вени, циркумаортальним розташуванням лівої ниркової вени (2,85%).

Аномалії ниркових судин є фактором, що ускладнює техніку проведення трансплантації, але не погіршує віддалені результати операції та функціонування трансплантата. Тому вважаємо доцільним виконання трансплантації нирки від донорів, що мають судинні аномалії.

ПОПЕРЕЧНЫЙ ТОННЕЛЬ ПОД УСТЬЯМИ ГЛАВНЫХ ПЕЧЕНОЧНЫХ ВЕН – АЛЬТЕРНАТИВА PIGGYBACK МОБИЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ НПВ

Д.В. Шукин^{1,2}, И.А. Гарагатый^{1,2}, Н.Н. Поляков², Г.Г. Хареба^{1,2},
В.Н. Демченко², П.В. Мозжаков²

¹ Харьковский национальный медицинский университет

² Харьковской областной центр урологии и нефрологии им. В.И. Шановала

Введение. Хирургическая техника удаления опухолевых тромбов НПВ без искусственного кровообращения требует использования piggyback мобилизации печени, которую в ряде случаев выполнить весьма сложно или невозможно из-за анатомических особенностей ретропеченочной НПВ и дорзальных печеночных вен. Мы исследовали выполнимость и рискованность, предложенной нами в 2013 году хирургической техники, которая позволяет избежать проблем piggyback мобилизации. Эта методика заключается в формировании поперечного тоннеля между главными печеночными венами и передней стенкой нижней полой вены. Ранее были опубликованы результаты анатомического исследования, посвященного возможности использования этого маневра. Данная работа представляет сравнительный анализ клинического опыта piggyback мобилизации печени и формирования поперечного тоннеля под устьями главных печеночных вен.

Материал и методы. Среди 69 пациентов с распространением опухоли в нижнюю полую вену различные методики мобилизации печени использовались в 27 (39,1%) случаях. В исследование были включены 23 пациента, которым выполнялась радикальная нефрэктомия с удалением опухолевых тромбов ретропеченочного или супрадиафрагмального отдела НПВ без искусственного кровообращения. У 15 больных применялась техника piggyback мобилизации печени, у 8 – методика создания поперечного тоннеля под устьями главных печеночных вен.

Результаты. Успешно выполнить piggyback мобилизацию удалось в 12 (80,0%) наблюдениях, тогда как формирование тоннеля было возможно в 4 (50,0%) случаях. Количество перевязанных вен при piggyback мобилизации печени

варьировало от 4 до 12 и составляло в среднем 7,1. Невозможность piggyback мобилизации была связана с наличием большого количества очень коротких дорзальных печеночных вен. У 2 больных также имелась выраженная хвостатая доля печени, которая охватывала большую часть окружности ретропеченочного отдела НПВ, что существенно затрудняло выполнение данного маневра. В этих ситуациях перевязывалась и пересекалась только часть дорзальных вен, а контроль верхнего конца тромба осуществлялся наложением сосудистого зажима выше уровня устьев главных печеночных вен. Среди 4 пациентов из группы поперечного тоннеля, у которых не удалось завершить этот маневр, в двух случаях успешно выполнена piggyback мобилизация печени. В остальных 2 наблюдениях при васкулярной изоляции тромба мы также использовали наложение зажима выше уровня устьев печеночных вен. Продолжительность этапа piggyback мобилизации печени была значительно выше, чем время формирования тоннеля под устьями главных печеночных вен. Частота кровотечений и их объем были сходны в обеих группах.

Вывод. Наше исследование представило возможность выполнения новой хирургической техники, включающей формирование поперечного тоннеля под устьями главных печеночных вен у 50% пациентов. Мы не отметили значительных сложностей в выполнении этого маневра в случаях, когда ретропеченочный отдел полой вены был охвачен печенью менее, чем на 1/2 длины ее окружности. Использование данной методики рекомендуется только в ситуациях, когда хирург полностью уверен в возможности ее выполнения. Для более детальной и объективной оценки этого подхода необходимо дальнейшее клиническое исследование.

Адреса для листування

Д.В. Шукин

E-mail: urology.edu.ua@gmail.com

НЕЙРОФИБРОМАТОЗ. СПОНТАННИЙ РАЗРЫВ ПРАВОЙ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТКИ 24 ЛЕТ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

С.В. Берестенко¹, В.И. Аламаха¹, С.А. Конарева¹, И.В. Журило-Никоненко¹, В.В. Плечун¹, Е.Л. Важенина¹, Н.В. Берестенко¹, А.В. Панченко¹, Ю.Ю. Целелев²

¹ ГУ «Специализированная медико-санитарная часть № 9 МЗ Украины», г. Желтые Воды

² Государственная областная клиническая больница им. Мечникова, г. Днепрпетровск

В работе представлен клинический случай лечения пациентки 24 лет с нейрофиброматозом, осложнившимся спонтанным разрывом правой почки.

В анамнезе: в трехлетнем возрасте пациентка оперирована по поводу астроцитомы головного мозга, в 17-летнем возрасте – операция – комиссуротомия аортального клапана, в 18-летнем возрасте – операция Росса (замена поврежденного аортального клапана собственным легочным клапаном). В июле 2012 года в областной больнице им. Мечникова установлен диагноз – факоматоз, ангиомиолипомы обеих почек, киста печени. Страдает эпилепсией с детства.

На фоне полного благополучия 01.04.2013 у пациентки возникла боль в животе, слабость, головокружение, темнота в глазах. При поступлении в больницу состояние тяжелое, кожные покровы бледные, кожа сухая. Частота дыхания – 18 в минуту, частота сердечных сокращений – 120 в минуту, артериальное давление – 60/40 мм рт. ст. Клиника внутреннего кровотечения – выраженная анемия (гемоглобин крови 81 г/л), лейкоциты в крови

40,6x10⁹/л, диастаза мочи – 128 Ед, креатинин крови – 120 ммоль/л. Больная в экстренном порядке оперирована – во время лапаротомии обнаружена забрюшинная гематома с разрывом правой почки, которая была удалена.

Макропрепарат: почка размером 14,5x9x4,5 см, поверхность светло-коричневая, с мелкими желтыми образованиями диаметром от 0,3 до 2,0 см, с большим опухолевидным образованием 8,0x5,5x5,5 см, с распадом, на разрезе ткань почки светло-коричневая с желтыми округлыми образованиями. Опухолевидные образования на разрезе желто-коричневого цвета с участками темно-красного цвета.

Микропрепарат: в кусочках из почки имеется опухоль, построенная из клеточно-волоконистых комплексов, расположенных беспорядочно, образующих завихрения и кое-где кашеобразные структуры с полиморфизмом клеток, среди опухоли большое количество сосудов с толстыми гиалиновыми стенками. Паренхима почки атрофичная. Заключение: ангионевринома – забрюшинная опухоль.

Адреса для листування

С.В. Берестенко

E-mail: urolog1@ukr.net

РИЗИК-ФАКТОРИ ПРОГРЕСУВАННЯ ПРИ ТАКТИЦІ АКТИВНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ У ХВОРИХ НА СЕМІНОМУ ЯЄЧКА І СТАДІЇ

А.В. Сакало

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Мета. Простежити результати лікування без призначення ад'ювантної терапії у пацієнтів на семіному яєчка І стадії та ідентифікувати прогностично несприятливі фактори, пов'язані з підвищеним ризиком метастазування.

Матеріали і методи дослідження. Проаналізовані результати лікування 76 пацієнтів на семіному І стадії без попередньої селекції за клініко-морфологічними показниками.

При морфологічному дослідженні відмічали найбільший розмір пухлини, наявність інвазії додатку яєчка, сім'яного канатика, піхвової оболонки, проростання мережі яєчка.

При прогресуванні призначали 3 курси ХТ за схемами РЕВ або 4 курси РЕ в стандартних режимах або променевою терапією. Для визначення відносної важливості предиктора прогресування використано метод бінарної логістичної регресії.

Результати. Вік хворих був 38,05 (22,7–74) років. При мультифакторному аналізі встановлено, що вік хворих вірогідно не впливає на частоту пухлинної прогресії ($p=0,633$). Розмір первинної пухлини складав 59,4 (10–130) мм. Встановлено, що цей фактор не впливає на частоту прогресування ($p=0,352$).

Підвищення рівня ХГТ відмічено у 32 (42,1%) з 76 хворих. Встановлено вірогідний вплив підвищення рівня ХГТ на частоту прогресування ($p=0,051$).

Лімфоваскулярна інвазія (ЛВІ) в первинній пухлині виявлена у 28 з 76 (36,8%) випадків. При наявності ЛВІ ризик прогресування не підвищується ($p=0,186$).

У 61 з 76 (80,26%) хворих не встановлена інвазія в мережу яєчка. Інвазія в мережу яєчка є вірогідним предиктором розвитку пухлинної прогресії ($p=0,049$).

Для категорії Т первинної пухлини з 76 хворих встановлено: T_1 – у 37 (48,68%), T_2 – 33 (43,42%) та T_3 – у 6 (7,89%) випадків. При аналізі вірогідна різниця спостерігається при порівнянні категорій T_1 та T_3 ($p=0,021$).

З 76 хворих у 15 (19,7%) діагностовано прогресування. Троє хворих (3,9%) померли протягом періоду спостереження: один – від прогресування основного захворювання після 6-го року спостереження та 2 – від причин, не пов'язаних з основним захворюванням.

Адреса для листування

А.В. Сакало

E-mail: valerii.sakalo.si@gmail.com

У 14 пацієнтів рецидиви локалізувались заочередивно, в 2 випадках поєднувались з легенеvim ураженням, у 1 – з надключичними лімфовузлами, у 2 – з тазовими, у 1 – з ретрокруральними метастазами. Розміри метастазів склали в середньому 27,3 (15–70) мм. При прогресуванні призначали ХТ за схемами першої лінії: РВВ (цисплатин, вінбластин, блеоміцин) або РЕВ (цисплатин, етопозид, блеоміцин) – 3 курси з інтервалом в 21 день або 4 курси РЕ за загальноприйнятими режимами дозування. У 3 пацієнтів після ХТ спостерігали резидуальні пухлини 25 та 30 мм без ознак подальшого прогресування. У 14 хворих досягнута повна ремісія, один пацієнт помер від прогресування протягом 73 міс. від початку лікування.

3-, 5- та 8-річне безрецидивне виживання складає 93,4%, 85,5% та 80,26% відповідно, загальне виживання – 96%.

Висновки

1. В якості ад'ювантного лікування рекомендовано використання хіміотерапії карбоплатином в дозі АУС 7. При відсутності прогностично несприятливих критеріїв може бути запропоноване активне спостереження. Променева терапія розглядається як резервне лікування.

2. Приблизно 20% хворих на семіному І стадії відносяться до групи високого ризику прогресування та потребують призначення хіміотерапії карбоплатином або променевою терапією. У 80% хворих може бути використана тактика активного спостереження.

3. За даними мультифакторного аналізу прогностично несприятливими факторами ризику прогресування є: наявність інвазії в мережу яєчка ($p=0,049$) та збільшення категорії Т первинної пухлини (T_1 порівняно з T_3 , $p=0,021$). При використанні спостереження без врахування факторів прогнозу відсоток пацієнтів з прогресуванням складає 19,4%.

СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ У ПАЦІЄНТОК ПОХИЛОГО ВІКУ З УРОЛОГІЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУ

Ф.І. Костєв, О.М. Чайка, Л.І. Красилюк

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Метою дослідження була оцінка поширеності симультанних хірургічних втручань при генітальному пролапсі у жінок. За даними проаналізованих інформаційних джерел найчастіше симультанні втручання включають заходи, спрямовані на відновлення відтоку сечі та усунення постренальних факторів хронічної ниркової недостатності, рідше виконується нефректомія при необоротних змінах у паренхімі нирки. Основна частина подібних випадків реєструється у країнах СНД та країнах, що розвиваються, що обу-

мовлено пізнім виявленням генітального пролапсу, недостатнім розвитком мережі спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів та соціально-економічними причинами. Показано, що симультанне застосування хірургічних методів лікування генітального пролапсу важкого ступеня, з етапним, за показаннями, лікуванням супутньої урологічної патології є патогенетично спрямованим, доцільним та може бути рекомендоване для широкого застосування у клінічній практиці.

Адреса для листування

Л.І. Красилюк

E-mail: krasilyuk@gmail.com

ДИАПЕВТИКА В ВОПРОСАХ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК

А.М. Фридберг ¹, Э.А. Светличный ², Е.П. Украинаец ²

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия, МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

Обобщен 26-летний опыт лечения солитарных кист почек в клинике урологии Днепропетровской государственной медицинской академии. В современной урологии существуют различные виды оперативных направлений в решении вопроса данного недуга. Авторы статьи выделяют пять направлений: люмботомическое оперативное вмешательство с иссечением стенок кисты, аспирационная пункция кист, аспирационная пункция кисты с одномоментным введением склерозирующего раствора в ее полость, аспирационная пункция с дренированием полости кисты и последующими сеансами склеротерапии и лапороскопическое или ретроперитонеальное рассечение стенок кисты.

Наш опыт основывается на 624 пациентах. Приоритетными методами нами приняты аспира-

ционная пункция с дренированием полости кисты для сеансов склеротерапии и лапороскопическое иссечение стенок кисты. Пункции кист выполняются с помощью ультразвукового сканера, после выполнения кистограммы устанавливается дренаж типа «pig tail». При отсутствии сообщения полости кисты с полостной системой почки можно приступать к склеротерапии, которая проводится до полного прекращения выделений из дренажа. После чего дренаж извлекается.

Пациенты с кистами диаметром от 1,5 до 5 см подлежат диспансерному наблюдению. При размерах кист от 5 до 10 см мы назначаем аспирационную пункцию, дренирование со склеротерапией. Кисты диаметром более 10 см подлежат лапороскопическому вмешательству. В каче-

стве склерозирующего препарата авторы отдают предпочтение йодно-спиртовой смеси. Все па-

циенты, обратившиеся в клинику, картируются и должны состоять на учете клиники.

Адреса для листування

А.М. Фридберг
E-mail: asuroldo@gmail.com

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СИМУЛЬТАННОЇ МЕХАНІЧНОЇ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ЦИСТОЛІТОТРИПСІЇ ВТОРИННИХ КАМЕНІВ СЕЧОВОГО МІХУРА У ПАЦІЄНТІВ З НЕОБХІДНІСТЮ ВИКОНАННЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

О.О. Люлько, О.О. Бурназ, І.М. Нікітюк, О.С. Сагань, М.В. Варвашеня

Кафедра урології ГУ ЗМАПО МОЗ України

У роботі наведено порівняльні результати лікування 17 хворих з вторинними каменями сечового міхура на тлі доброякісної гіперплазії передміхурової залози, яким виконана симультанна ендоскопічна механічна цистолітотрипсія, з використанням тимчасового цистостомічного троакара, з використанням для фіксації конкрементів лапароскопічного затискача типу «Граспер» і трансуретральна резекція передміхурової залози і 34 пацієнтів без використання лапароскопічного затискача типу «Граспер» для фіксації конкрементів при проведенні ендоскопічної механічної літотрипсії при трансуретральній резекції простати. Запропоноване нами використання лапароскопічного за-

тискача типу «Граспер» при механічній цистолітотрипсії має деякі переваги, а саме: зменшується тривалість оперативного лікування і, як наслідок, знижується кількість пов'язаних з цим ускладнень. Дозволяє виконати цистолітотрипсію і трансуретральну резекцію простати симультанно, що підвищує радикальність методу. Наявність тимчасового цистостомічного троакара з використанням лапароскопічного затискача типу «Граспер» значно полегшує роботу хірурга, що має використовуватися у всіх лікарів-урологів під час освоєння методики симультанної ендоскопічної ендоскопічної механічної літотрипсії та трансуретральної резекції простати.

Адреса для листування

О.О. Люлько
E-mail: urology_zp@yahoo.com

РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНОЇ ТРАНСЛОКАЦІЇ ИЗ КИШЕЧНИКА В ПАТОГЕНЕЗЕ БАКТЕРИУРИИ

Л.П. Сарычев, А.Л. Пустовойт

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Работа посвящена роли бактериальной транслокации из кишечника, как недостающего звена в патогенетической цепочке бактериурии.

Проведено бактериологическое и бактериоскопическое исследование микрофлоры почки, толстого и тонкого кишечника у 30 субъектов, у

котрих при житни не набувалося захворювань нччк. Виделення ідентичних мікроорганізмів, котрі можуть виступати в ролі уропатогенів, із нччки і кишечника у «практически здорових людей» підтверджує існування бактеріальної транслокації із кишечника як фізіологічного процесу, котрий набувається в течення всієї житни, посилюючись з віком. В умовах стресу, дисбактеріозу, в силу інших причин, знижується бар'єрна функція кишечника і збільшується поступлення бактерій в кров'яне русло, з наступною елімінацією їх нччками. При цьому порушення евакуації мочи і адгезія бактерій кишечної групи к уротелію стають умовою персистенції мочевої інфекції.

Адреса для листування

Л.П. Саричев

E-mail: leonid.sarychev@gmail.com

Більшість експертів сходяться во взглядах, що бессимптомна бактеріурія носить скорее доброкачественний характер, нерідко проявляє протективне дієвство, захищаючи мочеві шляхи від бактеріальної інвазії. Необоснованне призначення антибактеріальних препаратів знищує умовно-патогенну мікрофлору і сприяє колонізації мочевих шляхів патогенними штамами мікроорганізмів. При цьому виникає необхідність повторного встановлення рівноваги між мікроорганізмом і макроорганізмом. Однак до відновлення протективного симбіозу залишається підвищений ризик інвазії мочевих шляхів агресивними штамами уропатогенів.

КОНТРАСТ-ІНДУКОВАНА НЕФРОПАТІЯ

Л.П. Саричев, Г.Л. Пустовойт, Я.В. Саричев, С.А. Сухомлин, С.М. Панасенко

ВГУЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Контраст-індукована нефропатія (КІН) є найбільш частою причиною ятрогенної гострої ниркової недостатності (ГНН), і, швидше за все, частота її буде збільшуватися по мірі розширення використання рентгенографічних контрастних речовин (КР) в урології, ангіології та інтервенційній кардіології. Гостре пошкодження нирок (ГПН) призводить до збільшення термінів госпіталізації, витрат на лікування

пацієнтів, розвитку ХНН та підвищення смертності. У статті проведено детальний аналіз факторів безпеки КР та факторів ризику ГПН. Наведене власне спостереження розвитку КІН у хворого із первинним гіперпаратиреозом. Розуміння факторів ризику формування КІН у окремих категорій хворих дозволяє завчасно попередити розвиток ятрогенних ускладнень при збереженні високої інформативності досліджень.

Адреса для листування

Л.П. Саричев

E-mail: leonid.sarychev@gmail.com

ПАТОМОРФОЗ ІНВАЗИВНОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА ПІД ВПЛИВОМ НЕОАД'ЮВАНТНОГО ПРОМЕНЕВОГО ЛІКУВАННЯ

А.В. Мальцев, В.І. Савенков

Харківський національний медичний університет

Робота заснована на морфологічному вивченні спостережень інвазивного перехідно-

клітинного раку сечового міхура з використанням сучасних гістологічних і морфометричних

методик дослідження. У результаті проведеного морфологічного дослідження пухлинної тканини перехідно-клітинного раку сечового міхура пацієнтів, яким на доопераційному етапі була застосована променева терапія, визначено ушкоджуючу її дію на пухлинні комплекси та судини. Регрес пухлинної паренхіми склав

40,7%±5,1% і 43,3±4,2% (стосовно відповідного показника помірнодиференційованого і низькодиференційованого раку без променевого лікування) ($p \leq 0,001$). У 14,0±2,6% пухлинних комплексів від загального питомого об'єму збереженої паренхіми відзначений субтотальний некроз атипичного епітелію.

Адреса для листування

А.В. Мальцев
E-mail: glaras@mail.ru

ПЕРВИЧНАЯ, ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ ОТ ОСНОВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ В АСПЕКТЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГУ «ИНСТИТУТ УРОЛОГИИ НАМН УКРАИНЫ»

*С.А. Возианов, Н.А. Сайдакова, В.М. Григоренко, А.П. Онищук,
О.Е. Оныськив, Л.Н. Старцева*

Работа посвящена деятельности Государственного учреждения «Институт урологии», как главного по проблеме в аспекте изучения и его влияния на здоровье населения Украины. Представлены результаты анализа мониторинга (30 лет) первичной общей заболеваемости, смертности взрослого населения страны от основных, наиболее часто встречающихся и социально значимых болезней, негативно отражающихся на состоянии его здоровья и качестве жизни. К ним отнесены — мочекаменная болезнь, болезни предстательной железы и ее доброкачественной гиперплазии, в частности, мужское бесплодие, а также онкоурологическая патология (злокачественные новообразования предстательной железы, почек, мочевого пузыря). Влияние разработок

Института на ситуацию рассматривается с точки зрения выявления и решения проблемных вопросов. При этом возможно использование научной базы и возложенной на нее организационной, информационно-методической деятельности. На фоне прослеженных положительных тенденций в состоянии здоровья населения получены убедительные данные, подтверждающие необходимость повышения качества специализированной помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе. Оптимизация работы на этом уровне требует целенаправленных научных разработок, обосновывающих расширение объема помощи с критериями его качества и, в первую очередь, действенного обеспечения диспансеризацией, реабилитацией данного контингента больных.

Адреса для листування

Н.О. Сайдакова
E-mail: ju.patent@gmail.com

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ПАТОМОРФОЛОГИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧКА У БОЛЬНЫХ В ХАРЬКОВЕ

В.Н. Лесовой^{1, 2}, Г.Г. Хареба^{1, 2}, И.А. Гарагатый^{1, 2}, В.В. Ханжун^{1, 2}, Д.В. Шукин^{1, 2}

¹ Харьковский национальный медицинский университет

² КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала»

Введение. Опухоли яичка составляют 1–1,5% в структуре общей онкологической заболеваемости, наиболее часто встречаются в возрасте 15–44 лет и являются основной причиной смерти от злокачественных новообразований мужчин в этой возрастной группе. Эффективность лечения и соответственно прогноз заболевания при различных патоморфологических формах опухоли яичка значительно различаются.

Цель исследования. Провести анализ эпидемиологических и патоморфологических характеристик пациентов с первично выявленной опухолью яичка.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы все случаи первично выявленных опухолей яичка в период с 2012 по 2014 год у пациентов, которые находились на стационарном лечении в ОКЦУН им. В.И. Шаповала. Проведено сравнение этих данных, с результатами заболеваемости опухолями яичек за 20-летний период (1993–2012 гг.), полученными в нашей клинике.

Результаты. С 2012 по 2014 год в ОКЦУН диагностировано и оперировано 78 пациентов с опухолями яичка. В 2012 году было выявлено 25 новых пациентов, в 2013 – 27, и в 2014 – 26 больных. В период же за 1993–2002 гг., в нашей клинике среднее количество случаев в год было $14,8 \pm 2,16$, а в следующем десятилетии (2003–2012 гг.) – $18,1 \pm 2,3$ новых случаев.

Подавляющее большинство новообразований, за последние 3 года, относились к герминогенным опухолям яичка – 76 (97,4%). Негерминогенных было 2 (2,6%) и они в обоих случаях были гранулёзо-клеточными опухолями. Если сравнивать с аналогичными исследованиями прошлых лет, то за 1993–2002 гг. количество герминогенных опухолей яичек составляло – 137 (92,57%), а негерминогенных – 11 (7,43%), а за период 2003–2012 гг. – 154 (85,08%) и 27 (14,92%) соответственно.

Среди опухолей яичка наиболее часто за последние годы встречалась семинома – 40 (51,3%), а с учётом спермациитарной семиномы

(1 больной) – 52,6%. Исследования за предыдущие 20 лет говорят о значительно меньшем (43,16%) количестве семином.

Следующей по частоте опухолью была тератокарцинома – 10 случаев (12,8%) и эмбриональный рак – 9 (11,5%). За период 1993–2012 гг., эти опухоли встречались в 12,77% и 12,16% случаев соответственно. То есть удельный вес этих опухолей изменился незначительно.

Злокачественная лимфома за последние 3 года встречалась с такой же частотой, как и эмбриональный рак – 9 случаев (11,5%). Резкое увеличение количества пациентов с этим видом опухоли произошло в периоды с 1993–2002 по 1993–2012 годы (с 1,35% до 9,94%). т.е и в настоящее время их количество продолжает увеличиваться.

Так называемые «смешанные опухоли» за последние 2012–2014 годы встречались в 5 случаях (6,4%). При этом смешанные опухоли не отличались большим разнообразием комбинаций разных типов опухолей. Отчетливой закономерности в динамике их распространенности не прослеживается: в 1993–2002 гг., их было 8,11%, а в период 1993–2012 гг. – 5,52%.

Анализируя возрастные показатели для различных форм опухолей яичка, отмечено, что лимфомы встречаются у более старшей возрастной группы пациентов ($66,6 \pm 2,8$ лет), а герминогенные опухоли – у молодых пациентов: средний возраст пациента с семиномой – $35,2 \pm 1,18$ лет, эмбриональным раком – $33,3 \pm 3,62$ лет, тератокарциномой – $29,5 \pm 2,43$ лет.

Анализ удельного веса опухолей, которые были диагностированы на поздних стадиях первичного распространения опухоли (прорастание в семенной канатик или мошонку) показал, что в период 2012–2014 гг. лидером в этой категории является злокачественная лимфома – 44,4% выявленных лимфом относились к местно-запущенным, а также эмбриональный рак – 33,3% и семинома – 22,5%.

Выводы

1. За последние 3 года количество ежегодно выявляемых новых случаев опухолей яичка было

практически одинаковым. Но за последние 20 лет увеличение заболеваемости составило около 100%.

2. В последние годы произошло увеличение удельного веса герминогенных опухолей яичка (97,4%), что значительно выше, чем в предыдущий 20-летний период.

3. Отмечено значительно большее, по сравнению с мировыми данными и с предыдущими годами, удельное количество семином (52,6%).

4. Отмечается планомерное увеличение удельного веса лимфом яичка с 1,35% с периода 1993–2002 годов до 11,5% (2012–2014 гг.), которые сравнялись по распространённости с эмбриональным раком яичка (11,5%).

5. Наиболее часто поздние стадии первичного распространения опухоли встречаются среди: лимфом (44,4%), эмбрионального рака (33,3%) и семином (22,5%).

Адреса для листування

Г.Г. Хареба

E-mail: gen.khareba@gmail.com

ХИМИО-ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Г.Г. Хареба^{1,2}, А.Н. Дубинина^{1,2}

¹ Харьковский национальный медицинский университет

² КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И.Шапвала»

Введение. Согласно современным исследованиям, использование комбинации различных методов лечения, а именно гормональной + химиотерапии, с их многообразными механизмами действия, может усиливать, продлевать лечебный эффект и улучшать прогноз заболевания ранее не леченных больных за счёт воздействия изначально и одновременно на гормоно-резистентные и гормоно-чувствительные типы клеток.

Цель исследования. Изучить комбинации химио + гормональной терапии в качестве нового метода лечения больных с впервые выявленным, местно распространенным или метастатическим РПЖ.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 41 больного с впервые выявленным местно-распространенным и метастатическим РПЖ и плохим прогнозом: сумма Глисона ≥ 8 баллов, стадия рТ3в, рТ4, наличие мягкотканых или ≥ 4 очагов костных метастазов. Больным I группы (24 пациента) проводилось противоопухолевое лечение по схеме: митоксантрон (12 мг/м² 1 раз в 21 день внутривенно)/преднизолон 5 мг/сут + андрогенная депривация. 17 пациентов II группы подверглись только андрогенной депривации.

Результаты. После 3 курсов лечения ответ на химиотерапию по предложенной схеме зарегистрирован у 18 (75%) пациентов I группы: снижение уровня ПСА до $4,2 \pm 0,6$ нг/мл у 11 (61,1%) пациентов, у 7 (38,2%) отсутствовала прогрессия опухоли, уменьшение болевого синдрома наблюдалось у 12 (50%) пациентов. У 6 (25%) больных на фоне лечения болезнь прогрессировала. Отмечены следующие побочные эффекты 2-й и 3-й степеней: нейтропения – у 3 (12,5%), нарушения со стороны ЖКТ (тошнота, рвота, диарея) – 5 (20,8%), утомляемость – 11 (45,8%). Во II группе у 11 пациентов (64,7%) констатировали снижение уровня ПСА в среднем до $4,6 \pm 1,6$ нг/мл, однако через 2 месяца у 8 пациентов (72,7%) при контрольном исследовании отмечено повышение уровня ПСА до $16,1 \pm 1,9$ нг/мл, что потребовало дополнительного назначения препаратов антиандрогенов. Стабилизация параметров уровня ПСА наблюдалась у 3 (17,6%) пациентов и также у 3 больных (17,6%) отмечено отсутствие ответа на проводимое лечение (прогрессирование уровня ПСА). После окончания курса лечения, при оценке состояния больных в соответствии со шкалой ECOG, констатирован переход из 3-й гра-

дании во вторую 6 пациентов I группы (25%) и двух (23,5%) – II группы.

Выводы. Промежуточные результаты, основанные на динамике ПСА, показателях качества жизни и анализе токсичности лечения, свидетельствуют о высокой эффективности

метода, необходимости дальнейших исследований и более глубокого анализа данных. Степень токсичности предложенного метода лечения приемлема и не является ограничивающим фактором для его более широкого применения.

Адреса для листування

А.Н. Дубинина

E-mail: a.d.doc@mail.ru

ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНДРОГЕННУЮ БЛОКАДУ

Ю.В. Криворотько

Харьковский национальный медицинский университет

История вопроса лечения больных раком предстательной железы (РПЖ), которая началась с применения эстрогенов, затем блокадой ЛГ и РГ гормонов или их аналогов, а также использования антиандрогенов, постоянно наталкивается на проблемы влияния терапии на сердечнососудистую систему, патология которой становится иногда ведущей и может приводить к смерти значительной части пациентов. Поэтому радикальная простатэктомия у больных локализованным раком во многом избавила часть пациентов не только от онкологической проблемы, но и от риска сердечнососудистых событий. Однако у большей части больных с впервые выявленным раком простаты устанавливается стадия заболевания, при которой использование радикальной простатэктомии невозможно или противопоказано, поэтому приблизительно половина пациентов, страдающих данной патологией, погибают в первый год после постановки диагноза. Данный факт не может не вызывать обеспокоенность и приводит к постоянным попыткам улучшить прогноз увеличения выживаемости больных.

Так как влияние лекарственной терапии РПЖ, направленной на снижение тестостерона, способствует к прогрессированию атеросклероза, то абсолютно оправданным является желание снизить уровень низкомолекулярного холестерина с помощью различных методов, таких как диета, режим и лекарственная терапия.

Особое революционное место в холестеринснижающем лечении имеют статины, кото-

рые снижают уровень липопротеидов низкой плотности на 35%, повышают уровень липопротеидов высокой плотности на 8%, сокращают риск инсультов на 30%, а инфарктов миокарда – на 42%.

На XXX Юбилейном конгрессе Европейской Ассоциации урологов в Мадриде (март 2015 г.) были доложены предварительные результаты III фазы рандомизированного мультицентрового (Великобритания, Словакия, Греция, Португалия) ретроспективного исследования, в котором исследуется эффект предварительного использования статинов в прерывистой и постоянной андрогенной депривации. В данном исследовании проанализированы 410 больных из 4 центров, из которых 298 получали статины (73%). Последующие исследования будут базироваться на анализе лечения 918 пациентов до 100 месяцев наблюдения. Уже предварительные результаты показали, что нет достоверной разницы продолжительности жизни пациентов при использовании интермиттирующей или постоянной андрогенной блокады при предварительном применении статинов. Зато имеется достоверно значимое увеличение выживаемости пациентов в группах больных РПЖ, которые принимали и не принимали статины на фоне депривации андрогенов. Снижение как канцерзависимой летальности, так и смертности от сердечнососудистых заболеваний имелось, по данным авторов, как на ранних этапах наблюдения до 12 месяцев, так и в более отдаленном перио-

де наблюдения – до 100 месяцев. Эти исследования еще продолжаются и их результаты будут опубликованы в ближайшее время.

Мы имеем собственный опыт использования статинов у больных РПЖ, которым радикальная простатэктомия была не показана, а патология сердечнососудистой системы и прогрессирующий атеросклероз были показанием для назначения статинов.

8 пациентов, возраст которых был 59–78 лет с гистологически подтвержденным РПЖ $T_{3b-4}T_{0-1}M_{0-1}$ уровень исходного ПСА от 18,2 нг/мл до 96 нг/мл, имели средний уровень холестерина 7,8 ммоль/л, низкомолекулярного холестерина составлял 4,3 ммоль/л. 5 из них перенесли хирургическую кастрацию, 3 – получали аналоги ЛГРГ и максимальную андрогенную блокаду.

Сердечнососудистая система в данной группе была скомпрометирована предшествующими инфарктами у 6 и инсультами – у 2 пациентов. Все они получали синтетические статины: розувастатин (10 мг/сут.) – 3 больных, аторвастатин (20 мг/сут.) – 5 больных.

Наблюдение за данными больными осуществлялось параллельно с терапевтами и кардиологами, которые наблюдали их по поводу патологии сердечнососудистой системы.

В результате приема статинов средний уровень холестерина достоверно снизился до 5,2 ммоль/л, а низкомолекулярного – до 2,6 ммоль/л.

Адреса для листування

Ю.В. Криворотько

E-mail: urology.edu.ua@gmail.com

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АЛГОРИТМА РАСЧЕТА МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ ТРОАКАРА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК И ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА

А.А. Пидмурняк, С.А. Собчинский, К.С. Собчинский, В.В. Войцешин, В.Н. Монастырский, А.А. Алешко, В.В. Бюк, В.А. Добровольский, А.А. Дрогоруб

Хмельницкая обласная больница

В статье приведены результаты применения алгоритма расчета мест расположения троа-

Сроки наблюдения за этими пациентами составляют от 12 до 34 месяцев. Группа не выбиралась специально и поэтому мы не можем претендовать на существенную достоверность, но и предварительный анализ показал, что у больных с исходной сердечно-сосудистой патологией и местнораспространенным или метастатическим РПЖ не было случаев острых инфарктов миокарда или инсультов, которые бы приводили к смерти.

Один пациент умер от прогрессирующего метастатического процесса и еще один – от декомпенсации сердечно-сосудистой недостаточности.

Выводы

1. Лечение больных РПЖ с помощью андрогенной блокады оказывает существенное влияние на сердечнососудистую систему и увеличивает риск летальных инфарктов и инсультов.

2. Применение статинов у части пациентов на фоне проводимой андрогенной блокады достоверно снижает исходный повышенный уровень холестерина, в том числе его низкомолекулярную фракцию, что, безусловно, способствует улучшению прогноза выживаемости у данной тяжелой группы больных РПЖ.

3. Очевидным является необходимость дальнейшего совершенствования методов, влияющих на нарушения обмена веществ у больных, получающих андрогенную блокаду.

каров при эндовидеохирургических вмешательствах при патологии почек и проксимального

отдела мочеточника. Проведен анализ эффективности выполнения оперативных вмешательств с применением алгоритма и без применения алгоритма. Отмечены особенности формирования доступов в зависимости от особенностей пациента и места нахождения патологического очага.

В работе изучались данные, полученные у 232 пациентов, которые лечились в урологическом отделении Хмельницкой областной больницы в период 2011–2013 гг. По поводу опухолей 36 пациентов, что составило 15,5%, кист почек – 96 пациентов (41,4%) и 100 пациентов (43,1%) с камнями проксимального отдела мочеточника. Пациентам выполнены оперативные вмешательства с использованием как трансперитонеального так и ретроперитонеального доступа.

Непосредственно для построения трехмерных моделей и выполнения расчета параметров эндоскопических вмешательств используются данные, полученные при выполнении мульти-

спиральной компьютерной томографии в кортикомедулярную фазу контрастирования.

Подытоживая наш опыт по выбору мест расположения троакаров при эндовидеохирургических оперативных вмешательствах, мы пришли к следующим выводам:

1. Для применения алгоритма выбора расположения троакаров следует обязательно выполнять мультиспиральную компьютерную томографию с контрастным усилением с анализом данных в кортикомедулярную фазу контрастирования.

2. Использование предложенного алгоритма позволяет прецизионно выполнять основной этап операции, что обеспечивает меньшую травматичность, лучшую визуализацию зоны операционного интереса.

3. Установление троакаров по указанному алгоритму достоверно уменьшает продолжительность оперативного вмешательства, что, в свою очередь, положительно влияет на течение раннего послеоперационного периода.

Адреса для листування

О.О. Підмурняк
E-mail: docaleksey@yandex.ru

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕОБСТРУКТИВНОГО ВТОРИЧНОГО УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА

С.В. Нікітаєв

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Исследование проведено на 97 больных с не-обструктивным вторичным уретерогидронефрозом (УГН), который возник по причине нейрогенного мочевого пузыря. Проведено комплексное обследование с уродинамическими исследованиями. У пациентов отсутствовали признаки инфравезикальной обструкции, аномалии мочевой системы, заболевания центральной нервной системы. Целью работы было оценить зависимость основных клинических проявлений, что влияют на качество жизни больно-

го от стадии не-обструктивного вторичного УГН, а также их изменения в процессе лечения. Автором показано, что клинические проявления у больных с не-обструктивным вторичным УГН не коррелируют со стадией УГН. Изменения стадии УГН вследствие проведенного лечения не совпадают с изменениями качества жизни у 57,7% больных. Улучшение качества жизни у больных с УГН должно учитываться при оценке эффективности лечения на уровне с изменением стадии УГН.

Адреса для листування

С.В. Нікітаєв
E-mail: nikitayev@bigmir.net

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИТОТЕРАПИИ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Г.В. Бачурин

Запорожский государственный медицинский университет

Фитотерапия известна еще с древних времен. Ее примитивное применение отражено в письменах древних ученых. Опыт ее использования передавался из поколения в поколение. В настоящее время фитотерапия есть альтернативой признанному стандартному лечению. Она может использоваться как монотерапия, но более эффективна при комплексном лечении некоторых воспалительных процессов органов мочевой системы (пиелонефрит, цистит). Большое многообразие в Украине позволяет создавать множество различных сочетаний растений для более

успешного лечения указанной патологии. В то же время назначать фитотерапию следует только после консультации с терапевтом (или фармакологом, фитотерапевтом). Следует при этом соблюдать правила, связанные с чередованием различных фитосборов (не использовать один фитосбор 3–4 недели подряд), учитывать возраст больного, наличие сопутствующей патологии у него. Кроме того, передозировка количеством растений может окончиться трагически. Некоторые растения не совместимы с пищевыми продуктами.

Адреса для листування

Г. В. Бачурин

E-mail: kgruyav@mail.ru

ВПЛИВ ФАКТОРІВ ХАРЧУВАННЯ НА УТВОРЕННЯ КАМЕНІВ У НИРКАХ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ НАШОГО РЕГІОНУ

Н.С. Целюх, В.В. Кітик, В.В. Дмитрієнко

Львівський медичний університет ім. Данила Галицького

Захворювання сечокам'яною хворобою зростає в цілому світі, відповідно збільшуються витрати на її лікування, наприклад, передбачається, що в США до 2030 року щорічні витрати на лікування сечокам'яної хвороби будуть дорівнювати щорічним витратам на лікування раку сечового міхура, тому для нашого населення пошуки шляхів попередження утворення каменів в сечовому тракті є особливо важливими. Багато теорій описувало причини утворення каменів у нирках. Спираючись на сучасну теорію швейцарського професора Hess про розчинність кристалів оксалату кальцію при співвідношенні Са: оксалати = 1 : 1 ми провели опитування населення нашого регіону з метою дослідити вплив факторів харчування на утворення каменів у сечовому тракті.

З 17.11.11 до 19.02.14 нами було опитано 135 хворих віком від 22 до 89 років, анкета

складалася з 8 питань, які стосувалися споживання молока, кефіру, сиру, м'яса, кави, чорного і зеленого чаю, води (не рідини в цілому), всіх опитуваних було поділено на три групи: 60 осіб у групі з каменями в нирках, 47 – у групі з піском і 28 – в контрольній групі без каменів і кристалів.

Згідно з загальноприйнятим алгоритмом перевірки статистичних гіпотез на основі початкових табличних даних була побудована так звана частотна таблиця класифікації стосовно досліджуваних факторів дієти і диференційована за двома проявами сечокам'яної хвороби: наявність каміння та кристалів піску, критерієм перевірки був статистичний критерій відомий як «хі-квадрат», у результаті перевірки з достовірністю 0,95 було встановлено відсутність зв'язку між сечокам'яною хворобою і споживанням продуктів багатих кальцієм (молоко, творог, кефір),

тоді як споживання м'яса, кави, чорного чаю у великих кількостях приводить до утворення каменів у нирках.

Таким чином, досліджуючи вплив факторів харчування на утворення каменів в нир-

ках серед населення нашого регіону, ми довели, що між споживанням молока, творага і кефіру зв'язку не виявлено, натомість споживання кави, чорного чаю і м'яса у великих кількостях приводить до утворення каменів у сечовому тракті.

Адреса для листування

Н.С. Целюх

E-mail: nadiyatselyukh@gmail.com

ВЛИЯНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА И ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ГЕНИТАЛИЙ НА ЧАСТОТУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО НЕОСЛОЖНЕННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

С.П. Пасечников^{1,2}, Н.В. Митченко², П.А. Самчук¹

¹ *Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев*

² *ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев*

Целью исследования было определение роли овариально-менструального цикла (ОМЦ), сопутствующих инфекционно-воспалительных заболеваний и инфицированности половых путей возбудителями заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), в возникновении острого неосложненного пиелонефрита (ОНП) у женщин репродуктивного возраста.

Обследовано и пролечено 232 женщины репродуктивного возраста с ОНП. Из них у 173 (I группа) выявлены сопутствующие инфекционно-воспалительные заболевания половых путей или их инфицированность возбудителями ЗППП. II группу составили 59 пациенток с ОНП без сопутствующей инфекционной патологии половых путей и инфицированности возбудителями ЗППП.

У 71,6% больных женщин репродуктивного возраста ОНП возникает в период с 20-го по 5-й день ОМЦ.

У больных II группы ОНП достоверно чаще возникает в период с 20-го по 5-й день ОМЦ по сравнению с периодом с 6-го по 19-й день ($81,4 \pm 5,1\%$ против $18,6 \pm 5,1\%$, $p < 0,001$).

С 6-го по 19-й день ОМЦ ОНП достоверно чаще ($p < 0,001$) возникает у больных I группы ($31,8 \pm 3,5\%$), чем у II группы ($18,6 \pm 5,1\%$).

Полученные результаты позволяют утверждать, что факторы гормональной регуляции овариального цикла играют существенную роль в патогенезе острого пиелонефрита. Именно в связи с этим в период с 20-го по 5-й день ОМЦ риски развития ОНП у ЖРВ максимальны. Наличие сопутствующих инфекционно-воспалительных заболеваний и инфицированности половых путей возбудителями ЗППП значительно повышает риск заболевания этой категории женщин ОНП в любой период ОМЦ.

Адреса для листування

С.П. Пасечников

E-mail: inflam@ukr.net