

Матеріали науково-практичної конференції «СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ В УРОЛОГІЇ, АНДРОЛОГІЇ ТА ОНКОУРОЛОГІЇ»

м. Дніпро
28 жовтня 2016 р.

НОВИЙ СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ВЕЗИКО-УРЕТРАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ МАЛОІНВАЗИВНІЙ РАДИКАЛЬНІЙ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

С.О. Возіанов, С.М. Шамраєв, А.М. Леоненко, О.С. Возіанов

*ДУ «Інститут урології НАМН України»
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького*

Вступ. На теперішній час відомо багато інтраопераційних варіантів формування везико-уретрального анастомозу при виконанні малоінвазивної радикальної простатектомії, які спрямовані на збереження та покращення функції утримання сечі після операції. Однак методики, яка б дозволяла досягти оптимальних функціональних результатів, — досі не представлено, що диктує необхідність вдосконалення техніки цього етапу радикальної простатектомії.

Мета дослідження: оцінка безпосередніх результатів нової методики формування везико-уретрального анастомозу під час виконання малоінвазивної радикальної простатектомії у хворих на рак передміхурової залози.

Матеріал та методи дослідження. Ретроспективно з акцентом на функціональні результати було проаналізовано 290 історій пацієнтів, які перенесли радикальну простатектомію в умовах наукових відділів ДУ «Інститут урології НАМН України» за 2013–2015 роки. Пацієнти обстежені відповідно до протоколів надання медичної допомоги (наказ МОЗ України №554). Розроблено модифікацію малоінвазивної радикальної простатектомії, суть якої полягає у формуванні дворядного вузлового везико-уретрального анастомозу у поєднанні з елементами додаткової стабілізації везико-уретрального сегмента та передньою суспензією сечового міхура (подана заява на винахід). Період динамічного спостереження дещо коливався: кожні 2 тижні у перші 3 місяці, 3–4 тижні — в термін 3–6 місяців, кожні 6 місяців — в термін до 5 років,

надалі — щорічно. Клінічна і патологічна стадії РПЗ діагностувались відповідно до редакції 2009 року TNM Міжнародної протиракової спілки. Ступінь диференціації пухлини передміхурової залози встановлювали за Глісоном в редакції 2008 року. Статистична обробка результатів проводилась за методами варіаційної статистики та була реалізована пакетом програм Medstat, Statistica 8.0 Excel.

Результати та їх обговорення. Локалізована стадія РПЗ (cT1-2cN0M0) відмічена у 211 (72,8%) хворих. Крім того, у віддаленому післяопераційному періоді після малоінвазивних РПЕ (n=161) діагностовано 7 (4,3%) ускладнень 3–4 ступенів за Clavien–Dindo: формування тонкокишкової нориці — 1, перфорація прямої кишки з формуванням ректальної нориці — 2, травма сечоводу — 1, нориця сечового міхура — 1, симфізит — 2. За модифікованою методикою РПЕ оперовано 14 (8,7%) хворих, з яких 9 проведено ЕЕРПЕ та 5 — ЛРПЕ. Висхідну уретроцистографію виконували на 6-ту–7-му добу п/о періоду та при відсутності екстравазації видаляли уретральний катетер. Особливості периопераційного періоду в групі хворих, які перенесли модифікацію малоінвазивної РПЕ наведено нижче. Конверсій, гемотрансфузій та позитивного хірургічного краю не відмічено, медіана об'єму крововтрати дорівнювала 140 мл (коливання — від 100 до 300 мл), медіана терміну катетеризації сечового міхура після операції склала 8,3 доби (коливання — від 5 до 14 діб). У одного пацієнта проведено пункцію двобічного тазового лімфо-

целю (перед оперативним втручанням хворий проходив курс променевої та гормональної терапії). У одного пацієнта виникла необхідність інтраоперативного стентування лівої нирки з метою запобігання залучення лівого вічка до шва везико-уретрального анастомозу (виконано лапароскопічно). Ще у одного пацієнта проведено лапароскопічну цистостомію (вроджена вада сечовидільної системи: пенільна гіпоспадія, стан після висічення задньої хорди в дитинстві). За даними обстеження через 6–9 місяців у 12

(85,7%) пацієнтів відмічено повне утримання сечі, 1–2 прокладки в день використовують 2 (14,3%) пацієнти.

Висновки. Безпосередні функціональні результати нового способу формування везико-уретрального анастомозу при виконанні малоінвазивної РПЕ свідчать про доцільність його опрацювання та впровадження з метою розширення хірургічних можливостей при лікуванні хворих на локалізований РПЗ та вивчення віддалених результатів.

Адреса для листування

С.Н. Шамраев

E-mail: shamrayev@gmail.com

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ УРЕТРОПЛАСТИК СЛОЖНЫХ СТРИКТУР И ОБЛИТЕРАЦИЙ УРЕТРЫ

С.А. Возианов¹, С.Н. Шамраев^{1,2}, В.П. Стусь⁴, Н.Ю. Полион⁴, М.А. Ридченко³

¹ ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

² Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

³ Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

⁴ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Введение. Имеется несколько вариантов хирургической коррекции сложных форм стриктурной болезни уретры, которые включают: внутреннюю оптическую уретротомию, дезоблитерацию мочеиспускательного канала; долговременные рассасывающиеся и нерассасывающиеся стенты, открытые уретропластики. Радикальным способом лечения протяженных стриктур уретры (СУ) являются: уретро-уретро-, уретро-простато- или уретро-везикоанастомоз (УУА), буккальная пластика уретры (БПУ) или пластика кожно-фасциальным лоскутом (ПКФЛ) в аугментационном или заместительном их виде.

Цель работы: провести сравнительный анализ периоперационных и функциональных результатов различных видов уретропластики у пациентов со сложными стриктурами уретры.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно оценены клинические данные из историй болезни и амбулаторных карт 899 пациентов со СУ или ее облитерацией, которым выполнены разные виды уретропластик в количестве 1288. Данные собраны в 2003–2016 гг. из трех урологических клиник Украины. Больные обследованы согласно принятым стандартам оказания урологической помощи (оценива-

ли клиническую симптоматику по международному опроснику IPSS, локализацию, протяженность СУ и степень спонгиоза по данным УЗИ и ретроградной/микционной уретроцистографии) – «Наказ МОЗ України № 330». Данные также включали этиологию СУ, предыдущие методы коррекции или выполненные операции, а также периоперационные сведения о кровопотере, времени операции и анестезиологического обеспечения, послеоперационной госпитализации с анализом уровня успеха или неудач/осложнений коррекции мочеиспускательного канала (МИК). Результат лечения оценивался после восстановления самостоятельного мочеиспускания при контрольном амбулаторном или стационарном обследовании больных в течение 3, 6 (n=76) и 12 (n=32) месяцев с момента операции на основании субъективных и объективных параметров (шкалы IPSS, универсального опросника оценки качества жизни, количество остаточной мочи), урофлоуметрии и уретроцистографии (через 3 недели и через 3 месяца), уретроцистоскопии через 3–6 месяцев. Уровень осложнений оценивали по модифицированной шкале Clavien–Dindo. Результат лечения относительно отсутствия рецидива СУ оценива-

ли как хороший, сомнительный, плохой. Цифровой материал математически обработан с помощью метода вариационной статистики с применением критерия Уилкоксона–Манна–Уитни. Отличие между сравниваемыми средними величинами (p) считали существенным и статистически достоверным, если $p < 0,05$ (статпакет MedCalcSoftWarebvba 2012). Степень корреляционной связи между признаками определяли при помощи критерия Пирсона.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты мужского пола в возрасте от 13 до 85 лет (средний возраст – $41,5 \pm 2,3$ лет). Сроки наблюдения составили от 3 до 19 месяцев (в среднем – $12,5 \pm 1,9$ мес.). Из 1288 операций (СУ) внутренняя оптическая уретротомия (ВОУТ) выполнена в 1212 (94,1%) наблюдениях, открытая уретропластика различных видов – в 76 (5,9%). Последняя когорта пациентов согласно видам хирургических вмешательств была разделена на группы: I гр. – аугментационная буккальная уретропластика (АБП) – 17 (22,4%), II гр. – уретро-уретро- или уретро-простатоанастомоз – 40 (52,6%), III гр. – заместительная пластика кожно-фасциальным лоскутом (ПКФЛ) – 8 (10,5%), IV гр. – заместительная буккальная уретропластика – 11 (14,5%). Все хирургические вмешательства осуществлялись в типичном литотомическом положении пациента под пери- или эпидуральной анестезией – у 12 (15,4%) и 20 (26,3%) пациентов, соответственно, тотальной в/в анестезии с эндотрахеальной интубацией – у 44 (56,4%). Выбор анестезиологического пособия обосновывался на предполагаемой продолжительности, объеме операций и степени хирургического риска по индексу сопутствующих заболеваний Чарлсона. С явлениями полной задержки мочеиспускания госпитализировано 66 (86,8%) пациентов, которым как первый этап лечения отведена моча путем эпицистостомии, в том числе троакарной (52,6%). У 58 пациентов (76,3%) причиной стриктуры уретры явилось ее травматическое повреждение: в результате травмы таза и/или промежности, длительной (>2 недель) и/или неоднократной катетеризации мочевого пузыря, повторных бужирований уретры более 3 месяцев. Ятрогенные (послеоперационные) СУ отмечены у 12 (15,4%), поствоспалительные – у пяти (6,6%), врожденная – у одного (1,3%). Рецидивная форма стриктурной болезни МИК имела место у 43 (56,6%), из них 20 (26,3%) – после открытых пластик уретры (УУА, ПКФЛ, БПУ), 10 (13,2%) пациентов – после чреспузырной или позадилоной аденомэктомии.

У 9 (60,0%) пациентов СУ локализовались в простатическом, мембранозном – 14 (93,3%)

или бульбозном – 15 (99,8%) отделах уретры, а их протяженность варьировала от 3 до 8 см в 90,9% наблюдений. Во II гр. локализация СУ в 76,9% была в простатическом отделе, а протяженность составила от 1 до 2 см в 48,7%. В III гр. – 62,5% сужений с локализацией в пенильном или бульбозном отделе, протяженностью >3 см – в 50,0% случаев. В IV гр. – 60,0% СУ локализовались в мембранозном отделе, протяженность их составляла >3 см. Несоответствие количества локализаций СУ (102) числу выполненных оперативных вмешательств (72) обусловлено тем, что 19 (26,4%) пациентов имели смешанную локализацию СУ. Так, в одном отделе СУ имела место у 51 (70,8%) пациента, в двух отделах – у 3 (4,2%). По одному (1,4%) наблюдению локализация СУ в бульбозном и мембранозном отделах, а также в пенильном и мембранозном. У 16 (22,2%) пациентов стриктура распространялась на три отдела: бульбозный, мембранозный и простатический.

Сроки дренирования уретры составляли 12–32 суток. Из них до 15 суток катетер был удален у 20 (27,8%) пациентов, в сроке 15–25 суток – у 41 (56,9%), более 25 суток (25–32 суток) – у 11 (15,3%). Среднее время дренирования уретры в I группе (АБПУ) составило $16,6 \pm 0,7$ дня, во II группе (УУА) – $19,3 \pm 0,7$ дня, в III группе (ПКФЛ) – $19,4 \pm 1,6$ дня, в IV группе (ЗБПУ) – $17,1 \pm 1,1$ дня.

По баллам сложности СУ подразделялись на: низкой степени сложности – 1–3 балла, средней степени сложности – 4–6 баллов, крайне тяжелой степени сложности – >6 баллов. Наиболее часто в исследовании встречались СУ 4 и 5 баллов сложности, соответственно – 24 (33,3%) и 20 (27,8%) случаев, коррекцию большинства из которых, проводили применяя уретро-уретро- или уретро-простатоанастомоз. Таким образом, резекцию суженного и измененного фиброзом участка уретры с наложением анастомоза всегда выполняли в случаях средней степени тяжести СУ МИК, которые в общем составили – 44 (61,1%) наблюдения. СУ легкой степени тяжести в нашем исследовании – не наблюдали. По 5 случаев СУ имели 6 и 7 баллов сложности. При 8 баллах сложности СУ часто коррекцию ее проводили путем аугментационной и/или заместительной пластиками уретры буккальным лоскутом, несколько реже – кожно-фасциальным лоскутом из препуциального листка, – всего у 16 (21,7%) пациентов. Двум (2,6%) пациентам со стриктурами/облитерациями МИК, которые по шкале сложности набирали наивысший балл (10), выполнены АБПУ и ЗБПУ. Следует отметить, что длина стриктур в

последних двух наблюдениях составляла 16 и 18 см, при этом, у пациентов имел место спонгиоз III степени и они были оперированы дважды (ВОУТ) в других лечебных учреждениях.

Период послеоперационной госпитализации варьировал от 19 до 22 суток при открытых уретропластиках и достоверно не отличался в исследуемых группах. Такая же тенденция имела во времени восстановления мочеиспускания: УУА – 19,3 сут., АБПУ – 16,6 сут., ПКФЛ – 19,4 сут., ЗБПУ – 17,1 сут. Средний возраст пациентов в IV гр. был достоверно меньше ($36,7 \pm 4,8$) по сравнению с первой ($42,9 \pm 4,1$), второй ($46,2 \pm 2,4$) и третьей ($43,0 \pm 5,5$) группами ($p < 0,05$), как и средняя длина стриктуры: в IV гр. – $5,3 \pm 0,8$ см по сравнению с $3,3 \pm 0,8$ см в I гр., $2,2 \pm 0,1$ см во II и III гр. ($p < 0,05$), соответственно. Также достоверно чаще в I и IV группах стриктуры уретры и ее облитерации носили рецидивный характер: 93,3% и 80,0%, в отличие от 35,9% и 62,5% во II и III группах.

Значительно больший балл сложности СУ имели пациенты IV гр. $9,1 \pm 0,9$, при значениях $6,8 \pm 0,7$; $6,2 \pm 0,3$; $6,7 \pm 0,8$ в I, II, III группах [11]. При этом длительность заболевания была меньшей в IV гр.: $3,7 \pm 1,6$ мес. против $5,8 \pm 1,5$ мес. во II гр., $4,7 \pm 2,5$ мес. в I гр., $5,0 \pm 2,9$ мес. в III гр. Большинство пациентов выписаны на амбулаторное лечение с уретральным катетером. Его удаляли наиболее часто в сроки 15–17 суток (70% больных).

Через 3 месяца после операции хороший результат первичных уретропластик отметили у 69 (90,8%) пациентов, плохой результат – у четырех (5,3%), сомнительный – у трех (3,9%). В отдаленном послеоперационном периоде (через 9 месяцев) у 31/32 (96,9%) обследованных пациентов отмечен хороший результат. Частота осложнений в раннем периоде (до 1 мес.) составила 15,8% (у 12 из 76 пациентов); в позднем (более 6 мес.) – 30,2%. Среди осложнений раннего послеоперационного периода отмечали осложнения лишь II степени по Clavien: острая задержка мочеиспускания – у 4 (5,3%), односторонний орхоэпидидимит – у 5 (6,6%), промежностный затек – у 3 (3,9%). В позднем послеоперационном периоде от метили осложнения трех видов: Clavien II, IIIb, IV. У 10 (13,2%) пациентов имела место эректильная дисфункция, которая была ликвидирована путем применения ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа и внут-

рикавернозными инъекциями простагландина (Clavien II); у 8 (10,5%) пациентов с эректильной дисфункцией, не поддающейся медикаментозной коррекции, – выполнили эндофаллопротезирование однокомпонентным протезом фирмы AMS (Clavien IIIb). Осложнения в виде рецидива СУ (неуспех уретропластики) отметили у шести (7,9%) больных (Clavien IIIb), что требовало проведения ВОУТ – у 2 пациентов, redo УУА – у 2, повторной ЗБПУ – у одного больного. У 1 (1,3%) пациента была установлена пожизненная ЭЦС (Clavien IV). К сожалению, привести точные данные о количестве эректильной дисфункции не представляется возможным: во-первых, у 54 (71,1%) больных имела место посттравматическая стриктура. Из них до операции, у 18 (23,7%) – отмечено уменьшение индекса ПЕФ < 16. Во-вторых, лишь 31 (41%) пациент после уретропластик был под наблюдением более 6 месяцев.

Следует отметить, что не имелось коррелятивной связи между уровнем осложнений и локализацией, протяженностью, этиологией СУ, диаметром уретрального катетера и временем уретрального дренирования. Однако имела средней степени связь ($r = 0,55$) между опытом хирурга (< 4 уретропластик в год) и количеством открытых хирургических коррекций СУ у одного пациента (> 3 в год) – уровень осложнений в данных ситуациях увеличился в 2,8 раза ($p < 0,05$).

Ограничениями данного исследования является его ретроспективный характер и невозможность более точно и полно оценить частоту рецидивов протяженных (> 2 см) стриктур и облитераций уретры. Последний показатель можно было бы оценить только по максимальному количеству пациентов, которые вернулись в клинику для уретроцистографии и уретроскопии в отдаленном периоде (минимум через 6 и 9 месяцев после хирургической коррекции), что в нашем исследовании составило лишь 29 больных (40,2%). Считаем, что истинная частота рецидивов могла быть несколько выше, при условии более длительного периода наблюдения.

Выводы. Отдаленные хорошие результаты при среднем периоде наблюдения $12,5 \pm 1,9$ мес. отметили 90,8% и 96,9% пациентов со СУ после первичных и повторных уретропластик, плохой результат – у 4 (5,3%), сомнительный – у 3 (3,9%).

Адреса для листування

С.Н. Шамраев

E-mail: shamrayev@gmail.com

МЕНСТРУАЛЬНИЙ ЦИКЛ, ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

С.П. Пасєчніков^{1,2}, Н.О. Сайдакова², В.І. Гродзінський³, П.О. Самчук¹

¹ Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

² ДУ «Інститут урології НАМН України»

³ Івано-Франківська обласна клінічна лікарня

Вступ. Відомо, що фактори гормональної регуляції оваріально-менструального циклу (ОМЦ) відіграють суттєву роль у патогенезі гострого пієлонефриту. Разом з тим, вплив ОМЦ на важкість перебігу гострого необструктивного пієлонефриту (ГНП) залишається невизначеним.

Мета дослідження: вивчити роль оваріально-менструального циклу, як фактора ризику розвитку несприятливого перебігу ГНП у жінок репродуктивного віку (ЖРВ).

Матеріали і методи. Проведено аналіз даних 131 історії хвороб жінок репродуктивного віку, госпіталізованих з приводу ГНП. У 93 жінок (І група) початок захворювання припав на період з 20-го по 5-й день ОМЦ, у 38 жінок (ІІ група) – на період з 6-го по 19-й день. Розраховувався нормативно-інтенсивний показник (НІП) (за мет. О.М. Голяченка, А.М. Сердюка, О.О. Приходського, 1997), ключовим елементом якого були результати математичного аналізу найбільш вагомих факторів та обрахована

мінімальна (<5,26 одиниць) і максимальна (>8,97 одиниць) вірогідність несприятливого перебігу ГНП, проміжок між якими віднесено до категорії підвищеної уваги.

Результати. НІП > 8,97 одиниць відмічено у 94,6±2,4% хворих І групи, проти 18,4±14,6% – ІІ групи (p<0,001). НІП від 5,26 до 8,97 одиниць відмічено у 81,6±7,0% хворих ІІ групи, проти 5,4±10,1% – І групи (p<0,001).

Висновки. Максимальний ризик несприятливого перебігу ГНП у жінок репродуктивного віку виникає при початку захворювання у період з 20-го по 5-й день ОМЦ, що свідчить про потребу лікування в умовах стаціонару. Розвиток ГНП з 6-го по 19-й день ОМЦ зменшує ризик розвитку несприятливого перебігу захворювання, лікування якого може проводитись в амбулаторних умовах під динамічним контролем уролога або лікаря загальної практики/сімейного. Отримані дані дозволяють обґрунтувати показання до госпіталізації та по-новому оцінити принципи профілактики ГНП у ЖРВ.

Адреса для листування

П.О. Самчук

E-mail: doctorspa@ukr.net

РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ГРАФТИНГА БЕЛОЧНОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ: ОПЫТ 15 ЛЕТ

С.Н. Шамраев, И.А. Бабюк, Л.И. Волос

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Введение. Несмотря на успехи реконструктивной хирургии полового члена при болезни Пейрони, анализ отечественных и зарубежных источников литературы свидетельствует о неудов-

летворительных результатах хирургического лечения, поскольку осложнения и рецидивы болезни, как и раньше, остаются на достаточно высоком уровне – от 10% до 70% наблюдений.

Пролиферация фибробластов эмбрионального типа сопровождается метапластической трансформацией, появлением хондро-и остеобластов эмбрионального типа. Это свидетельствует о постоянном прогрессирующем процессе и является прогностически неблагоприятным показателем для назначения консервативной терапии, и, следовательно, основанием для активной хирургической тактики лечения этой категории пациентов. Такой же морфологический процесс происходит в прилегающей кавернозной ткани полового члена, что сопровождается эректильной дисфункцией совместно с механическим компонентом, приводящее к ретракции пениса во время эрекции его искривлению. Задачи хирургического лечения болезни Пейрони – выпрямление полового члена и сохранение достаточной ригидности висячего отдела пениса во время эрекции с возможностью интромаиссии.

Цель работы: оценить отдаленные результаты различных видов графтинга белочной оболочки полового члена болезни Пейрони.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно изучены данные историй болезни 231 пациента, которые перенесли различные виды хирургических коррекций по поводу болезни Пейрони за период с 1999 по 2014 год. Пациенты оперированы на базах кафедры урологии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького (Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение и ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака НАМН Украины»), а также в отделе сексологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины». При выборе вида хирургического лечения учитывали степень деформации пениса, степень его укорочения, наличие кавернофиброза, характер течения заболевания. Предметом морфологического изучения послужили кусочки белочной оболочки и кавернозной ткани полового члена при болезни Пейрони, взятые интраоперационно у 25 больных, находившихся на лечении в отделении урологии ДОКТМО в период 2010–2014 годов. Кусочки ткани фиксировали в 10%-ном растворе нейтрального формалина, заливали в парафин по стандартной методике. На ротационном микротоме МПС-2 изготавливали серийные гистологические срезы толщиной 5 ± 1 мкм, которые потом окрашивали гематоксилином и эозином, по ван Гизону, по Вергоффу, по Массону, на фибрин по Шуенинову, толудиновым синим при рН 2,6 и 5,3, ставили ШИК-реакцию с обработкой контрольных срезов амилазой. Гистологическое исследование про-

водилось с использованием микроскопа Hund H500 (Германия). Исследование проводилось с применением световой и поляризационной микроскопии. Морфологическое изучение и морфометрический анализ гистологических препаратов проводились в отделе патоморфологии Центральной научно-исследовательской лаборатории Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. Нами предложен новый способ морфологической диагностики болезни Пейрони с учетом поляризационно-оптических характеристик коллагена бляшек белочной оболочки, который позволяет повысить точность диагностики болезни Пейрони в гистологических срезах бляшек, что обеспечивает объективность, надежность и адекватность выбора хирургической тактики. Во взятом биоптате фиброзной бляшки полового члена определили структуру коллагеновых волокон гистологического препарата с помощью поляризационно-оптического микроскопа. Дополнительно определили средний коэффициент фенольной реакции на 1 мм^2 бляшки, который составил $1,21 \pm 0,03 - 1,34 \pm 0,04$, что соответствует молодому коллагену и указывает на дизэмбриональный характер патологии и подтверждает наличие болезни Пейрони. В зрелых коллагеновых волокнах средний коэффициент фенольной реакции на 1 мм^2 бляшки был больше 1,5, что соответствовало фиброзу полового члена другого происхождения. Отдаленные результаты оценивали как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Критериями хороших результатов и эффективности хирургического лечения были: отсутствие новых фокусов индукции, отсутствие девиации пениса больше 20° , достаточная для интромаиссии ригидность пениса без использования вазоактивных средств, отсутствие ранних и отдаленных осложнений (нагноений и некроза кожи пениса, вторичных контрактур его пенильной части, синдрома холодной головки пениса и/или ее некроза, синдрома спрятанного полового члена, синдрома «висячей» головки пениса, эректильной дисфункции). Полученные данные обработаны стандартным методом вариационной статистики с определением t-критерия Стьюдента для парного сравнения (IBM PC/AT и статистический пакет «STADIA»).

Результаты и их обсуждение. При пенильных деформациях не больше 45° и нормальной эректильной функции либо при мягких формах эректильной дисфункции выполнялась пликация белочной оболочки ($n=121$). При деформациях, превышающих 45° , с нормальной эректиль-

ной функцией использовалась лоскутная корпоропластика с использованием различных материалов (n=110): по виду хирургической коррекции пациенты разделены на 4 группы. В 1-ю вошли 30 (27,3%) пациентов, которым выполнена аутодермопластика полового члена по методу Austoni. 30(27,3%) пациентам 2-й группы выполнена операция, основанная на новой концепции восстановительной хирургии белочной оболочки – выполнение Н-подобного рассечения бляшки и графтинг дефекта биологической матрицей – гетеротрансплантатом «Коллост». Пяти (4,5%) пациентам, которые вошли в 3-ю группу, покрытие дефекта проводилось аутовенозным лоскутом с *v. dorsalis penis*. При различных деформациях полового члена с сопутствующей эректильной дисфункцией тяжелой степени (4-я группа пациентов, n=45 (40,9%)) проводилось фаллоэндопротезирование, при показаниях, комбинируя его с разными видами корпоропластики. Давность заболевания колебалась от одного года до четырех лет (в среднем $1,4 \pm 0,5$ года). Все пациенты, до хирургического вмешательства, получали консервативное лечение длительностью от 6 месяцев до 2 лет, которое оказалось неэффективным, при этом, четверо пациентов прошли курс рентгенотерапии полового члена.

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

дурации полового члена, которые приведены ниже.

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

В 3-й группе пластика дефекта белочной оболочки осуществлялась аутовенозным лоскутом (*v. Dorsalis penis*). Выделенные участки *v. Dorsalis penis* лигировали, отсекали и вскрывали продольно с дальнейшей консервацией в физиологическом растворе хлористого натрия с добавлением папаверина, гепарина и гентамицина, для дальнейшей подготовки вены в качестве графта белочной оболочки. При ушивании раны устанавливали два активных дренажа, с дальнейшим их извлечением при достижении дебита отделяемой жидкости меньше 5 мл за сутки. В послеоперационном периоде проводили антибактериальную, ангиотропную и дезагрегантную терапию. После заживления раны, с целью профилактики воспалительного процесса и нового повреждения трансплантата, на протяжении 3 месяцев послеоперационного периода ежедневно выполняли ЛОД-терапию, назначали антиоксиданты и ингибиторы фосфодиэстеразы. В 1-й группе дополнительно к лечению назначали кортикостероиды в течение 3 месяцев. Во 2-й и 3-й группах кортикостероиды не использовались.

Период наблюдения за пациентами составил от 9 месяцев до 8 лет. Полная эректильная функция восстановилась на четвертый месяц у 84,2% пациентов 1-й группы, у 96,7% пациентов 2-й группы, 5 (100%) – 3 группы. Осложнения после хирургического вмешательства в раннем послеоперационном периоде мы наблюдали у 3 больных первой группы. В одном случае развился некроз головки полового члена, вероятно, вследствие интраоперационного повреждения дорзальной артерии. Один пациент с рубцовой послеоперационной контрактурой полового органа, вследствие некроза кожи, в дальнейшем перенес скротопластику по Райху. У одного больного заболевание прогрессировало

вследствие нового фокуса индукции белочной оболочки. В (15,8%) наблюдениях диагностирован рецидив криватуры полового члена. Статистический анализ показал достоверное отличие ($p < 0,05$) отдаленных результатов между 1-й и 2-й группами пациентов. Неудовлетворительные функциональные результаты и трудности во время интромиссии отмечались у (14,7%) пациентов 1-й группы и у одного во 2-й группе. При последнем осмотре хорошие результаты констатированы у 58,8% пациентов 1-й группы, у 96,3% пациентов 2-й группы, у 5 (100%) пациентов 3-й группы и у 100% – 4-й группы. Анализируя результаты хирургического лечения внутри 1-й и 2-й групп, мы видим достоверное снижение качества ригидности и удовлетворение результатом лечения с увеличением периода наблюдения ($p < 0,05$) в 1-й группе и отсутствия таких различий во 2-й группе. Пациенты третьей группы, из-за ее малочисленности, в статистическом анализе не участвовали. При гистологическом исследовании операционного материала были выявлены один или несколько очагов гамартозной соединительной ткани в виде участков пролиферации фибробластов эмбрионального типа с метапластической трансформацией и формированием хондродной и остеоидной ткани. Наличие таких морфологических изменений в фиброзной бляшке указывает на дизэмбриогенетический характер патологического процесса, что и определяет болезнь Пейрони. Предложенный способ повыша-

ет точность диагностики болезни Пейрони, что обеспечивает объективность и надежность выбора хирургической тактики, отвечающей требованиям современной урологии.

Выводы. Хирургическое лечение пациентов с болезнью Пейрони проводится с учетом стадии гиалиноза, степени эректильной дисфункции, размеров и локализации бляшек. Пролиферация фибробластов эмбрионального типа сопровождается метапластической трансформацией, появлением хондро- и остеобластов эмбрионального типа, что свидетельствует о постоянном прогрессировании процесса и является прогностически неблагоприятным фактором для назначения консервативной терапии, и, соответственно, основой для активной хирургической тактики лечения этой категории пациентов. Диспластические и метапластические изменения в соединительной ткани белочной оболочки носят множественный мелкоочаговый воспалительный характер, сопровождаются формированием очагов неагрессивного фиброматоза, являются основой для развития новых фиброзных бляшек и, соответственно, ведут к рецидиву болезни, как после консервативной терапии, так и после хирургического лечения. Перечисленные структурные изменения требуют пересмотра объема хирургической коррекции при болезни Пейрони и служат объективной основой для расширения зоны интраоперационного иссечения бляшки белочной оболочки кавернозных тел полового члена.

Адреса для листування

С.Н. Шамраев

E-mail: shamrayev@gmail.com

ЕТИОТРОПНА ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ТРАНСВЕЗИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ З ГОСТРОЮ ЗАТРИМКОЮ СЕЧІ, ІНФІКОВАНИХ TRICHO MONAS VAGINALIS

С.П. Пасечніков^{1, 2}, С.В. Нашеда²

¹ Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

² ДУ «Інститут урології НАМН України»

Мета дослідження: поліпшити результати трансвезикальної простатектомії у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ), ускладнену гострою затрим-

кою сечі (ГЗС), інфікованих *Trichomonas vaginalis*, шляхом застосування етіотропної профілактики ранніх післяопераційних ускладнень (РПУ).

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 153 хворих на ДГПЗ, яким було виконано черезміхурову простатектомію. I група – 69 пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді отримували левофлоксацин, II група – 84 пацієнти, у яких при виявленні *Trichomonas vaginalis*, за допомогою полімеразної ланцюгової реакції, або культуральним методом (тест-система InPouch™TV/TVC) у зіскрібку із сечівника, секреті передміхурової залози і в інтраопераційно видаленій тканині передміхурової залози, додатково призначався орнідазол.

Результати. За даними наших досліджень загальна частота ранніх післяопераційних ускладнень була достовірно вищою в I групі –

52,2±6,0% у порівнянні з II групою – 23,8±4,6% (p<0,001). Зокрема, інфекційно-запальні ускладнення відмічено у I групі у 36,2±5,8% хворих і у 17,9±4,2% (p<0,02) у II групі, а довготривала (більше 7 діб) або профузна макрогематурія – у 17,4±4,6% та 6,0±2,6% (p<0,05) відповідно.

Висновки. Застосування у якості етіотропної профілактики ранніх післяопераційних ускладнень комбінованої терапії левофлоксацин + орнідазол у хворих на ДГПЗ з гострою затримкою сечі, інфікованих *Trichomonas vaginalis*, сприяє покращенню результатів оперативного лікування. Загальна кількість ускладнень зменшилась у 2,2 разу, інфекційно-запальних – у 2 рази, довготривала (більше 7 діб) або профузна макрогематурія – у 2,9 разу.

Адреса для листування

С.В. Нашеда

E-mail: Sergey_NSD@mail.ru

АЛГОРИТМ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПОЛІКІСТОЗ НИРОК

*Л.П. Саричев¹, Я.В. Саричев¹, Г.Л. Пустовойт¹, Ю.В. Курячий²,
С.М. Супруненко¹, Р.Л. Устенко¹*

¹ ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

² Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського

Полікістоз нирок (ПН) є тяжкою двобічною спадковою аномалією нирок. При цьому, клінічний перебіг захворювання обумовлений питомою вагою патологічно змінених нефронів та динамікою росту кіст. Порушення уродинаміки, ниркового лімфо- та кровообігу спричиняють ускладнення у вигляді артеріальної гіпертензії та ниркової недостатності, а приєднання інфекції поглиблює розвиток патологічного процесу. У більшості хворих ПН виявляють на стадії термінальної ниркової недостатності. Середня тривалість життя без хронічного гемоділізу чи пересадки нирки при цьому не перевищує 50 років.

Був узагальнений 13-річний досвід моніторингу 212 хворих на ПН: чоловіків – 93 (43,8%), жінок – 119 (56,1%). Середній вік 37,4±2,8 року. Об'єм обстеження включав загальний аналіз крові, сечі, бактеріологічний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, пробу Реберга-Тареева, УЗД у режимах сірої шкали та кольорового доплерівського картування, що дозволяло оцінювати розмір та розташування кіст, струк-

турний стан та функцію контралатеральних нирок окремо. Простежувалась пряма залежність між збільшенням об'єму нирок, погіршенням показників ниркової гемодинаміки, порушенням функціонального стану нирок та наростанням клінічної симптоматики.

Наявність поодиноких симптоматичних кіст >6 см та множинних симптоматичних кіст >4 см були показанням до перкутанної ігніпунктури з ультразвуковим контролем під місцевою анестезією. При вирішенні питання щодо першочерговості оперативного втручання виходили з клінічної симптоматики та об'єктивної характеристики функціонального стану кожної з нирок. Характерно, що у групі зі 141 особи, у яких діагноз ПН був встановлений за наявності клінічної симптоматики, у 41,8% випадків були показання до ігніпунктури, тоді як у групі із 71 «активно» виявлених хворих (найближчих родичів хворих на ПН) цей показник не перевищував 5,6%.

У післяопераційному періоді 54 (91,5%) із 59 хворих відмічали покращення загального

стану, зменшення больового синдрому, нормалізацію чи зменшення показників артеріального тиску та біохімічних показників крові. Спостерігалось достовірне ($p < 0.05$) зменшення об'єму нирок: правої – з $932,4 \pm 126,8 \text{ см}^3$ до $618,9 \pm 118,7 \text{ см}^3$; лівої – з $928,64 \pm 137,6 \text{ см}^3$ до $622,4 \pm 136,8 \text{ см}^3$. Покращувались імпульсні показники та хвилинний об'єм кровотоку в ниркових артеріях. У термін до 6 місяців у 47% ви-

падків, до 12 місяців у 34% випадків та до 3 років у 19% випадків спостерігали стабілізацію загального стану, лабораторних показників та ниркової гемодинаміки. По мірі відновлення об'єму кіст відмічалось погіршення лабораторних, доплерометричних показників та наростання клінічної симптоматики, що було показанням до виконання повторних мінімально інвазивних оперативних втручань.

Адреса для листування

Л.П. Саричев

E-mail: leonid.sarychev@gmail.com

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)

В.Ю. Белов, И.М. Антонян, О.Н. Геглюк, Н.Б. Полякова

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Введение. Актуальность вопроса доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) была и будет насущной для стареющего общества. Практически каждый мужчина ранее или позднее столкнется с этой проблемой – с возрастом заболеваемость достигает 90%.

Предпочтения пациентов являются определяющим компонентом в выборе правильного лечения ДГПЖ, особенно в связи с многообразием и сложностью прогнозирования развития симптомов, их влиянием на жизнь пациентов. Это отражено и в практических рекомендациях, подчеркивающих важность оценки предпочтений пациента в выборе метода лечения в комплексе с их результатами, с точки зрения пациента.

В связи с широким распространением консервативной терапии с 1987 года [10], насущным стал вопрос оценки качества проводимого лечения с позиции лечащего врача и имеющих объективных (клинических) данных, но и с субъективной точки зрения пациента, его оценки изменения симптомов и удовлетворенности результатами лечения.

Материалы и методы. Исследование основано на оценке результатов как оперативного, так и консервативного лечения 423 пациентов с ДГПЖ, которые проходили лечение на базе Областного нефро-урологического центра им. В.И. Шаповала (г. Харьков) в 2012 и 2015 гг.:

I. Консервативная терапия в 2015 г. (результаты через 12 месяцев консервативной терапии) – 62 пациента;

II. Хирургическое лечение в 2015 г. (результаты через 12 месяцев после оперативного лечения) – 173 пациента;

III. Хирургическое лечение в 2012 г. (результаты через 36 месяцев после оперативного лечения) – 188 пациентов.

Качество жизни пациентов до и после различных методов лечения оценивали с применением международной системы суммарной оценки симптомов заболеваний нижних мочевых путей (IPSS), глобального индекса качества жизни (QoL), международного индекса эректильной дисфункции (IIEF) и индекса оценки эякуляторной функции (MSHQ-EjD) [3, 5].

Изучение качества жизни пациентов включало в себя исследование показателей IPSS, QoL, и IIEF через 12 и 36 месяцев с момента начала лечения.

Эффективность как хирургического, так и консервативного лечения оценивали по соответствию показателей перечисленных международных шкал нормальным или соответствию легкой степени тяжести.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета программ «SPSS Statistiks v22.0».

При сравнении данных в группах пациентов использовался критерий ANOVA Краскела–Уоллиса. Если $p > 0,05$, то различие между группами считалось недостоверным. Разница между группами при $p < 0,05$ считалась статистически достоверной. Сравнение показателей до и после лечения проводили с применением критерия Вилкоксона.

Результаты и обсуждение. Данные представлены по группам в зависимости от сроков и вида лечения: группа I – медикаментозная терапия, результаты после 12 месяцев приема препаратов, группа II – хирургическое лечение, результаты через 12 месяцев после оперативного вмешательства и группа III – хирургическое лечение, результаты через 36 месяцев после оперативного вмешательства.

Согласно анализу с помощью критерия Шапиро–Уилка, все исследуемые показатели отличались от нормального типа, поэтому для их оценки использовались медиана (Me), нижний (Q25%) и верхний (Q75%) квартили, минимальное (Min) и максимальное (Max) значение показателей, а также количество пациентов (n).

Изменения суммы баллов по шкале IPSS и глобального вопроса QoL во всех исследуемых группах происходило следующим образом: оба показателя значительно улучшались по истечении 12 месяцев и имели тенденцию к улучшению через 36 месяцев.

В целом, результатами лечения удовлетворены 90,8% (384), не удовлетворены – 9,2% (39). Отмечено умеренное превосходство в группах

хирургического лечения: в I группе результатами лечения удовлетворены 87,1% (54), во II – 93,6% (162), в III группе – 92,0% (173).

Наибольшую тревогу у пациентов вызывали следующие проявления заболевания: в I группе (n = 62) пациенты отмечали сохранение умеренной обструктивной симптоматики в 1,3% (8) случаев, гиперактивности – в 0,3% (2), эректильной/эякуляторной дисфункции – в 1,1% (7) случаев. Во II группе (n = 173) обструктивные симптомы отмечали 3,5% (6), гиперактивность – 4,6% (8) и эректильную/эякуляторную дисфункцию – 5,2% (9). В III группе (n = 188) обструктивные симптомы отметили 6,4% (12), гиперактивность – 4,8% (9), эректильную/эякуляторную дисфункцию – 5,6% (11).

Выводы. Проведенное нами исследование убедительно демонстрирует высокий уровень качества жизни пациентов как после медикаментозного, так и после хирургического лечения ДГПЖ через 12 и 36 месяцев. Показатели качества жизни после оперативного лечения умеренно превосходят таковые при медикаментозной терапии, однако при выборе индивидуальной тактики лечения следует учитывать возможность исключения операционного риска, несогласие ряда пациентов на оперативное вмешательство и финансовую нагрузку на пациента при различных методах лечения. В настоящее время проводится изучение уточненных показателей качества жизни в зависимости от метода оперативного вмешательства и различных вариантов комбинированной медикаментозной терапии.

Адреса для листування

И.М. Антонян

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

ПРОГНОСТИЧНА СТРАТИФІКАЦІЯ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОГО РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

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

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Тактика лікування місцево-поширеного раку передміхурової залози (РПЗ) – одне із найбільш невизначених питань сучасної онкології. Більшість робіт, присвячених оцінці онкологічних результатів радикальної простатектомії (РПЕ), променевої терапії або мультиmodalного лікування хворих місцево-поширеним

РПЗ, стикаються з проблемою неоднорідності даної групи. Таким чином, необхідно переглянути існуючу систему розподілу хворих місцево-поширеним РПЗ і розробити їх оптимальну клінічну стратифікацію.

Мета дослідження: розробити модель прогностичної стратифікації клінічно місцево-роз-

повсюдженого РПЗ для передбачення онкологічних результатів РПЕ.

Матеріали та методи дослідження. За період із серпня 2002 до лютого 2015 р., на базі ДУ «Інститут урології НАМН України» РПЕ була проведена 403 хворим. Об'єктом дослідження стали 102 (25%) хворих, що мали встановлену доопераційну стадію $cT_3N_0M_0$.

Результати. За час спостереження, який склав у середньому $50,6 \pm 9,4$ (12–129) міс. живі 86 (84,3%), померли 16 (15,7%) хворих, у т.ч. 7 (6,9%) від РПЗ або його ускладнень. Біохімічний рецидив констатовано у 48 (47,1%) хворих. За час спостереження 5-річна безрецидивна виживаність склала 51,9%, 5-річна канцерспецифічна – 93,5%. На основі трьох основних клінічних факторів ризику, було створено модель прогностичної стратифікації клінічно місцево-поширеного РПЗ на три підгрупи: низького ризику – при відсутності даних за інвазію в сім'яні міхурці (стадія cT_3a), ПСА < 20 нг/мл, показнику Глісона при біопсії ≤ 6 ; проміжного ризику – за наявності одного із несприятливих факторів прогнозу: стадія cT_3b , ПСА ≥ 20 нг/мл,

Глісон ≥ 7 ; та високого ризику – за наявності 2 і > негативних прогностичних факторів. Біохімічний рецидив у групах низького, проміжного та високого ризику констатовано відповідно у 14,3, 37,1 та 62,3% хворих ($p < 0,05$), а ризик його розвитку, у хворих проміжного ризику зростав в 3,5, високого – у 9,9 разу.

Висновки. Запропонована прогностична стратифікація місцево-поширеного РПЗ на три групи ризику є простою у застосуванні практичними спеціалістами та дослідниками для вибору оптимальної тактики лікування хворих III клінічної стадії РПЗ. У більшості хворих низького ризику, РПЕ може бути ефективною, як самостійний метод лікування. Ризик розвитку біохімічного рецидиву місцево-поширеного РПЗ при належності хворого до групи проміжного ризику зростає в 3,5, високого – в 9,9 разу. У хворих групи високого ризику, у переважній більшості випадків, захворювання має агресивний перебіг і вони повинні бути в центрі уваги дослідників нових методик та схем комплексного підходу у лікуванні РПЗ.

Адреса для листування

М.В. Вікарчук

E-mail: vikarchuk@email.ua

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ СПЕРМОГРАМИ ПРИ ЛІКУВАННІ ІДІОПАТИЧНОЇ ЧОЛОВІЧОЇ НЕПЛІДНОСТІ

М.І. Бойко, І.С. Чернокульський, О.М. Бойко

*ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС
НМУ імені О.О. Богомольця*

Вступ. Незважаючи на інтенсивний розвиток андрології та репродуктології, за різними даними від 30 до 75% випадків чоловічої неплідності не мають встановленої причини. Звичайно ж ідіопатичні форми неплідності – форми з поки ще не вивченим етіопатогенезом. Ідіопатичну форму безпліддя діагностують у разі відсутності запліднення впродовж року регулярного статевого життя пари та неможливості визначення причини, що спричиняє хворобу.

Одними з ймовірних факторів таких змін є наявність оксидативного стресу та недостатнє надходження в організм чоловіка з харчовими продуктами необхідних для дозрівання сперматозоїдів поживних речовин (вітамінів, амінокис-

лот, мікроелементів). Цьому є безліч підтверджень.

Під впливом різних факторів (тютюнопаління, хронічний стрес, шкідливий спосіб харчування, варикоцеле, радіо-, хіміотерапія та ін.) значно зростають концентрації реактивних форм кисню (РФК), що формуються в живих клітинах як побічний продукт нормального кисневого метаболізму і грають важливу роль у передачі клітинних сигналів. Внаслідок цього відбувається розвиток окислювального стресу (ОС), що призводить до порушення внутрішньоклітинних структур. Наявність високих рівнів РФК відмічається в спермі за даними дослідників близько 25–40% неплідних чоловіків.

Фармацевтичні компанії ведуть розробки препаратів, що покращили б потенціал фертильності чоловіків. Дія більшості з цих препаратів заснована на антиоксидантних та метаболічних властивостях компонентів, що входять до складу цих препаратів.

Препарат «Новофертил» є комплексним препаратом для лікування неплідності. Він містить: L-карнітин, L-аргінин, L-глутатіон, коензим Q₁₀, цинк, мідь, селен, вітамін B₆, вітамін B₉ (фолієву кислоту), вітамін B₁₂, вітамін C, вітамін D та вітамін E.

Є безліч робіт щодо позитивного впливу вітамінів, амінокислот та мікроелементів на показники спермограми. Зокрема показано, що карнітини відіграють важливу роль у забезпеченні функціональної здатності сперматозоїдів, впливаючи на їх рухливість, морфологію, концентрацію і загальну кількість в еякуляті. Зокрема, L-карнітин та ацетил-L-карнітин, що впливають на енергетичний метаболізм сперматозоїдів. Карнітини також допомагають захистити сперматозоїди, зменшуючи продукцію вільних радикалів та покращуючи захист від них.

Вивчено вплив аргініну на морфофункціональні показники сперматогенезу шурів при опроміненні рентгенівськими променями. Встановлено, що введення в шлунок аргініну (48 днів) корегує індуковане опромінення, порушення сперматогенезу, яке супроводжувалося пошкодженням сперматогенного епітелію, зниженням концентрації сперматозоїдів, їх рухливості і життєздатності.

Важлива роль належить L-глутатіону у зв'язуванні вільних радикалів, відновленні пероксиду водню та інших пероксидів, що запобігає розвитку вільнорадикальних процесів. Механізм захисту полягає в окисненні SH-групи самого L-глутатіону з утворенням окисненої форми і збереженням SH-груп білків в активній відновленій формі.

Коензим Q₁₀ діє як антиоксидант і речовина, що забезпечує енергетичний метаболізм та цілісність джгутиків сперматозоїдів. Дослідження продемонстрували позитивну кореляцію між впливом коензиму Q₁₀ і якістю сперматозоїдів.

Цинк важливий для продукції сперматозоїдів. У неплідних чоловіків знайдено нижчі рівні цинку сім'яної плазми, ніж у фертильних чоловіків. Мідь є нормальною складовою сперми і структурним компонентом проміжної частини джгутиків сперматозоїдів, присутня в сім'яній плазмі. Вимірюючи рівень міді в різних порціях еякуляту, дослідники встановили, що

рівень міді був значно вище в перших порціях і нижче в другій половині. Тобто мідь присутня в усіх складових репродуктивної системи, хоча вважається, що основним її джерелом є яєчка. Селен – сильний антиоксидант і він, як припускають, стабілізує цілісність джгутика сперматозоїда. Дефіцит селену пов'язують із слабкою рухливістю сперматозоїдів; потрапляння селену до організму у достатній кількості, може збільшити рухливість сперматозоїдів.

Вітамін B₉ (або фолієва кислота) відіграє важливу роль у синтезі нуклеїнових кислот. Її недостатність призводить до проблем з клітинним поділом, що відіграє центральну роль у сперматогенезі. Вітамін B₆ покращує рухливість сперматозоїдів та їх здатність проникати в яйцеклітину. Вітамін B₁₂ задіяний в дозріванні клітин та синтезі ДНК. Дефіцит B₁₂ спричиняє зменшення числа і рухливості сперматозоїдів. Вітамін C – антиоксидант присутній в сім'яній плазмі. Збільшення вітаміну C в раціоні, за результатами дослідження поліпшило якість сперматозоїдів курців. Вітамін E стимулює сперматогенез на всіх його етапах, що призводить до збільшення кількості сперматозоїдів. Також за рахунок сильних антиоксидантних властивостей вітамін E захищає дозріваючі сперматозоїди від вільних радикалів, покращуючи їх морфологічні параметри. Нещодавно деякими дослідженнями було доведено досі невідому фізіологічну роль вітаміну D у стероїдо- та сперматогенезі, що значно розширило його застосування у чоловіків із проблемами чоловічої неплідності.

Мета дослідження: вивчення динаміки змін показників спермограми при лікуванні ідіопатичної чоловічої неплідності препаратом «Новофертил®».

Матеріали і методи. Відбір дослідного матеріалу. В процесі виконання даного дослідження проаналізовано зразки сперми 62 чоловіків, що консультувались з приводу неплідності в Науково-практичному центрі профілактичної та клінічної медицини, який є клінічною базою кафедри урології НМУ імені О.О. Богомольця. Усі пацієнти репродуктивного віку (від 26 до 38 років) та мають історію безплідності у парі протягом ≥1 року. Пацієнти протягом 12 тижнів отримували препарат «Новофертил®» (Salix, Італія) по 1 капсулі двічі на добу. Кожна капсула масою 875 мг містить: L-карнітин, L-аргінин, L-глутатіон, коензим Q₁₀, цинк, мідь, вітамін B₆, вітамін B₁₂, вітамін C, вітамін D, вітамін E, фолієву кислоту та селен.

Параметри спермограми оцінювались до та після курсу лікування. Спермограма. Зразки спер-

ми збирались згідно з вимогами ВООЗ (2010) методом мастурбації після 2–6 днів утримання від статевих актів. Після чого виконувалось зрідження зразків як мінімум протягом 30 хвилин при кімнатній температурі. Показники спермограми (об'єм сперми, концентрація сперматозоїдів, їх рухливість, морфологія та процент живих форм) оцінювались за допомогою світлооптичної мікроскопії, згідно з директивами, щодо проведення спермограм (ВООЗ, 2010). Використовувався світлооптичний мікроскоп «Carl Zeiss» (Німеччина).

Статистичний аналіз. Дані в таблиці представлені як: середнє значення \pm стандартне відхилення ($X \pm \Gamma$) для інтенсивних показників та середня питома вага з мінімальним та максимальним показником відповідного параметру [$X_{\%}$ (min-max)] для екстенсивних показників. Порівняння двох груп проводилось з використанням методів порівняння пропорцій (Z-критерій). Для кількісних показників порівняльна оцінка між групами проводилась з використанням критерія Вілкоксона–Манна–Уїтні (U). Усі статистичні методи аналізу та розраховані показники оцінювались (порівнювались) при заданому граничному рівні похибки першого роду (\pm) не вище 5% – $p < 0,05$ (статистична значимість не нижче 95%). Статистичний аналіз вищевказаними параметричними та непараметричними методами проводився з використанням Microsoft Office Excel 2010.

Результати. Впродовж 3-місячного курсу антиоксидантної та метаболічної терапії препаратом «Новофертил®» пацієнтам кожні 4 тижні терапії виконувалась спермограма, з метою оцінки динаміки змін показників, що відображена в таблиці та на діаграмі.

За 2 тижні терапії статистично значимі зміни спостерігались лише за показником концентрації сперматозоїдів, що зріс з $9,14 \pm 5,13$ до $15,65 \pm 6,98$ млн/мл, $p < 0,05$. Інші показники також зазнали позитивних змін, проте не значимих статистично.

Після курсу лікування у дослідній групі відмічається істотно статистично значиме покращення досліджуваних параметрів спермограми (окрім об'єму сперми).

Більш ніж у два рази зросла концентрація сперматозоїдів: з $9,14 \pm 5,13$ до $23,35 \pm 7,67$ млн/мл, $p < 0,05$. Тобто в середньому показник концентрації сперматозоїдів увійшов у межі норми, згідно з нормативами по оцінці спермограм ВООЗ 2010.

Майже на третину покращився показник нормальної морфології сперматозоїдів: з $35,14$ (7–81) до $45,67$ (19–87), $p < 0,05$.

Кількість прогресивно рухливих форм сперматозоїдів збільшилась з $30,86$ (7–53) до $47,87$ (18–72) $p < 0,05$.

У партнерок 5 з 62 пацієнтів протягом курсу лікування препаратом «Новофертил®» було зафіксовано хімічну вагітність, що була досягнута природним шляхом. А саме на 5-му, 7-му та у трьох жінок на 9-му тижні лікування препаратом. Після закінчення прийому препарату протягом 2 місяців ми зафіксували ще 17 випадків хімічної вагітності, досягнутої природним шляхом.

Дане дослідження демонструє виражений терапевтичний ефект антиоксидантної та метаболічної терапії комплексом БАР та мікроелементів *in vivo*, що не протирічить результатам інших науковців, які вивчали вплив окремих БАР та мікроелементів на потенціал чоловічої фертильності, а саме цілісність ДНК сперматозоїдів.

Як видно з результатів дослідження, антиоксидантна та метаболічна терапія покращує ті показники, що формуються під час сперматогенезу: концентрація сперматозоїдів, кількість морфологічно нормальних форм; залежать від сперматогенезу та дії патологічних чинників під час або після нього (наприклад, ОС): фрагментація ДНК, кількість прогресивно рухливих та живих форм; та не впливає на об'єм сперми, тобто секрецію сім'яної плазми.

Отримані дані не протирічать гіпотезі про механізми ушкодження ДНК сперматозоїдів після сперматогенезу. Вони також і не виключають можливості дії проведеної терапії протягом тестикулярного періоду розвитку гамет, проявляючи сприятливу дію на як на сперматогенні клітини, так і на клітини Сертолі (суспензоцити), призводячи до кращої функції механізмів захисту від ОС.

Що ж стосується покращення параметрів спермограми після терапії різними БАР та мікроелементами, наші дослідження співпадають із результатами, отриманими після 6-місячного лікування вітаміном Е та після 3-місячної терапії вітаміном Е і селеном [28], де науковці спостерігали покращення показників концентрації та рухливості сперматозоїдів. Покращення рухливості сперматозоїдів спостерігала також інша група вчених після 3-місячного курсу прийому вітамінів С, Е та селену. Проте, інша група дослідників не знаходила клінічного ефекту від застосування комбінації вітамінів С і Е.

Такі відмінності можуть бути пояснені як індивідуальними особливостями сприйнятливості подібної терапії, так і переважаючим патологічним фоном у дослідній групі, також

іншими характеристиками дослідної групи та тривалістю лікування. Можливо, що ОС залучається до етіології дефектного сперматогенезу в одних пацієнтів, і не впливає на цей процес в інших.

Висновки

1. Терапія комплексом антиоксидантів та метаболітів препарату «Новофертил®» сприяє покращенню кількісних (концентрація сперматозоїдів зростає більш, ніж у два рази) та якісних (приблизно на третину збільшились показники прогресивної рухливості та нормальної морфології) параметрів спермограми.

2. Мінімальний курс застосування препарату «Новофертил®» складає 3 місяці, що по-

криває термін повного циклу сперматогенезу, дає статистично значиме покращення показників фертильності чоловіків та вірогідніше сприяє настанню вагітності у партнерок пацієнтів. За відсутності клінічного ефекту лікування слід продовжувати.

3. Терапія препаратом «Новофертил®» рекомендована пацієнтам з ідеопатичною неплідністю, високими рівнями фрагментації ДНК, оліго-, астено- і тератозооспермією, або при поєднанні вищезазначених станів, а також при підготовці до циклів ДРТ в якості монотерапії та в поєднанні з іншими засобами, що покращують потенціал фертильності чоловіків.

Адреса для листування

М.І. Бойко

E-mail: profboiko@gmail.com

МОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КРИСТАЛІВ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ ТА ЇЇ ДИГІДРАТУ У ХВОРИХ НА ТРАНЗИТОРНУ СЕЧОКИСЛУ ГІПЕРКРИСТАЛУРІЮ

В.В. Черненко, В.Й. Савчук, В.М. Крочук, Д.В. Черненко, Н.І. Желтовська

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Незважаючи на значні досягнення сучасних методів руйнування та видалення каменів із сечовидільної системи, актуальною залишається проблема захворюваності на сечокам'яну хворобу, яка на сьогоднішній день наближається до 5% серед населення та спонукає до подальшого вивчення станів, які передують їй виникненню. Проведено вивчення кристалів, виділених 32 хворими на транзиторну сечокислу гіперкристалурію. Метою дослідження було встановлення механізмів, а також умов зародження та росту кристалів, виходячи з їх морфологічних та онтогенетичних особливостей. Переважною мінеральною фазою вивчених кристалів є дигідрат сечової кислоти. Кристали його належать до ромбічної сингонії. Наявність трьох взаємоперпендикулярних площин симетрії свідчить про їх приналежність до ромбо-пірамідального виду симетрії. На другому місці за поширенням є власне сечова кислота. Утворювані нею кристали належать до моноклінної сингонії. Структурна близькість обох речовин зумовила значну подібність утворюваних кристалів, відрізнити які можна тільки за допомогою гоніометричних чи структурних досліджень. За розміром, зовнішнім

виглядом, утворюваними агрегатами і забарвленням індивіди сечової кислоти майже не відрізняються від її дигідрату. Габітусні форми обох мінералів практично однакові. Характер зональності кристалів практично такий же як у її дигідрату. Чистих різновидів як сечової кислоти, так і її дигідрату ми не зустрічали. Завжди на рентгенограмах одного кристалу відмічали лінії іншого. Виходячи з взаємовідношення різних мінеральних фаз, їх складу та форми кристалів, можна виявити декілька етапів біогенного кристалоутворення, в процесі якого утворились кристали двох генерацій. Також виявлено два розмірних піка кристалів сечової кислоти та її дигідрату. Розміри більшості кристалів першої генерації були в межах 30–50 мкм, а другої генерації – 700–900 мкм. Кристали першої генерації обмежені найбільш щільними гранями, що свідчить про ріст з малою швидкістю в розчині невисокої концентрації. Друга генерація відрізняється від попередньої ознаками швидкого скелетного росту. Округлені грані кристалів другої генерації з ірраціональними індексами свідчать про швидкий ріст з сильно перенасиченого розчину. Це вказує на те, що концентрація сечової кислоти

була значно вища, ніж при рості кристалів першої генерації. Характерною властивістю кристалів другої генерації є спайність. Серед кристалів другої генерації багато здвоєних та розщеплених кристалів. Причина розщеплення має структурну природу та викликана сумісним ростом блоків сечової кислоти та її дигідрату. Одночасно з цими процесами відбувалось утворення полімінеральних агрегатів. Судячи з агрегатів кристалів другої генерації, а також спостережаного взаємного наростання мінеральних кристалів один на одного можна зробити висновок, що агрегати цих речовин утворювались в декілька стадій. Значні зміни рН середовища від різко кислих до лужних призвели до перемінного утворення кристалів сечової кислоти та її дигідрату, а також різних видів фосфатів, що є

суттєво для розвитку ниркових каменів. У цей же період відбувалось утворення радіально-променевих сферолітових агрегатів у завислому стані, про що свідчить їх правильна сферична форма. Формуванню радіально-променевих сферолітових агрегатів сприяють коливання концентрації мінералоутворюючого розчину, підвищення його в'язкості (формування гелю складного складу), та є проявом крайнього ступеня розщеплення кристалів. Виявлені радіально-променеві агрегати схожі з ядрами сфероліто-дендритів жовчних та ниркових каменів, що може вказувати на гіперкристалурію, як «передкам'яний стан». Це свідчить за необхідність проведення корекції метаболічних порушень, рН сечі з метою проти метафілактики сечокам'яної хвороби у цих пацієнтів.

Адреса для листування

В.В. Черненко

E-mail: uronauka@ukr.net

ЗНАЧЕННЯ ПОЛІФОКАЛЬНОЇ БІОПСІЇ ПРОСТАТИ ПРИ НЕГАТИВНОМУ ЛАБОРАТОРНОМУ СКРИНІНГУ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Л.І. Красилюк, О.В. Руденко, Д.О. Кузнецов, А.С. Мундхер

Одеський національний медичний університет

Рак передміхурової залози (РПЗ) – широко поширене захворювання у чоловіків старше 55 років та посідає в Україні в структурі чоловічої онкопатології четверте місце. З метою раннього виявлення цієї патології визначення простатоспецифічного антигену крові (ПСА) є стандартом скринінгу. Граничним рівнем підвищення ПСА за звичай вважають > 4,0 нг/мл. Є сучасні дані, що при використанні даного рівня до 30% випадків РПЖ залишаються не діагностованими.

Мета дослідження – оцінити значення поліфокальної біопсії передміхурової залози (ПФБПЗ) в діагностиці РПЗ при фізіологічних рівнях ПСА.

Обстежено 31 пацієнта віком від 52 до 69 років з рівнем загального ПСА до 4,5 нг/мл і сумнівними даними, отриманими при виконанні трансректального ультразвукового дослідження (ТРУЗІ) передміхурової залози і пальцевого ректального дослідження. У дизайн обстеження включено: збір анамнезу і скарг, загальноклінічні аналізи, бактеріологічне і бакте-

ріоскопічне дослідження секрету передміхурової залози, УЗД сечового міхура з визначенням обсягу залишкової сечі, ТРУЗД передміхурової залози, дослідження загального і вільного ПСА, щільності ПСА, пальцеве ректальне дослідження. Оцінку СНСШ проводили за допомогою Міжнародної системи сумарної оцінки простати (IPSS), Індексу оцінки якості життя (QoL), урофлоуметрії.

ПФБПЖ виконана 31 пацієнту з рівнем загального ПСА від 1,5 до 4,5 нг/мл.

Відношення вільного ПСА до загального ПСА було від 11% до 17% (у середньому 15%), щільність ПСА складала від 0,1 до 0,2 нг/мл/см³ (у середньому 0,14 нг/мл/см³). Об'єм передміхурової залози складав за даними ТРУЗД від 30 см³ до 57 см³ (в середньому 43 см³).

У 19 пацієнтів (61,3%) був верифікований РПЖ, у решти – ДГПЖ. При цьому у 13 з 19 хворих з РПЖ (68,4%) за ступенем диференціації пухлина переважно була представлена низькодиференційованим ступенем градації (G3), що в свою чергу передбачає швидку прогресію

пухлини та її низьку чутливість до гормональної терапії.

Отримані дані свідчать про значну цінність виконання ПФБПЖ у пацієнтів з фізіологіч-

ними рівнями ПСА і сумнівними даними, отриманими при комплексному обстеженні, з метою ранньої діагностики РПЖ і своєчасного його лікування.

Адреса для листування

Л.І. Красилюк

E-mail: krasilyuk@gmail.com

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ НЕЗАПАЛЬНОЇ ФОРМИ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ЧОЛОВІКІВ

О.В. Руденко, Л.І. Красилюк

Одеський національний медичний університет

Розповсюдженість хронічного простатиту (ХП) в чоловічій популяції складає до 20%, при цьому частота хронічного абактеріального простатиту – 90% (Volpe M., Te A., 2004; Pontari M., 2009). На якість життя таких хворих впливають не тільки прояви хвороби, але й супутні психопатологічні розлади, нерідко виникають порушення копулятивної та генеративної функцій, сімейна та суспільна дезадаптація (Clemens J.Q. et al., 2009). Проблема діагностики незапальної форми синдрому хронічного тазового болю (СХТБ) у чоловіків як однієї з складових ХП набуває в сучасній урології все більшу актуальність. Але до сьогоднішнього часу немає єдиного погляду на природу цього захворювання.

Метою нашого дослідження є обґрунтування диференційованого підходу до діагностики синдрому хронічного тазового болю у чоловіків.

На базі клініки урології Одеського національного медичного університету нами обстежено 24 чоловіки із запальною формою синдрому хронічного тазового болю. Середній вік склав $33,62 \pm 6,73$. В обстеження не включалися хворі, які перенесли оперативні втручання на органах малого тазу та хворі з полінейропатіями. Обстеження включало: анкетування, об'єктивне обстеження, включаючи нейроурологічне; лабораторну діагностику (загальний аналіз крові та сечі, мікроскопія мазка з уретри та секрету передміхурової залози, бактеріологічне дослідження секрету передміхурової залози), ультразвукове дослідження передміхурової залози, сечового міхура та органів калитки, а також визначення швидкості кровотоку в а. pudenda в каналі Алкока за допомогою УЗ-доплерівського скануван-

ня); сфінктерна електроміографія, МРТ органів малого тазу та рентгенологічне дослідження за показаннями.

Виходячи з результатів дослідження нами встановлено, що у 14 хворих діагностована пудендопатія, яка підтверджується даними нейроурологічного обстеження, зниженням кровотоку в статевій артерії в каналі Алкока при УЗ-доплерівському скануванні та позитивною динамікою після виконання блокади статевого нерва. У 5 хворих діагностовано piriformis-синдром за допомогою нейроурологічного обстеження та МРТ малого тазу, де оцінювали m. piriformis, а також над- та під грушеподібні отвори. У 3 хворих діагностовано синдром леватора, який підтверджується даними нейроурологічного обстеження та сфінктерною електроміографією, де чітко визначається гіпертонус анального сфінктера. Синдром внутрішнього obturatorного м'яза діагностовано у 1 хворого на основі характерних скарг, нейроурологічного обстеження та МРТ малого тазу, оцінювали m. obturatorius internus та простір між obturatorними м'язами. Ще в одного хворого виявлено уретропростатичний рефлюкс, що підтверджено даними висхідної ретроцистографії.

Таким чином, нами встановлено, що основними причинами запальної форми СХТБ у чоловіків є пудендопатія та міофасціальні больові синдроми малого тазу. В свою чергу, проблема диференціального підходу до діагностики даної патології обумовлена складністю нейровізуалізації, яка потребує спеціальних методів дослідження, а також додаткових знань та вмінь спеціалістів, які займаються даною проблемою.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕЙРОНИ

В.П. Стусь¹, А.Л. Суварян^{1, 2}

¹ Днепропетровская государственная медицинская академия

² Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова

Введение. Болезнь Пейрони (БП) или фибропластическая индурация полового члена – заболевание, характеризующееся фиброзным поражением белочной оболочки кавернозных тел, приводящее к искривлению полового члена, развитию эректильной дисфункции и нарушению копулятивной функции. Распространенность заболевания составляет по данным разных авторов от 0,4% до 9%. Наибольшая распространенность заболевания в возрасте 55–60 лет. Mulhall и соавт. сообщили, что у 10% пациентов, включенных в их исследование, заболевание отмечалось в возрасте до 40 лет.

Факторами риска при БП являются возраст, сахарный диабет, курение, кавказское происхождение и генетическая предрасположенность. По данным многочисленных исследований, возраст и травма также могут стать факторами риска для БП. При сахарном диабете возникают более выраженные искривления. Существенное значение имеет генетическая предрасположенность: у 20% пациентов и у 9% членов семьи с БП отмечается контрактура Дюпюитрена. Другие факторы, такие как гипертония, гиперлипидемия, ишемическая болезнь сердца, употребление алкоголя, заболевания, передаваемые половым путем, и урологические операции в анамнезе существенного влияния на БП не имеют.

В настоящее время консервативное лечение не эффективно. Оно проводится в первый год для стабилизации заболевания. Основной метод лечения болезни Пейрони – оперативный. Цель оперативного лечения – восстановление копулятивной функции пациента. Если нарушение копулятивной функции обусловлено искривлением полового члена с сохранной эрекцией, применяются пликационные операции или иссечение фибропластической бляшки с корпоропластикой. При эректильной дисфункции проводится эндофалопротезирование с корпо-

ропластикой или без нее. Для корпоропластики применяются разные материалы: аутоотрансплантаты (влагалищная оболочка яичка, слизистая оболочка рта, дерма, вена, широкая фасция бедра и др.), аллотрансплантаты (аллодерм, трупная твердая мозговая оболочка, перикард), ксенотрансплантаты (ксенотрансплантаты из бычьего перикарда, тонкой кишки) и гетеротрансплантаты (синтетические материалы: гортекс, дакрон, силастик, материалы на основе коллагена).

Цель исследования: сравнительная оценка результатов лечения при корпоропластике с применением лоскута широкой фасции бедра и влагалищной оболочки яичка.

Материалы и методы исследования. С 2006 по 2016 г. в клинике урологии Днепропетровской областной клинической больницы им. И.И. Мечникова пролечены 94 пациента с болезнью Пейрони в возрасте от 36 до 67 лет (ср. 49,56±8,6). На предоперационном этапе проводили стандартное обследование, включающее изучение жалоб, анамнеза и физикального обследования больных с измерением угла искривления полового члена, анкетирование по шкале МИЭФ-5, УЗИ доплерография сосудов полового члена. Средний угол искривления составил 72±28 (15–95°). У 68 (72,3%) больных имело место дорзальное искривление, у 9 (9,6%) – вентральное, у 17 (18,1%) – боковое. В 14 (14,9%) случаях имело место сужение по типу «песочных часов». Размеры бляшки варьировали от 0,5 до 5,6 см. У 16 (17,0%) пациентов имела место эректильная дисфункция (анкеты МИЭФ – 17,4±2,5 балла).

При выборе тактики хирургического лечения учитывались следующие факторы: угол искривления, длина полового члена, наличие боковых странгуляций, сохранность эректильной функции. В случае искривления полового члена более 60 градусов, длины полового члена менее

12 см и сохранения эректильной функции применяли корпоропластику.

21 больному с сохраненной эректильной функцией была выполнена заместительная корпоропластика с использованием участка широкой фасции бедра (1-я группа), 18 больным – влагалищной оболочки яичка (2-я группа). Среднее время операции составило: в 1-й группе – 112 ± 23 мин. (80–140 мин.), во 2-й группе – 105 ± 15 мин. (80–110 мин.); среднее время забора участка широкой фасции бедра составило $25,2 \pm 6,1$ мин. (20–40 мин.), влагалищной оболочки яичка – $15,2 \pm 4,2$ мин. (14–20 мин.). После фиксации лоскута к белочной оболочке, интраоперационно вызывалась искусственная эрекция с целью контролирования герметичности наложенных швов и выпрямления полового члена. При выявлении остаточных искривлений накладывались дополнительные пликационные швы для достижения полного выпрямления полового члена в 4 случаях: 3 (14,3%) в 1-й группе, 1 (5,6%) – во 2-й группе.

Результаты. Всем больным, перенесшим заместительную корпоропластику участком широкой фасции бедра, достигнуто корригирование деформации полового члена без укороче-

ния размеров полового члена и восстановление копулятивной функции. Только у 5 пациентов (3 (14,3%) в 1-й группе, 2 (11,2%) – во 2-й группе) сохранилось остаточное искривление полового члена (менее 10 гадусов), не мешавшее проведению полового акта. В раннем послеоперационном периоде у 9 пациентов (5 (23,4%) в 1-й группе, 4 (22,2%) – во 2-й группе) отмечено снижение чувствительности головки полового члена, у 7 (4 (19,04%) в 1-й группе, 3 (16,7%) – во 2-й группе) – подкожные гематомы кожи полового члена, не требующие дополнительных хирургических вмешательств. Ухудшение эрекции отметили 4 (2 (9,6%) в 1-й группе, 2 (11,1%) – во 2-й группе), что было корригировано дополнительной консервативной терапией.

Выводы. Таким образом, применение участка широкой фасции бедра и влагалищной оболочки яичка при корпоропластике для хирургического лечения искривлений полового члена являются одинаково высокоэффективными и безопасными методами лечения. Данные методы позволяют замещать дефекты больших размеров без значительных функциональных и анатомических нарушений у пациента.

Адреса для листування

В.П. Стусь

E-mail: viktor.stus@gmail.com

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ В ФАЗЕ АКТИВНОГО ВОСПАЛЕНИЯ

С. Хаддад, А.В. Борисов

Одесский национальный медицинский университет

Целью исследования стало изучение состояния метаболических процессов и изменений активности провоспалительных факторов у больных активно протекающим хроническим калькулезным пиелонефритом при традиционном лечении и при включении в его схему препарата многовекторного действия Лорноксикама.

Основу исследования составили результаты обследования и лечения 110 больных хроническим калькулезным пиелонефритом в фазе активного течения без признаков обструктивной уropатии, которые наблюдались на базе ка-

федры урологии и нефрологии Одесского национального медицинского университета в КУ «Городская клиническая больница № 10». Среди пациентов были 73 женщины (66,0%) и 37 мужчин (44,0%) в возрасте от 21 до 73 лет (средний возраст составлял $53,8 \pm 1,1$ года). Средняя продолжительность заболевания хроническим калькулезным пиелонефритом – 3,8 года. У 81,0% (n=89) пациентов отмечалась односторонняя локализация воспалительного процесса (право- или левосторонний пиелонефрит), у 19,0% (n=21) – двусторонняя.

Все больные методом случайной выборки были распределены на исследуемую группу (n=57) и группу сравнения (n=53). Больным исследуемой группы в схему комплексного лечения был включен препарат, ингибирующий синтез простагландинов, угнетающий активность фермента циклооксигенезы, а также обладающий эффективным метаболиткорректирующим действием.

При поступлении в стационар ведущими в клинической картине хронического калькулезного пиелонефрита в фазе активного воспаления были интоксикационный, болевой и дизурический синдромы. У 76 (69,0%) больных имели место тупые ноющие боли в поясничной области. Частыми симптомами болезни были повышение температуры тела у 107 (98,0%) и дизурические явления у 36 (33,0%) больных. Кроме того, у ряда больных выявлялись тошнота и рвота – 36 (33,0%) человек, а также жажда и сухость во рту – 40 (37,0%) человек. Продолжительность заболевания чаще (n=73, 81,0%) была более 5 лет.

В результате углубленного обследования отмечено изменение активности ферментов, оп-

ределяющих интенсивность процессов окисации и степень повреждения структурных элементов и тканей почек; показатели перекисного окисления липидов и тиолового статуса, а также повышение уровня активности медиаторов воспаления (лейкотриена V_4 и простагландина E_2).

В результате проведенных исследований установлена высокая эффективность препарата Лорноксикам в комплексном лечении больных с активно протекающим хроническим калькулезным пиелонефритом, что было представлено более выраженным противовоспалительным эффектом на фоне значительного снижения уровня активности лейкотриена V_4 и простагландина E_2 в плазме крови и моче больных и выраженным метаболиткорректирующим действием в отношении изучаемых обменных процессов в тканях почки.

Полученные данные являются клинико-биохимическим обоснованием необходимости и эффективности проведения комплексного лечения хронического калькулезного пиелонефрита с использованием препарата с многовекторным корректирующим действием, что обеспечивает высокий клинический результат.

Адреса для листування

С. Хаддал

E-mail: sami_haddad@mail.ru

СООТНОШЕНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ПРОСТАТЕ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ

И.В. Рачок, Г.А. Самунжи

Одесский национальный медицинский университет

Цель настоящего исследования – изучение содержания металлов в ткани предстательной железы (ПЖ) при доброкачественной гиперплазии (ДГ) и изменении соотношения эссенциальных и токсичных металлов как вероятного биомаркера данного вида патологии.

В исследование были включены 15 пациентов после чреспузырной простатэктомии. Средний возраст пациентов составил 53,7 года. Образцы тканей здоровой простаты получены из патологоанатомического материала. Проведены исследования ткани простаты на содержание ряда ключевых эссенциальных и токсичных элементов. Полученные образцы анализировали на содержание микроэлементов методом атомно-абсорбционной спектроскопии с пламенной

(Zn, Cu, Ca, Mg, Fe) или электротермической (Cd, Pb, Se) атомизацией, а также ртути методом холодного пара. Результаты представляли в мг/кг (мкг/г) влажной ткани. Было проведено 3 параллельных измерения, после чего рассчитано среднее значение по каждому элементу для каждого образца.

Из всех микроэлементов именно цинк находится в простате в максимальных концентрациях порядка 80,0 мг/кг влажной ткани. В крови, например, содержание цинка должно находиться в пределах 1,1–9,7 мг/л, и в среднем составляет 3,0–4,0 мг/л, т.е. ткань простаты концентрирует цинк примерно в 20–25 раз. Можно предположить, что максимальное концентрирование наблюдается в секреторирующих клетках, и

там степень концентрирования еще выше. Примерно такая же степень концентрирования наблюдается и для кадмия в проведенном нами исследовании. Причиной высокого содержания кадмия может быть развитая система белков, отвечающих за транспорт цинка в клетки простаты.

Адреса для листування

Г.А. Самунжи
E-mail: samunzhy@mail.ru

КРИТЕРІЇ ВІДБОРУ ХВОРИХ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ БІОПСІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

В.М. Григоренко, Н.В. Бровко, М.В. Вікарчук, О.О. Банас, С.С. Волков

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Висока розповсюдженість раку передміхурової залози (РПЗ) викликає необхідність розробки доступної та простої моделі ранньої діагностики патології та її диференційної діагностики із доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ).

Мета. Розробити калькулятор для ранньої діагностики РПЗ та диференційної діагностики з ДГПЗ на основі даних стандартних та доступних методик обстежень.

Матеріали і методи. Основою для проведення аналізу стали результати обстеження 177 чоловіків, яким було проведено трансректальну мультифокальну біопсію ПЗ з приводу підозри на наявність злоякісної пухлини. Були виявлені найінформативніші і прогностично значимі методи обстеження. Оцінені показники, які стали елементами моделі для визначення показань до проведення біопсії передміхурової залози (ПЗ) та створення калькулятора ризику.

Адреса для листування

М.В. Вікарчук
E-mail: vikarchuk@email.ua

Таким образом, в результате исследования выяснилось, что содержания некоторых микроэлементов в простате при ДГПЗ и в норме различаются и для их использования в качестве диагностического биомаркера необходимы дополнительные исследования.

Результати. За допомогою методу логістичної регресії здійснена процедура побудови прогностичної моделі. У подальшому, на підставі отриманих у процесі виконання роботи величин параметрів, що входять до створеної математичної моделі, була складена програма. У матрицю заносяться постійні (константи) і змінні (%f PSA; щільність PSA, лінійні розміри ПЗ, визначені при ТРУЗД), виходячи із даних конкретного хворого. Таким чином, із 105 фактично хворих на РПЗ, 94 були розцінені як хворі істинно позитивні, а 11 – невірно віднесені до групи ДГПЗ – хибно негативні. З 70 чоловіків з фактичним діагнозом ДГПЗ 57 були правильно віднесені до цієї групи (істинно негативні) і 13 невірно оцінені як хворі на РПЗ (хибно позитивні).

Висновки. Створена високоефективна математична модель, що потребує мінімальну кількість потрібних для цього клінічних результатів досліджень (загальний ПСА та його похідні, ТРУЗД ПЗ), що спрощує диференційну діагностику між РПЗ або ДГПЗ.

РАННЯ ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ПУХЛИН НИРКИ

*С.О. Возіанов, А.М. Романенко, В.М. Григоренко,
В.В. Білоголовська, О.О. Банас, Л.В. Перета*

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Аналіз даних методу ультразвукової візуалізації з доплерографією та патоморфологічних особливостей нирково-клітинного раку (НКТ) може бути цінним у індивідуалізації підходів до вибору тактики лікування хворих з малими новоутвореннями нирок.

Мета дослідження: визначити ультразвукові та морфологічні особливості новоутворень нирки щодо збільшення їх розміру для оцінки зміни ступеня злоякісності.

Матеріали і методи. 27 пацієнтам з січня 2014 року по липень 2015 року проведено комплексне обстеження та лікування з приводу НКТ. До операції виконувалось УЗД з доплерографією судин нирки та визначенням ділянок патологічного кровоплину. Визначались такі доплерографічні параметри, як діаметр живлячої пухлини судини (ДЖС), миттєва швидкість кровоплину (МШК), індекс резистентності (ІР) для виявлення та оцінки характерних змін кровопостачання пухлини щодо збільшення її в розмірі. Усім хворим виконано радикальне хірургічне лікування (26 – резекція нирки, 1 – нефректомія) з патоморфологічним дослідженням видаленого препарату.

Результати. Новоутворення розміром до 3 см не мали УЗ-даних за виражений неангіо-

генез, що було підтверджено патоморфологічним дослідженням. Пухлинні утворення більше 3 см в діаметрі мали тенденцію до агресії, було відмічено УЗ-симптом «обкрадання» кровотоку здорової паренхіми враженої нирки – візуалізувалась новоутворена судинна сітка з посиленням кровотоком, на що вказувало збільшення ДЖС, підвищення МШК у живлячих судинах, формування перифокального кровоплину. Зі збільшенням розміру (більше 5 см) відмічалось порушення кровопостачання, що підтверджувалось дилатацією живлячих судин та зниженням МШК в них. Патогістологічно в пухлинах >5 см з'являлись виражені ділянки крововиливів, некрозу, некробіозу, візуалізувались кровоносні судини з потовщеною розрихленою стінкою.

Висновки. УЗД малих ниркових новоутворень з використанням доплерівських методик дозволяє виявити гемодинамічні особливості та зміни ангіоархітектоніки в ділянці розташування пухлини щодо її розмірів. Ймовірно, отримані дані дають змогу оцінити вірогідність агресивної «поведінки» пухлини. Подальше вивчення особливостей кровотоку пухлин нирки може бути цінним у формуванні індивідуального підходу до лікування даної патології.

Адреса для листування

В.М. Григоренко
E-mail: grygorenkosl@gmail.com

КОНТАКТНА ЛІТОТРИПСІЯ В ЛІКУВАННІ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ, НАШ ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ НА КРИВОРІЗЖІ

*І.Б. Білий, М.С. Померанцев, В.М. Семенів, А.П. Мусієнко,
С.М. Сліпенький, В.П. Борщ, Ф.М. Махлевич, С.І. Щербіна*

*КЗ «Міська лікарня №10» КМР
КЗ «Міська клінічна лікарня № 2» ДОР*

Вступ. За останні десятиріччя з приводу впровадження інноваційних технологій у медицину змінились підходи до діагностики та ліку-

вання більшості хвороб людини. Урологія як клінічна дисципліна є одним з яскравих прикладів, коли у разі впровадження новітніх тех-

нологій не тільки покращилися засоби лікування деяких хвороб, а також відбулися радикальні зміни та виникнення принципово нової лікувально-діагностичної тактики у відношенні багатьох урологічних захворювань, у том числі і сечокам'яної хвороби, яка носить ендемічні риси захворювання і займає одне з провідних місць у складі урологічної патології. Контактна літотрипсія є прикладом розвитку новітніх засобів лікування СКХ, яка суцільно змінила підходи до тактики ведення пацієнтів з конкрементами сечової системи, дала можливість підвищити ефективність позбавлення хвороби з мінімальною травматичністю та кількістю ускладнень. Сама технологія являє собою руйнування каменів сечової системи за допомогою енергії (сक्रапленого повітря, ультразвуку, лазера, електроімпульсна), яка безпосередньо підводиться до конкременту за допомогою уретроскопа (трансуретерально) або нефоскопа (перкутанно) з подальшою екстракцією фрагментів за допомогою спеціального інструментарію (корзинка, щипці) та дрениванням сечових шляхів або без дренивання. Ми наводимо наш досвід впровадження цієї методики та аналіз результатів лікування на Криворіжжі упродовж 5 років.

Матеріали та методи дослідження. За період з 2012 до 2016 р. на базі урології КЗ «Міська лікарня №10 м. Кривий Ріг» разом зі співпрацею урологічного центру «Міська клінічна лікарня № 2» проведено 512 контактних літотрипсій з приводу конкрементів сечовивідних шляхів у пацієнтів віком 18–83 роки (312 чоловіків та 200 жінок). Найбільш частою локалізацією конкрементів виступала нижня третина сечоводу – 322 пацієнти (62,89%), у 67 пацієнтів (13,08%) камені локалізувались у середній третині сечоводу, у 101 пацієнта (19,7%) – у верхній третині, у 12 пацієнтів (2,34%) – камінь сечового міхура та 10 пацієнтів (1,95%) з каменями миски. Розмір каменів від 5 до 35 мм, у 28 пацієнтів – кам'яна доріжка від 2 до 4 конкрементів, 25 хворих було прооперовано негайно з приводу анурії на тлі обструкції сечоводу єдиної нирки (20 пацієнтів) та 5 пацієнтів з каменями обох сечоводів. У 18 випадках УРС та КЛТ виконувалась як другий етап у хворих з нефростомічним дренажем після лікування гострого обструктивного пієлонефриту.

Уретероскопія виконувалась при низькому іригаційному тиску напівжорстким та гнучким уретероскопом (Карл Шторц), використовувався нефроскоп при перкутанних доступах (упродовж 2016 р.), відеопідтримка на стійці Олімпус, ультразвуковий та рентгенконтроль на

приладі фірми Сіменс. Літотрипсія виконувалась у 450 пацієнтів шляхом електроімпульсного літотриптера Уроліт, у 62 пацієнтів використовувався лазерний літотриптер У-100, під спінальною, епідуральною або загальною анестезією. Післяопераційне стентування сечоводу проводилось у 407 (79,49%) випадках (тривалістю від 7 до 30 днів), у 83 (16,2%) випадках – катетеризація сечоводу та 22 (4,29%) випадках без дренивання верхніх сечових шляхів.

Результати та їх обговорення. Внаслідок проведеного лікування у 475 пацієнтів (92,7%) досягнуто повне видалення конкременту за один етап без резидуальних фрагментів. 20 пацієнтам (3,9%) довелося проводити другий етап операції з проміжним стентуванням, після чого досягнуто «stone free». 17 (3,32%) пацієнтам для досягнення позбавлення від конкрементів та лікування обструктивного пієлонефриту проведена перкутанна нефроскопія з літоекстракцією, літотрипсією та нефростомією. Випадки повторних уретероскопій та необхідність перкутанних нефроскопій виникли з приводу міграції конкременту або його фрагмента у ЧМС, цім хворим попередньо проводилось стентування.

Середня тривалість операції від 20 до 70 хв. На шляху початку здобуття досвіду виконання КЛТ, досягала до 140–160 хв. Ускладнення: 1 випадок – макроперфорація сечоводу (конверсія у відкриту операцію), 2 випадки (0,39%) відриву сечоводу від сечового міхура, який виключено за допомогою накладання уретероцистоанастомозу. Слід зазначити, що такі складні випадки виникли на етапі засвоєння техніки, в одному випадку при явищах заочеревинного фіброзу (хвороба Ормонда). 27 (5,2%) випадків мікроперфорація сечоводу, гематоми, які частіше пов'язані з тривалим стоянням конкременту, його високою щільністю, технічно складною літотрипсією. У більшості такі явища ліквідувались консервативно на тлі стентування або перкутанної нефростоми. 72 (14,06%) випадки атаки пієлонефриту, на тлі загострення хронічного процесу, більшість випадків зумовлено тривалим, ускладненим перебігом хвороби, рефлюксами при порушеннях уродинаміки нижніх сечових шляхів, яка ліквідувалась консервативно. 3 випадки потребували цистостомії 17 (3,3%) випадків – цистити, уретрити, простатити, які купіровані на тлі проведення антибіотикотерапії, протизапальної та 2 випадки гнійного пієлонефриту, який прооперовано (висічення карбункула нирки з декапсуляцією та нефростомією; апостематозний пієлонефрит – виконана нефректомія). Хвороба в обох випадках тривала на тлі

тяжкого перебігу цукрового діабету. Середня тривалість у стаціонарі після КЛТ склала 6,5 дня.

Висновки. Контактна літотрипсія конкрементів сечової системи є надійним, безпечним та мінімально інвазивним методом лікування. Ефективність цього методу у нашій клініці склала 96,6%, при мінімальних показниках грізних ускладнень. Проведено аналіз вибору доступу до конкремента при КЛТ: найбільша ефективність уретероскопії при каменях нижньої третини сечоводу («stone free» за один сеанс 99,2%), при мінімальних показниках ускладнень; середньої третини сечоводу 95,6%; конкременти верхньої

третини та миски 78% при зростанні кількості ускладнень. Таким чином, уретероскопію+КЛТ можна вважати «золотим стандартом» при лікуванні конкрементів дистальних відділів сечоводу. КЛТ конкрементів проксимальних відділів та ЧЛС нирки повинні виконуватися з використанням перкутанної нефроскопії. Звертаючи увагу на проведений аналіз, можна досягнути більш максимальної ефективності КЛТ при низьких показниках ускладнень завдяки доцільному вибору доступу до конкремента. Вибір методу контактної літотрипсії індивідуальний для кожного пацієнта та ґрунтується на досвіді оператора.

Адреса для листування

І.Б. Білий

E-mail: belyuib@mail.ru

АНЕВРИЗМА ПОЧЕЧНОЇ АРТЕРИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

*И.Б. Бельйй, В.Е. Глушаков, В.П. Борц,
С.В. Моисеенко, А.С. Баранник, Л.Н. Полищук*

КУ «Криворожская городская клиническая больница № 2» ДОО

По мнению видных ученых-экологов, нарушение среды обитания приводит к стремительному росту аномалий развития человека. Среди аномалий мочеполовых органов – самая частая аномалия почечных сосудов, в их числе все чаще встречаются аневризмы почечных артерий. Аневризмы почечных артерий (АПА) занимают 4-е место по распространенности среди аневризм висцеральных артерий и встречаются в 0,01–1% наблюдений, чаще у мужчин, чем у женщин. АПА могут быть врожденными, развиваться в результате атеросклероза, фиброзно-мышечной дисплазии, травмы, беременности. АПА могут располагаться как интра-, так и экстрапаренхимально, но чаще их локализацией служит бифуркация почечной артерии. Во многих наблюдениях АПА сочетается со стенозом почечной артерии и ишемией почки. Наиболее частые проявления АПА – артериальная гипертензия (55–75% наблюдений), макро- и микрогематурия (30%). Боли в брюшной полости или в пояснице развиваются при угрозе разрыва АПА – самом опасном ее осложнении. Факторами риска разрыва АПА служат диаметр аневризмы более 2,5 см, отсутствие кальциноза, беременность и неконтролируемая гипертензия. Хирургичес-

кого лечения требуют АПА диаметром более 2,5 см, негетерогенно кальцифицированные, с признаками дистальной эмболии почечного сосудистого русла, сочетающиеся с артериальной гипертензией, при наличии болей и гематурии, а также у женщин детородного возраста. Логическим завершением развития АПА является ее разрыв с внутренним кровотечением и нередко летальным исходом (достигает 10%).

Приводим наблюдение успешного лечения разрыва аневризмы правой почечной артерии, осложнившегося гемотампонадой чашечно-лоханочной системы, мочеточника, мочевого пузыря, инфарктом правой почки, анемией.

Больная З., 41 года, доставлена БСМП с жалобами на общую слабость, макрогематурию, боли в поясничной области ноющего характера. Из анамнеза: заболела остро, когда появились выраженные боли в правой поясничной области с последующей выраженной макрогематурией. Вызвана БСМП, больная доставлена в гинекологическое отделение перинатального центра, где осмотрена гинекологом: острой гинекологической патологии не выявлено. Учитывая выраженную макрогематурию, больная направлена в урологическое отделение.

При поступлении состояние больной тяжелое, в сознании, контакту доступна. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Т – 36,7 °С. АД – 80/60 мм рт. ст. Пульс – 86. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, умеренно болезненный над лоном. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания слабо положительный справа. Мочеиспускание самостоятельное с примесью крови.

На приемном покое больной установлен уретральный катетер Фолея, эвакуировано около 200 мл геморрагической мочи, около 100 мл кровянистых сгустков, налажена система орошения мочевого пузыря.

Учитывая тяжесть состояния, больная госпитализирована в отделение ОАИТ, где производилась гемостатическая терапия, переливание одногруппной эритроцитарной массы и СЗП.

При поступлении в общем анализе крови выраженная анемия (гемоглобин – 67 г/л., эритроциты – $2,7 \times 10^{12}/л$), умеренный лейкоцитоз ($16,3 \times 10^9/л$), палочкоядерный сдвиг влево (п – 12), тромбоциты – $294 \times 10^9/л$, ПТИ – 85%, общий белок – 59 г/л, мочевины крови – 4,7 м. моль/л, креатинин – 149 м. моль/л, билирубин общий – 10,9, АлТ – 166 м. моль/л, АсТ – 155 м. моль/л, фибриноген – 3,11 г/л.

По данным УЗИ (24.01.16): УЗИ признаки гидронефроза правой почки, объемное образование мочевого пузыря.

После стабилизации состояния больная переведена для дальнейшего лечения в урологическое отделение.

Повторно выполнено УЗИ почек и мочевого пузыря: размеры правой почки – 45 см², левой – 37 см², в ЧЛС правой почки определяются эконегативные образования с четкими контурами, в диаметре 3,9 и 3,8 см, в этих образованиях интенсивный артериальный кровоток. В паренхиме кровоток практически не определяется. Мочевой пузырь объемом 540 мл. 2/3 объема мочевого пузыря занимает неоднородное, изоэхогенное образование с четкими контурами, с элементами кистовидной дегенерации и наличия кальциноза. Заключение: расширение внутрипочечных сосудов. Объемное образование мочевого пузыря (тканевого характера? сгустки?).

Цистоскопия: тубус цистоскопа свободно проведен по уретре. Из полости мочевого пузыря отмыто около 300 мл старых сгустков. Слизистая мочевого пузыря гиперемирована, устья щелевидные на обычном месте, броски мочи из

левого устья светлые, справа – геморрагические. Объемных образований в полости мочевого пузыря не выявлено.

На обзорной внутривенной урограмме: тень рентгенконтрастных конкрементов не определяется. ЧЛС слева не расширена, функция слева сохранена, справа на 40-й минуте функция отсутствует.

СКТ ОБП: печень не увеличена, паренхима однородной структуры, очаговых изменений не выявлено. Сосудистая система печени без особенностей. Поджелудочная железа: контуры четкие, головка 20 мм, тело – 17 мм, хвост – 21 мм, вирсунгов проток не расширен. Селезенка не увеличена, однородна. Надпочечники без особенностей. Аорта не расширена. Нижняя полая вена не расширена. Забрюшинных паталогически измененных лимфоузлов не выявлено. Правая почка: контуры четкие, бугристые, в верхнем полюсе гипотензивное образование до 50 ед. Н. с четкими контурами, неправильной формы, гомогенной системы 6,4х3,6 см с проникновением в почечную лоханку, которая расширена до 40 мм. Правый мочеточник расширен до 15 мм, выполнен гипотензивными массами (сгустки?). Отмечается отсроченное контрастирование паренхимы, выхода контраста в ЧЛС не выявлено. Левая почка: не увеличена, ЧЛС выполнена контрастом, не расширена. В мочевом пузыре – катетер, стенки гладкие. Заключение: признаки объемного образования правой почки с распространением в почечную лоханку, уретерогидронефроз справа.

Учитывая сохраняющуюся макрогематурию, больной по жизненным показаниям в ургентном порядке выполнена операция: нефрэктомия справа.

Интраоперационно: околопочечная клетчатка не изменена, правая почка темно-серого цвета, в верхнем полюсе по передней поверхности определяются внутрпочечно полость с активным кровотоком, размерами 6 х 3 см. ЧЛС и мочеточник расширены, со сгустками в просвете. Сосудистая ножка не изменена. Периферические л/узлы не определяются.

ГЗ № 1033-4: стенка мочеточника обычного строения.

№ 1035-40: паренхима почки с очагами кровоизлияний и инфарктами.

№ 1041-2: стенка аневризмы с тромбозом ее просвета.

№ 1043: фрагменты жировой клетчатки с наличием очаговых кровоизлияний.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Больная на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии выписана из отделения для дальнейшего амбулаторного лечения по месту жительства.

Диагноз:

Основной: Аномалия развития мочевой системы: аневризма правой почечной артерии.

Осложнения: Разрыв аневризмы почечной артерии справа с гемотампонадой чашечно-ло-

ханочной системы, мочеточника, мочевого пузыря. Инфаркт правой почки. Макрогематурия. Анемия.

Заключение. Приведенный случай из практики свидетельствует о низком уровне диспансеризации населения. Своевременная диагностика данной патологии позволила бы применить рентгенохирургические эндоваскулярные методы лечения и избежать органоуносящей операции.

Адреса для листування

И.Б. Белый

E-mail: belyyib@mail.ru

НАШ ОПЫТ И РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ КАБИНЕТА ДЛТ Г. КРИВОЙ РОГ С 2008 ПО 2016 ГОД

С.И. Щербина¹, И.Б. Белый¹, В.П. Борщ¹, М.С. Померанцев²

¹ КУ «Криворожская городская клиническая больница № 2» ДООС

² КУ «Криворожская городская больница № 10»

Распространенность МКБ на Украине занимает второе место среди всех урологических заболеваний после инфекции мочевых путей. Этот показатель в Украине за последние 4 года вырос в 1,2 раза, количество больных достигает свыше 160 тысяч человек – это 973 случая на 100 тысяч взрослого населения. Частота МКБ достигает 30–45% от всей урологической патологии. Болеют МКБ в основном люди молодого и трудоспособного возраста. Заболевание протекает с явлениями острого и хронического пиелонефрита, частыми рецидивами МКБ (30–80%), что, в свою очередь, приводит к возникновению почечной недостаточности, инвалидизации и смертности больных.

Одним из важных этапов в лечении МКБ является удаление камня – перевести состояние больного с «каменного» в «бескаменное». Следующий этап в лечении МКБ – проведение коррекции главных и второстепенных факторов риска МКБ до нормы с последующим амбулаторным диспансерным наблюдением.

В городе Кривой Рог на базе КЗ «Криворожская городская клиническая больница № 2» с 1994 г. функционирует кабинет литотрипсии.

С марта 2008 г. кабинет литотрипсии оснащен аппаратом «Компакт Сигма», фирмы Дорнье Германия. Аппарат оснащен ультразвуковой и рентгеновской системой наведения. В кабинете работают врач – 1 ставка, медсестра – 1 ставка.

В своей работе мы строго придерживаемся общепринятых показаний и противопоказаний к дистанционной литотрипсии.

ДЛТ больным города выполняются в основном из числа пациентов стационара. При камнях небольших размеров, без нарушения функции почек и признаков обострения пиелонефрита ДЛТ выполняется амбулаторно.

Всем больным, поступающим в отделение в плановом порядке, проводится обследование в объеме, установленном в «Діючих протоколах надання медичної допомоги. Урологія». У больных, поступивших в стационар в ургентном порядке, обследование проводится в условиях стационара.

У всех больных, по возможности, до проведения ДЛТ определяется плотность камня. При плотности камня свыше 1000 ед. Хаунсфилда ДЛТ камня почки не проводится.

За истекший период произведено: 2008 г. – 488 сеансов ДЛТ у 319 больных (за 9 месяцев); 2009 г. – 660 сеансов ДЛТ у 466 больных; 2010 г. – 695 сеансов ДЛТ у 475 больных; 2011 г. – 676 сеансов ДЛТ у 462 больных; 2012 г. – 659 сеансов ДЛТ у 450 больных; 2013 г. – 534 сеанса ДЛТ у 350 больных; 2014 г. – 603 сеанса ДЛТ у 404 больных; 2015 г. – 622 сеанса ДЛТ у 400 больных; 2016 г. – 306 сеансов ДЛТ у 195 больных (за 6 месяцев).

Лечение больных с камнями почек. Первоочередным условием в лечении МКБ являет-

ся удалению камня. Конкременты в почечной лоханке или верхних/средних чашечках, ДЛТ выполняется больным при размерах камней до 2,0 см при достаточной проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента и мочеточников. Сеансы литотрипсии проводятся однократно или двукратно с последующим назначением антибиотиков, уроантисептиками, спазмолитиков, мочегонных. При необходимости повторного сеанса ДЛТ, сеанс проводится не ранее чем через 7 дней с момента первого.

При локализации камня в нижних чашечках после ДЛТ отмечается более низкая частота полного избавления от конкрементов, чем при других локализациях. Хотя при этом эффективность дезинтеграции камней не уменьшается, фрагменты часто остаются в чашечке и приводят к повторному камнеобразованию.

Лечение пациентов с локализацией камня в нижней чашке с помощью ДЛТ может оказаться неэффективным при наличии следующих факторов: острый угол между шейкой чашечки и лоханкой; длинная чашечка; узкая шейка чашечки.

При наличии прогностических факторов неэффективности ДЛТ, больным рекомендуется проведение КЛТ.

Лечение больных с камнями мочеточника. Камни мочеточников составляют 40–55% от мочекаменной болезни в целом. Камни в мочеточнике носят вторичный характер. Камни образуются в почках и мигрируют в мочеточник. В отдельных случаях возможно образование камня в мочеточнике при наличии инородного тела (частичной прошивке мочеточника при гинекологических операциях, на катетере, стентов, при

опухолях мочеточника – инкрустация солями).

Общие подходы к лечению больных с камнями мочеточников. Основным требованием к лечению больных с камнями мочеточников является удаление камня, восстановление функции почки, предотвращение и лечение острого пиелонефрита. В случаях почечной колики, не купирующейся медикаментозно, катетеризация мочеточника.

На аппарате Компакт Сигма ДЛТ доступны камни всех отделов мочеточника.

За указанный период времени распределение камней мочеточников по уровню локализации ежегодно составляет: в/з – 40%, с/з – 10%, н/з – 50% ($\pm 5\%$).

Третий сеанс ДЛТ больным проводился только при наличии положительного эффекта от литотрипсии и формирований у больного «каменной дорожки» или единичных крупных фрагментов, с изменением локализации фрагментов.

Лечение осложнений. При лечении больных с мочекаменной болезнью методом дистанционной литотрипсии наиболее частыми осложнениями являются обострение хронического пиелонефрита, крупная фрагментация камня с формированием уретерогидронефроза, формирование «каменной дорожки».

Выбор метода терапии первой линии зависит от наличия у больного клинических проявлений данного состояния. Если «каменная дорожка» клинически не проявляется, возможна консервативная литокинетическая терапия. При наличии клиники мы проводим повторный сеанс литотрипсии на фрагменты. При признаках обострения пиелонефрита – стентирование или чрезкожная нефростомия.

Адреса для листування

І.Б. Білий

E-mail: belyyib@mail.ru

НАШ ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ РЕЗЕКЦІЇ КІСТ НИРОК

І.Б. Білий ¹, С.О. Пироженко ¹, С.В. Мойсеєнко ¹, А.С. Бараннік ¹, М.С. Померанцев ²

¹ КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня № 2» ДОР

² КЗ «Криворізька міська лікарня № 10»

Вступ. Лапароскопічне висічення симптоматичних та рецидивуючих кіст – це альтернатива черезшкірної пункції чи відкритої порожнинної операції. На сучасному етапі – це одна з

найбільш затребуваних методик, яка постійно вдосконалюється. За допомоги новітніх впроваджень в урологічній практиці нового лапароскопічного обладнання були змінені принципи діаг-

ностики та лікування кіст нирок. Ця методика передбачає виконання радикальних операцій, але при цьому залишається малоінвазивною.

Матеріали та методи. В урологічному центрі КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня № 2» ДОР за період з лютого 2014 по травень 2016 року у співпраці з хірургами впроваджена методика лапароскопічної резекції кіст нирок. За цей період виконано 8 оперативних втручань. У 6 випадках кістозне ураження мало двобічний характер. Втручання виконувались з боку, де процес мав симптомний характер та розміри кісти переважали 7–8 см у діаметрі. Об'єм оперованих кіст коливався від 80 до 250 мл. Діагноз кіст нирок було підтверджено УЗД та спіральною комп'ютерною томографією з контрастним підсиленням. У 4 випадках показанням до лапароскопічного втручання були рецидиви після застосування пункційних методик лікування. Вік пацієнтів обох статей (6 жінок та 2 чоловіки) становив від 46 до 69 років. У двох випадках кіста локалізувалась парапелівікально. У трьох випадках – у верхньому полюсі, і у трьох випадках – у нижньому. У трьох випадках втручання виконувалось праворуч. Усі втручання виконано трансабдомінальним доступом під ендотрахеальним наркозом з повертанням пацієнта на здоровий бік. У двох випадках карбоксиперитонеум накладався за відкритою методикою, зважаючи на раніше перенесені оперативні втручання на черевній порожнині. У цих випадках лапароскопічне втручання доповнювалось вісцер-

ролізом у зоні втручання. Після виділення кісти виконувалося висічення її стінок з коагуляцією по колу. В усіх випадках виконано огляд залишкової порожнини кісти та гістологічне дослідження стінок кісти. В усіх випадках виконувалося дренування заочеревинного простору силіконовим дренажем на 48–72 години. У 2 випадках операція доповнювалась додатковим дренуванням черевної порожнини (у випадках виконання вісцеролізу) на 24 години.

Тривалість операцій коливалась у межах 50–120 хвилин.

Результати. В усіх випадках не виявлено значних відхилень в основних лабораторних та функціональних показниках порівняно з передопераційними. Під час втручань інтраопераційних та післяопераційних ускладнень не виникало. Активізація пацієнтів починалася через 8–12 годин після втручання. Тривалість перебування у стаціонарі після втручання не перевищувала 3–5 діб. В одному випадку через 3 місяці виявлено рецидив кісти: пацієнт, 65 років, перебував під наглядом уролога, на даний час від хірургічного лікування утримується.

Висновки. Лапароскопічна резекція кіст нирок є високоефективним та малотравматичним хірургічним методом лікування, який характеризується малими термінами відновлення пацієнтів, радикальністю втручання з малою кількістю ускладнень та гарними віддаленими результатами порівняно з іншими методиками лікування кіст нирок.

Адреса для листування

І.Б. Білий

E-mail: belyuib@mail.ru

СИНДРОМ ЦІННЕРА У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

І.Б. Білий, С.П. Міхно, С.В. Мойсеєнко, В.П. Борш, А.С. Бараннік

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня №2» ДОР*

Понад 100 років минуло з того часу, як А. Zinner у 1914 році описав захворювання, пов'язане з обструкцією сім'явиносного протоку і розвитком кісти. Пізніше було встановлено вроджений характер такої патології, виявлена своєрідна пентода її патологічних проявів у вигляді кістозної дисплазії каналців яєчок, кісти сім'яного міхурця, аплазію нирки на стороні патологічних змін сім'яних шляхів, дилатації придатку яєчка і часткового розвитку трикутника

сечового міхура. Захворювання зустрічається в практиці рідко, з частотою 0,0046%. У літературних джерелах до цих пір описано не більше ста випадків захворювання. Однією з причин цього факту є малосимптомне протікання патології, яке характеризується незначним больовим синдромом в області калитки і промежини, гемоспермією і болючим сім'явиверженням та дизурічними порушеннями. Одним із основних наслідків захворювання є безпліддя. Тому в

більшості випадків захворювання виявляється у чоловіків в період статевої зрілості. Кіста може носити вроджений або набутий характер, як наслідок поступової обструкції сім'яносних протоків. Вона може досягати великих розмірів і ускладнюватись запаленням чи нагноєнням. Пацієнти з таким ускладненням синдрому Ціннера представляють мультидисциплінарну проблему в медичній практиці. Прикладом такої проблеми є наступний клінічний випадок.

Пацієнт С., 27 років, звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на підвищення артеріального тиску, дискомфортом при сечовипусканні, періодичну гіпертермію, ниючого характеру біль у промежині. Вказані симптоми були протягом року. Об'єктивно: нормостенік, артеріальний тиск 170/90 мм рт. ст. Пальпаторно в надлобковій області визначається пухлина 10x8 см, з чіткими контурами, не рухома, щільно-еластичної консистенції. При ультразвуковому обстеженні виявлено аплазію лівої нирки, наявність об'ємного утворення в малому тазі. При СКТ підтверджена аплазія лівої нирки і наднирника, пухлиноподібне утворення над передміхуровою залозою 10x8 см з чіткими контурами та неоднорідним вмістом підвищеної густоти та структурою, схожою на порожнисту систему нирок. 04.11.2015 пацієнта госпіталізовано в урологічне відділення з діагнозом «Позаорганна пухлина малого тазу». 07.11.15. катетеризація сечового міхура поліхлорвініловим катетром: евакуйовано 700 мл сечі з геморагічним вмістом. При цистоскопії виявлено залишки крові зі згустками, відсутність устя сечоводу. Під ультразвуковою навігацією виконано пункцію пухлини малого тазу: одержано 300 мл гнійного вмісту без запаху підтвер-

дженого цитологічним дослідженням. Виконано контрастну рентгенограму через пункційний катетер, за даними якої підтверджено кістозний характер утворення. За даними допоміжних обстежень у хворого підозра на наявність синдрому Ціннера. 24.11.15. під ендотрахеальним наркозом виконана нижня серединна лапаротомія. При ревізії заочеревинно, поміж сечовим міхуром і прямою кишкою, виявлено кістозне утворення діаметром 10 см в товстій щільній капсулі з густим серозно-гнійним вмістом. Очеревина над ним розсічена, кіста виділена екстракапсулярно і видалена із застосуванням апарату біозварювання ЕК300М1 (інституту Патона). Дренування малого тазу і черевної порожнини. У післяопераційному періоді розвинулось ускладнення у вигляді гострого лівостороннього епідидиміту, яке проліковано консервативно із застосуванням антибіотикотерапії.

За даними патогістологічного дослідження: стінки кісти сім'яного міхурця з хронічним запаленням та стінка сім'яносного протоку. Післяопераційна рана зажила первинним натяганням. 09.12.15. у задовільному стані пацієнта виписано на амбулаторне лікування. Контрольний огляд через 6 місяців: стан задовільний, артеріальний тиск у межах норми, дизуричні порушення відсутні, придатки яєчок не збільшені, статева функція не порушена.

Наведений клінічний приклад свідчить про необхідність детального комплексного обстеження пацієнтів з клінічною пентадою синдрому Ціннера та ознайомлення фахівців суміжних спеціальностей з проявами даного захворювання діагностично-лікувальним алгоритмом.

Адреса для листування

І.Б. Білий

E-mail: belyyib@mail.ru