

**Матеріали науково-практичної конференції
«СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
В УРОЛОГІЇ, АНДРОЛОГІЇ ТА ОНКОУРОЛОГІЇ»
м. Дніпро
4–5 жовтня 2018 р.**

**ГЕНІТОУРИНАРНІ УСКЛАДНЕННЯ
РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ
У ХВОРИХ НА ЛОКАЛІЗОВАНИЙ РАК
ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ**

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

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Рак передміхурової залози (РПЗ) є важливою проблемою вітчизняної та закордонної урології. Нині для цього розроблено декілька окремих лікувальних підходів, таких як: активне спостереження, променева та гормональна терапія, кріоабляція, радіочастотна абляція, відстрочене лікування, комбінації цих методик, а також радикальна простатектомія, яка з моменту оприлюднення її «анатомічної» техніки стала «золотим стандартом» лікування локалізованого РПЗ. Слід зазначити, що з покращенням діагностики в останні десятиліття зросла кількість таких пацієнтів і у них успішне виконання РПЕ може стати єдиним і одночасно заключним етапом лікування хворого.

З початку минулого століття і дотепер світовою урологічною спільнотою накопичено значний досвід виконання РПЕ. У наш час найбільш затребуваними є позадулонна радикальна простатектомія (ПРПЕ) та різні підходи до ендоскопічного виконання РПЕ, однак з початком впровадження останніх до клінічної практики в 90-х роках минулого століття у лікарських колах виник інтерес до зіставлення їх результатів з метою обрання найбільш ефективної методики РПЕ. Крім того, змінилися і підходи до оцінки результативності РПЕ, так окрім безумовного досягнення радикальності операції, збереження утримання сечі і, за можливості, ерекtilьної функції хворого важливе значення має попередження післяопераційних ускладнень РПЕ, оскільки останні значно погіршують якість життя оперованих пацієнтів.

Генітоуринарна група ускладнень за класифікацією G. Novara та співавт., не залежно від

обраної методики виконання РПЕ, за даними багатьох закордонних дослідників є превалюючою у загальній структурі п/о ускладнень, що на ряду із дефіцитом вітчизняних робіт, які присвячені даному питанню, — і обумовило мету нашого дослідження.

Мета дослідження: провести порівняльний аналіз кількості ускладнень генітоуринарної групи у хворих на локалізований РПЗ при виконанні позадулонної та ендоскопічної радикальної простатектомії (ЕРПЕ) в умовах однієї клініки.

Матеріал та методи. Дане клінічне дослідження включає в себе 360 хворих, які перенесли ПРПЕ або ЕРПЕ (лапароскопічну або ендовідеоскопічну екстраперитонеальну РПЕ) в умовах клініки ДУ «Інститут урології НАМН України» протягом 2012–2016 рр.

Хворі були розподілені на дві групи. Група 1 (n=99) включає у себе пацієнтів, що оперовані у клініці в об'ємі ПРПЕ з 2012 до 2016 р. включно, у яких за даними п/о ПГЗ виявлено локалізований РПЗ, або статус pT0. До групи 2 (n=261) увійшли хворі, що оперовані у клініці в об'ємі ЕРПЕ з 2012 до 2016 р. включно, у яких за даними п/о ПГЗ діагностовано локалізований РПЗ, або статус pT0.

Статистичну обробку даних проводили із використанням аналізу таблиць спряженості, користуючись критерієм ЗІ Пірсона (Pearson Chi-square) з приведенням числа ступенів свободи, при кількості очікуваних спостережень <5 у будь-якій із чарунок чотирипольної таблиці використовували двосторонній точний критерій Фішера (Fisher's exact test). Статистично значу-

щим для всіх процедур статистичного аналізу вважали рівень значущості (Significance level) $p < 0,05$, нульову гіпотезу приймали у випадку перевищення цієї величини досягнутим рівнем значущості будь-якого використаного у дослідженні статистичного критерія. Під час представлення результатів статистичного аналізу вказувався точний рівень статистичної значущості з округленням до трьох знаків після коми.

Результати дослідження. У групі 1 було виявлено 62 випадки п/о ускладнень, які виникли у 44 (44,44%) пацієнтів, а у групі 2 – 144 ускладнення зафіксовані у 94 (36,02%) хворих. В обох групах переважали генітоуринарні ускладнення – 30 (30,3%) у групі 1 та 81 (31,03%) випадок у групі 2, найбільш частим з яких була негерметичність везико-уретрального анастомозу (ВУА) – у 12 (12,12%) пацієнтів групи 1, та у 35 (13,41%) групи 2. В обох когортах хворих це ускладнення було компенсоване тривалим витримуванням уретрального катетера і тазових дренажів з подовженням перебування хворих у відділенні на 5–7 діб. Лише в одному випадку (0,38%) у групі 2 з приводу негерметичності ВУА у ранньому п/о періоді виконували цистоскопію з перевстановленням уретрального катетера на провіднику. Статистично значущої міжгрупової відмінності у кількості хворих із цим ускладненням в обох групах не встановлено ($Z=0,105$, $df=1$, $p=0,746$).

Стеноз ВУА було виявлено у 5 (5,05%) хворих групи 1 та у 9 (3,45%) групи 2. У групі 1 внутрішню оптичну уретротомію (ВОУТ) з приводу стенозу ВУА виконано 5 (5,05%) пацієнтам, у тому числі у 1 (1,01%) випадку в поєднанні із ТУР ВУА після розсічення стриктури (виконано за одну операційну сесію). У групі 2 у 9 (3,45%) хворих виконували ВОУТ, у тому числі у 1 (0,38%) випадку в поєднанні з ТУР шийки СМ (за одну операційну сесію). Не виявлено статистично значущої міжгрупової різниці у кількості зафіксованих випадків формування клінічнозначущого стенозу ВУА та проведених повторних операцій з даного приводу в групах 1 та 2 ($p=0,543$).

У групі 2 було виявлено 4 (1,53%) випадки утворення сечових нориць. У 1 (0,38%) пацієнта зі скаргами на біль у промежині після лапароскопічної РПЕ (2013 р.) також було діагностовано стриктуру ВУА із наступним виконанням ВОУТ, після чого при дообстеженні (за даними контрольної магнітно-резонансної томографії) було виявлено норицевий хід, який сполучав СМ та порожнину малого таза пара-

лельно ходу задньої уретри, останній було ліквідовано шляхом пролонгованого трансуретрального дренивання сечового міхура на тлі прийому масивної антибактеріальної терапії згідно з посівом сечі в комплексі з використанням антипсевдомонадної вакцини. У іншого пацієнта (0,38%) у п/о періоді після виконання ендоскопічної екстраперитонеальної радикальної простатектомії (ЕЕРПЕ) у 2014 р. виникли явища симфізиту із порушенням статико-динамічної рівноваги при ходьбі та наступним утворенням сечової нориці на тлі вираженого нетримання сечі. Після проведення комплексу консервативних заходів, спрямованих на ерадикацію патологічної мікрофлори, пролонгованого черезуретрального дренивання СМ та симптоматичної терапії досягнуто самостійне заживлення норицевого ходу через 2 міс. Ще у 1 (0,38%) хворого, якому було виконано ЕЕРПЕ (2015 р.) після виникнення негерметичності ВУА у ранньому п/о періоді сформувалась сечова нориця, що сполучала ВУА із правою паховою ділянкою, та відкривалась на поверхні шкіри. Сформовану сечову норицю при повторній госпіталізації було висічено під загальним знечуленням. У іншого хворого (0,38%) групи 2 (ЕЕРПЕ, 2016 р.) заживлення сечової нориці вдалось досягти шляхом пролонгованого витримування уретрального катетера і тазових дренажів у п/о періоді на тлі прийому антибактеріальної терапії протягом 1,5 місяця. У групі 1 утворення сечових нориць не спостерігали, незважаючи на це статистично значущої міжгрупової відмінності у кількості цього ускладнення у групах 1 та 2 виявлено не було ($p=0,579$).

Клінічно значиму лімforeю (більше 120 мл за добу) спостерігали у групі 1 в 6 (6,06%) хворих, та в 21 (8,05%) у групі 2 ($\chi^2=0,408$, $df=1$, $p=0,524$). Дане ускладнення потребувало подовженого часу витримування тазових дренажів. Окремо, в групі 1 у 1 (1,01%) пацієнта виконано черезшкірну пункцію лімфоцеле під УЗД контролем, а ще у 1 (1,01%) випадку було обрано тактику консервативного ведення хворого із даним ускладненням. У групі 2 у 5 (1,92%) хворих було проведено черезшкірну пункцію лімфоцеле під УЗД контролем, ще у 1 (0,38%) пацієнта лімфоцеле було роздреноване через шов виконаного під час проведення ЕЕРПЕ троакарного доступу із використанням місцевої інфільтративної анестезії, а у 3 (1,15%) випадках лікування лімфоцеле відбувалось із використанням комплексу консервативних заходів. Таким чином, у групі 1 було зафіксовано утво-

рення лімфоцеле у 2 (2,02%), а у групі 2 в 9 (3,45%) хворих. Не було виявлено статистично значущої міжгрупової відмінності в загальній кількості зафіксованих випадків утворення ($p=0,734$), кількості інструментально роздренованих ($p=0,679$) та пролікованих консервативно ($p=1,000$) лімфоцеле після виконання РПЕ у групах 1 та 2.

Гостра затримка сечовипускання після видалення уретрального катетера, за даними медичної документації, була зафіксована у 3 (3,03%) хворих групи 1 та у 1 (0,38%) хворого групи 2 ($p=0,065$), усім хворим уретральний катетер було встановлено повторно на 2–5 діб, у результаті перебування хворих у стаціонарі продовжилось.

Формування тазової урогематоми у п/о періоді було зафіксовано у 2 (2,02%) пацієнтів групи 1, та ще у 2 (0,77%) хворих групи 2. Так, у групі 1 у 1 (1,01%) хворого зі скаргами на біль у правій здухвинній ділянці, після виконання ПРПЕ (2013 р.) за даними обстеження було виявлено нагноєну урогематому малого таза, яку під час повторної госпіталізації було ліквідовано шляхом проведення хірургічної операції під загальним знечуленням. У випадку іншого пацієнта (1,01%) групи 1, який також переніс хірургічне лікування у 2013 р., то йому при повторній госпіталізації було виконано висічення осумкованої, нагноєної урогематоми малого таза, яка була розташована біля ділянки ВУА (згідно із даними, приведеними в історії хвороби) з промежинного доступу під загальним знечуленням. У групі 2 у 1 (0,38%) хворого, в якого після виконання ЕЕРПЕ (2013 р.) виникла сечоміхурово-прямокишкова нориця, було діагностовано формування тазової урогематоми, останню було роздреновано в результаті проведеного втручання під загальним знечуленням, потрібно відмітити, що вищенаведена операція передувала втручанням, спрямованому на ліквідацію прямокишкової сечової нориці, тому даний випадок класифікували окремо. У іншого хворого (0,38%) після проведення ЕЕРПЕ (2015 р.) було діагностовано організовану урогематому малого таза, яку

було ліквідовано шляхом роздренування та заміни тазового дренажу на аналогічний більшого діаметра з використанням місцевого інфільтративного знеболення, та пролонгованого проведення антибактеріальної терапії. Варто зазначити, що у обох випадках у групі 1 клінічно було відмічено явища нагноєння тазової урогематоми (за даними МСКХ та іншої медичної документації), чого не спостерігали у жодному випадку у групі 2. Статистично значущої міжгрупової відмінності у загальній кількості виявлених тазових урогематом у групах 1 та 2 отримано не було ($p=0,637$).

Не було виявлено статистично значущої міжгрупової відмінності у групах 1 та 2 як у кількості зафіксованих генітоуринарних ускладнень загалом, так і у відношенні до частоти окремих складових цієї групи, а найбільш часто із ускладнень генітоуринарної групи реєстрували негерметичність ВУА. Потрібно зазначити, що виникнення вищевказаного п/о ускладнення пов'язане із етапом формування ВУА під час РПЕ.

Хворі досліджуваних груп статистично значуще не відрізнялись за патоморфологічними результатами дослідження видаленого в результаті РПЕ органокomплексу, про що ми сповіщали у попередніх роботах, присвячених висвітленню інших результатів РПЕ у цих же когортах хворих та частотою настання біохімічного рецидиву, 19 (19,79%) хворих у групі 1 та 52 (20,55%) у групі 2 ($\chi^2=0,025$, $df=1$, $p=0,875$).

Висновки. Серії ПРПЕ та ЕРПЕ, що виконані хворим на локалізований РПЗ в умовах одного вітчизняного центру надання урологічної допомоги протягом п'ятирічного терміну демонструють зіставну загальну кількість ускладнень генітоуринарної групи на тлі узгодженості частоти виникнення її складових. Це свідчить на користь відсутності методико-обумовленої відмінності ПРПЕ та ЕРПЕ в аспекті числа генітоуринарних ускладнень. Превалювання негерметичності ВУА в структурі генітоуринарних ускладнень потребує удосконалення техніки формування везико-уретрального анастомозу під час РПЕ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ОТКРЫТОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ДЛИННЫХ СТРИКТУРАХ И ОБЛИТЕРАЦИЯХ ПЕРЕДНЕЙ И ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ

С.А. Возианов, С.Н. Шамраев, М.А. Ридченко, Д.Н. Шамраева

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Цель. Провести сравнительную оценку эффективности различных видов открытых уретропластик при протяженных стриктурах и облитерациях мочеиспускательного канала.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно оценены результаты открытых уретропластик у 101 пациента за период 2003–2018 гг. Данные больные разделены на 4 группы: 1-я группа – аугментационная буккальная уретропластика – 22 (21,8%), 2-я группа – уретро-уретро- или уретро-простатоанастомоз – 41 (40,6%), 3-я группа – заместительная пластика кожно-фасциальным лоскутом – 11 (10,9%), 4-я группа – заместительная буккальная уретропластика – 27 (26,7%). Степень сложности СУ и ее облитераций оценивали по балльной шкале.

Результаты и обсуждение. Средняя длина СУ составила в 1-й группе – $7,6 \pm 0,5$ см; $1,6 \pm 0,6$ см – во 2-й; $3,6 \pm 0,5$ см – в 3-й и в 4-й группе $8,2 \pm 0,9$ см. Ятрогенные (послеоперационные) СУ отмечены у 22 (21,8%), поствоспалительные – у 26 (25,8%), врожденная – у одного (1,0%), посттравматические – у 51 пациента (50,5%), идиопатическая – у одного пациента (1,0%). Рецидивная форма стриктурной болезни МИК имела место у 49 (48,5%) пациентов, из них 28 (27,7%) больных – после открытых пластик уретры (УУА, ПКФЛ, БПУ), 15 (14,8%) пациентов – после чреспузырной или позадилоной аденомэктомии, 6 (5,9%) пациентов – после ТУР простаты. Период послеоперационной госпитализации варьировал от 7 до 12 суток при открытых уретропластиках и достоверно не отличался в исследуемых группах. Большинство пациентов выписаны на амбулаторное лечение с уретральным катетером. Его удаляли наиболее часто в сроки 17–19 суток (68,7% больных). Средний период восстановления самостоятельного мочеиспускания составил: в 1-й группе – $17,8 \pm 0,5$; во 2-й – $16,9 \pm 0,8$; в 3-й – $19,2 \pm 1,3$ и в 4-й группе – $17,0 \pm 1,6$ суток. Осложнениями в раннем периоде (до 30 суток) были: острая

задержка мочеиспускания (ОЗМ) – шесть (5,9%) наблюдений, орхоэпидидимит – одиннадцать (10,9%), промежностный затек – три (3,0%). В отдаленном периоде – рецидив стриктуры – у одиннадцати (10,9%), эректильная дисфункция – у 20 (19,8%).

При рецидиве СУ выполнили у 5 пациентов ВОУТ, у шести пациентов – повторную заместительную буккальную пластику уретры – с хорошим результатом. Считаем, что истинная частота рецидивов открытых уретропластик могла быть несколько выше, при условии более длительного периода наблюдения (в нашем исследовании в среднем он составил $18,6 \pm 5,2$ месяца). Вместе с тем, наши данные об успехе дорзальных on-lay или вентральных in-lay буккальных уретропластик по методике Asopa, Kulkarni и Palminteri, в отдаленном периоде соответствовало мировым данным. Так, в обзоре O. Chapple, D. Andrich, S. Kulkarni (2014) и соавт. приводится 88,2% и 90,6% уровень успеха у 240 и 93 пациентов с данной патологией, соответственно, при периоде наблюдения за большинством пациентов от 27,2 до 77,1 мес.

Выводы. В отдаленном послеоперационном периоде (больше 18 месяцев) у 79 (78,2%) обследованных пациентов отмечен хороший результат, у одного (1,0%) пациента – плохой результат с необходимостью постоянной самокатетеризации. Общая эффективность составила – 88,9% при среднем периоде наблюдения $18,6 \pm 5,2$ месяца. При аугментационной или заместительной уретропластике более предпочтительна методика буккального графта над кожно-фасциальным лоскутом из-за большей сложности операции ПКФЛ при худших ее результатах.

Наиболее объективными в оценке наличия рецидива заболевания считаем выполнение уретроцистографии и уретроскопии через 3–6 мес. после открытой реконструкции мочеиспускательного канала.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН: ТРАНСОБТУРАТОРНЫЕ СЛИНГОВЫЕ ОПЕРАЦИИ, ПОЗАДИЛОБКОВАЯ ВЕЗИКОПЕКСИЯ И ВВЕДЕНИЕ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩИХ АГЕНТОВ

С.А. Возианов, С.Н. Шамраев, И.А. Бабюк, М.А. Ридченко, Д.Н. Шамраева

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Цель. Оценить непосредственные результаты современных методов хирургического лечения стрессового недержания мочи (СНМ) у женщин.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно оценены результаты хирургического лечения 71 женщины со СНМ в период с 2013 по 2018 г. Мы использовали базу данных двух клиник: ГУ «Институт урологии НАМН Украины» и Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. Согласно виду оперативного вмешательства пациенты были распределены на 3 группы: 1-я группа 42 (59,2%) пациентки, которым был установлен трансобтураторный слинг по методике TVT-O (Gynecare, Ethicon, США); 2-я – 18 (25,3%) женщин, перенесших коррекцию СНМ объемообразующим агентом Urolastik (Urogyn, Голландия), 3-я группа – 11 (15,5%) больных, которым выполняли позадилобковую везикопексию по методике Burch.

Результаты и их обсуждение. Степень тяжести СНМ у пациенток определяли согласно классификации Canabathí К. и соавт. (1994). I ст. СНМ во всех трех группах наблюдался у 11 пациенток (15,5%), IIa ст. – у 34 больных (47,9%), IIb ст. – у 26 (36,6%). Возраст больных варьировал от 35 до 86 лет. Операцию TVT-O выполняли с помощью набора Gynecare из одного разреза передней стенки влагалища (1 см) и 2 разрезов кожи на бедре в проекции на 2 см ниже горизонтальной линии, проходящей через головку клитора и проецирующихся на медиальную верхнюю четверть foramen obturatoria. На бедре слева перфоратор проводили «in-out», справа – «out-in». После проведения ленты из раны влагалища через обтураторную мембрану с обеих сторон – располагали слинг свободно без фиксации под средней третью уретры. Во 2-й группе операцию проводили под местной инфильтрационной анестезией (1%-ный лидокаин 5 мл). После сборки системы доставки объемообразующего агента, – последний вводили параурет-

рально в объеме 0,4–1,4 мл по периметру уретры, избегая его инъекции в сосудистые зоны уретры. Контроль степени натяжения ленты и количества введенного объемообразующего агента проводили путем проведения пробы Вальсальвы при наполнении мочевого пузыря 200 мл. Позадилобковую везикопексию по методике Burch выполняли путем подшивания паравагинальной фасции к Куперовым связкам с обеих сторон двумя лигатурами ETHIBOND 2/0. Время операции варьировало от 15 до 120 минут и в среднем составило: в 1-й группе – $53,4 \pm 4,2$ мин, во 2-й – $28,9 \pm 2,1$ мин и в 3-й группе – $105,7 \pm 6,1$ мин ($p < 0,05$ для 2-й и 1-й, 2-й и 3-й, 1-й и 3-й групп). Кровопотеря при TVT-O в среднем составляла $75,4 \pm 8,9$ мл, при введении Urolastik $5,1 \pm 0,8$ мл, при использовании методики Burch $138,0 \pm 17,8$ мл ($p < 0,05$). Средний койко-день составил в 1-й группе $5,8 \pm 1,2$ суток, во 2-й – $1,2 \pm 0,6$ суток, в 3-й группе – $10,1 \pm 1,4$ суток. Период восстановления составил в 1-й и 2-й группах от 1 до 4 суток, в 3-й группе – от 5 до 10 суток. Кровотечений, ранений внутренних органов, а также нагноения ран не выявлено. У трех женщин (4,2%) 2-й группы введение объемообразующего агента проводили после неудачных операций по установке слинга. В пяти наблюдениях (7,0%) из 71 женщины (по две пациентки в 1-й и 3-й группах и одна во 2-й группе) в послеоперационном периоде возникла острая задержка мочеиспускания (Clavien II), что было купировано уретральным дренированием на протяжении 1 недели. Рецидив СНМ был у 3 (4,1%) больных (по одной в каждой группе). Две женщины получали селективные МЗ-холинолитики 12 недель с позитивным эффектом, одной женщине повторно вводили Urolastik для коррекции недержания мочи – также с хорошим эффектом.

Выводы. Первичная эффективность слинговых операций TVT-O составила 91,0%, введения объемообразующих агентов – 90,9%, позадилобковой везикопексии по методике Burch –

70,0%. Выбор метода коррекции СНМ основывается на степени недержания и желании пациентки перенести тот или иной вид операции. Знание этапов операций, обеспечение лечебного

заведения необходимым оборудованием и опыт операционной бригады являются обязательными условиями по предупреждению осложненной хирургического лечения СНМ.

НОВИЙ ПРИНЦИП ОЦІНКИ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕНДОСКОПІЧНОЇ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА ЛОКАЛІЗОВАНИЙ РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

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

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Їз активним впровадженням ендоскопічної радикальної простатектомії (ЕРПЕ) до клінічної практики змінився і підхід до оцінки її результатів, від порівняння окремих показників ефективності до розробки та поступового впровадження у клінічну практику інтегрального аналізу результатів виконаних радикальних простатектомій (РПЕ) шляхом використання інтегральних комбінацій її ефективності (ІКЕ). Першою задекларованою ІКЕ стала концепція «трифекти», що була запропонована у червні 2004 р. М. С. Venson.

V. R. Patel та ін. у 2011 р. концепцію трифекти розширив до п'яти складових — так звана «пентафекта».

Того ж року А. Sivaraman та ін. було запропоновано іншу комбінацію ефективності, яка містила у собі цілих 8 складових — так звана «октафекта». Однак широкого використання у світовій клінічній практиці вона не набула.

Найбільш пізньою з відомих нам ІКЕ є розроблена V. Ficarra та ін. у 2012 р. так звана класифікація виживання, утримання сечі та потенції (The Survival, Continence, and Potency (SCP) Classification). Нині проводиться робота по валідації класифікації SCP для визначення та співставлення функціональних та онкологічних результатів, отриманих після виконання РПЕ на ряду із класифікацією п/о ускладнень за P. A. Clavien.

Мета дослідження. Метою нашого дослідження було провести оцінку ефективності ЕРПЕ з виконанням нового способу формування везико-уретрального анастомозу (ВУА) шляхом використання принципу сумарної оцінки результатів радикальної простатектомії, основу якого складає використання декількох інтегральних комбінацій ефективності (трифекта, пентафекта, класифікація SCP).

Матеріали та методи дослідження. У даному дослідженні здійснено оцінку результатів проведення ендоскопічної (лапароскопічної та ендовідеоскопічної екстраперитонеальної) радикальної простатектомії з виконанням нового способу формування ВУА [8] у 34 хворих, які перенесли модифіковану ЕРПЕ в умовах ДУ «Інститут урології НАМН України» протягом 2015–2017 рр.

Утримання сечі (УС) визначали суб'єктивним [9], нестрогим [10] способом (по pad/one safety pad), а ерекційну функцію (ЕФ) відповідно до досягнення хворим ерекції, достатньої для проведення статевого акту, у більше ніж половині випадків з/або без прийому інгібіторів 5-фосфодіестерази (5-ФДЕ). Дані, щодо УС та ЕФ, отримано під час бесіди пацієнта з оперуючим хірургом та/або лікуючим лікарем на повторних оглядах, а також при телефонному анкетуванні.

Наявність або відсутність ПХК визначали співробітники лабораторії патоморфології ДУ «Інститут урології НАМН України» або патоморфологічної лабораторії «CSD Health Care» (ліцензія Міністерства охорони здоров'я України від 25.02.2010 № 526963). Біохімічний рецидив (БхР) констатували згідно з рекомендаціями Європейської асоціації урологів у випадку виявлення у прооперованого хворого ПСА > 0,2 нг/мл [11].

Результати дослідження. Всі втручання виконані 2 хірургами клініки із попереднім досвідом виконання позадулонної, а також ендоскопічних методик радикальної простатектомії із стандартними способами формування ВУА. Такий підхід було визначено з метою виключення фактора одноосібного виконання всіх операцій єдиним хірургом. Контрольна точка спос-

тереження становила 12 міс. з моменту проведення ЕРПЕ з новим способом формування ВУА. Всі хворі до проведення ЕРПЕ утримували сечу, а відсутність ерекції, достатньої для проведення статевого акту у більше ніж половині випадків за умови використання інгібіторів 5-ФДЕ, відмічали 4 пацієнти – для цих хворих розрахунок таких ІКЕ як трифекта та пентафекта не виконували через наявність еректильної дисфункції до проведення ЕРПЕ. З них один хворий не досяг контрольної точки через недостатній час спостереження (10 міс. після проведення РПЕ), тому визначення всіх ІКЕ для цього пацієнта було неможливим. Таким чином, розрахунок трифекти та пентафекти проводили для 30 хворих, а оцінку результатів із використанням класифікації SCP для 33 пацієнтів.

УС за нестрогим критерієм (по *rad/one safety rad*) спостерігали у 29 (96,67%) хворих у групі на момент досягнення контрольної точки спостереження. ЕФ була збереженою у 20 (66,67%) пацієнтів із / або без прийому інгібіторів 5-ФДЕ. Відсутність БхР констатовано у 26 (86,67%) хворих, а негативний хірургічний край за даними п/о ПГЗ було виявлено у 28 (93,33%) випадках. Без ускладнень ЕРПЕ п/о період протікав у 25 (83,33%) хворих.

У пацієнтів, при інтегральній оцінці результатів ЕРПЕ, могли спостерігати відсутність більше однієї з вище наведених складових ІКЕ.

Таким чином, трифекти було досягнуто у 18 (60%), а пентафекти у 16 (53,33%) хворих.

Основною причиною недосягнення хворими досліджуваної групи трифекти РПЕ (враховуючи частоту виникнення) є післяопераційна еректильна дисфункція, а для досягнення пентафекти додатковими перепонами є ускладнення виконаних ЕРПЕ, а також виявлення ПХК, тому закономірною є нижча кількість хворих, які досягли пентафекти в порівнянні з трифектою.

При оцінці результатів ЕРПЕ у досліджуваній групі з використанням класифікації SCP нами було враховано декілька лімітуючих, методико-обумовлених особливостей цього підходу. Так, у групі ЕРПЕ із новим способом формування ВУА у 32 (96,97%) із 33 хворих, які досягли контрольної точки спостереження ЕРПЕ виконували без нервового збереження і у 1 (3,03%) випадку за унілатеральною нервово-зберігаючою методикою, враховуючи це, за класифікацією SCP всі хворі мають статус післяопераційної еректильної функції Рх, включаючи тих з них, у кого до проведення ЕРПЕ відмічали еректильну дисфункцію і тих пацієнтів, хто

мав збережену ЕФ. Таким чином, класифікація SCP більш стійка по відношенню до лімітуючих факторів, що вагомі для таких ІКЕ як трифекта та пентафекта.

При вивченні результатів у 33 хворих групи ЕРПЕ із новим способом формування ВУА УС спостерігали у 31 (93,94%) хворого на момент досягнення контрольної точки спостереження.

Статус С0-1, відповідно утримання сечі за строгим (С0) та нестрогим (С1) критерієм визначення мав 31 (93,94%) хворий, С2 (нетримання сечі) – 2 (6,06%) хворих, Сх (пацієнти, які до проведення РПЕ мали нетримання сечі) у досліджуваній групі не зафіксовані.

Статус S1 (БхР, ПСА >0,2 нг/мл) мали 5 (15,15%) хворих, а S0 (ПСА <0,2 нг/мл) – 28 (84,85%), ад'ювантну терапію (гормоно- або променеви) одразу після ЕРПЕ хворим не проводили (Sx=0).

Таким чином, відповідно до даних, приведених вище, виконано визначення сумарного результату за класифікацією SCP (всі хворі Рх, а Sx відсутні):

- онкологічний та функціональний успіх досягнутий у 26 (78,79%) прооперованих хворих (S0 С0-1);

- онкологічний успіх та функціональна невдача в 2 (6,06%) (S0 С2);

- функціональний успіх та онкологічна невдача у 5 (15,15%) (S1 С0-1);

- хворих з онкологічною та функціональною невдачою виявлено не було (S1 С2).

Під час оцінки нашого досвіду виконання ЕРПЕ із новим способом формування ВУА констатовано відсутність хворих з функціональною та онкологічною невдачею (S1 С2), очевидно, що при подальшому збільшенні кількості спостережень такі пацієнти будуть з'являтися.

Висновки. Частота досягнення хворими, прооперованими в об'ємі ЕРПЕ з використанням нового способу формування ВУА трифекти РПЕ, становила 60%, а для пентафекти РПЕ цей показник складав 53,33%. Основною причиною недосягнення хворими досліджуваної групи трифекти РПЕ є післяопераційна еректильна дисфункція, а для пентафекти додатково п/о ускладнення виконаних ЕРПЕ та ПХК. Класифікація SCP дозволяє лаконічно представити отриманий результат у формі буквено-цифрового коду на манер загальноприйнятої системи TNM і є більш гнучкою, ніж трифекта. Використання інтегральних комбінацій ефективності дозволяє спростити процес представлення багатограних результатів РПЕ, а запропонований принцип

сумарної оцінки результатів РПЕ з одночасним використанням трифекти, пентафекти та класифікації SCP дозволяє провести всебічне ви-

значення результативності РПЕ нівелюючи при цьому методико-асоційовані особливості, що притаманні кожній з цих ІКЕ окремо.

МОНОПОЛЯРНАЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ЭНУКЛЕОРЕЗЕКЦИЯ ПРОСТАТЫ

С.Н. Шамраев, М.А. Ридченко

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Трансуретральная энуклеорезекция предстательной железы монополярной петлей является в спектре эндоскопических технологий давно известным (с 1980-х годов), но не общепринятым методом, который позволяет удалять гиперпластические узлы больших объемов. Однако данный метод хирургии простаты не получил дальнейшего повсеместного применения в клинической практике ввиду длительной кривой обучения для хирургов. Суть метода сводится к «холодному» вылушиванию гиперплазированной ткани в пределах хирургической капсулы предстательной железы, что позволяет коагулировать сосуды на «протяжении», тем самым снижая риск интраоперационного кровотечения и всасывания промывного раствора в кровоток.

Цель. Оценить непосредственные результаты лечения гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) методом монополярной трансуретральной энуклеорезекции ее.

Материал и методы исследования. Ретроспективно оценены результаты хирургического лечения 55 мужчин с гиперплазией предстательной железы, проходивших хирургическое лечение методом монополярной трансуретральной энуклеорезекции в ГУ «Институт урологии НАМН Украины» в период с января 2016 по август 2018 г. Операцию выполняли, используя обычный петлевой электрод для монополярной резекции толщиной 0,35 мм. Создавали круговой надраз слизистой оболочки в области наружного сфинктера уретры, отступив от него на 3–5 мм с обеих сторон по периметру уретры. С помощью тубуса резектоскопа (в качестве толкателя) отодвигали гиперплазированную ткань тупо от хирургической капсулы по направлению от наружного сфинктера уретры к шейке мочевого пузыря и проводили резекцию гиперплазированной ткани монополярной петлей. При этом стремились разделить весь объем ткани на 3 блока: центральный от 5 до 7 часов условного циферблата, левый – от 5 до 12 часов условного

циферблата и против часовой стрелки, правый – от 7 до 12 часов условного циферблата и по часовой стрелке. В процессе ретроградной диссекции увеличенной переходной зоны предстательной железы проводили коагуляцию сосудов хирургической капсулы. Оставляли вылущенную дистальным концом резектоскопа гиперплазированную ткань простаты на тканевом мостике в области шейки мочевого пузыря (в виде «гриба») – в бескровном хирургическом поле. Далее выполняли стандартную монополярную резекцию этой ткани как в антеградном, так и в ретроградном направлении для ускорения процесса ее резекции. Результаты оперированных больных изучены через 6 месяцев.

Результаты и обсуждение. Возраст больных варьировал от 59 до 82 лет. С накоплением опыта операцию проводили у пациентов с объемом простаты более 120 мл (7 наблюдений). Тяжелая клиническая симптоматика нижних мочевых путей отмечена у всех пациентов исследуемой группы. До хирургического вмешательства сумма баллов международного опросника I-PSS составила в среднем $30,8 \pm 0,9$; индекс качества жизни – $5,6 \pm 0,4$; балла; среднее значение максимальной объемной скорости мочеиспускания – $5,4 \pm 0,2$ мл/с. Объем предстательной железы определяли по формуле Terris-Stamey (1991), он составил $75,4 \pm 4,8$ мл; количество остаточной мочи в среднем составило $98,2 \pm 33,5$ мл.

Следует отметить, что у троих мужчин (5,5%) операция проводилась по причине рецидивной ДГПЖ (в анамнезе у больных была чреспузырная аденомэктомия), у пяти пациентов (9,1%) были диагностированы камни мочевого пузыря и первым этапом проводили контактную или механическую цистолитотрипсию. 12 пациентов поступили с острой задержкой мочеиспускания и дренирование мочевого пузыря в предоперационном периоде проводилось: эпицистостомой – 5 пациентам (9,1%), уретральным катетером Фоли – семи (12,7%).

Периоперационні данні: час операції варіювало від 65 до 160 хвилин і в середньому склало 105 ± 10 хв; кровопотеря в середньому рівнялась $65,5 \pm 10,9$ мл, а койко-день – $4,1 \pm 2,1$ сутки. Період уретрального дренирування мочевого бульбачка склало в середньому $3,5 \pm 1,5$ сутки. Кровотечень, ранень внутрішніх органів, перфорацій капсули простати або мочевого бульбачка не виявлено. У одного пацієнта (1,8%) в віддаленому післяопераційному періоді виник стеноз шийки мочевого бульбачка (Clavien IIIa), що потребувало проведення її ТУР – с хорощим ефектом.

При контрольному обстеженні через 6 місяців показателі міжнародного опитувальника склало в середньому $8,2 \pm 2,0$ бала; індекс якості життя – $2,1 \pm 0,5$ бала; максимальний по-

ток мочі – $18,5 \pm 5,9$ мл/с, об'єм остаточної мочі не перевищував 40 мл. Явлень недержання мочі не спостерігали ні у одного з пацієнтів. У всіх хворих відсутствовала дилатація верхніх мочевих шляхів.

Висновки. Первична ефективність монополярної трансуретральної енуклеорезекції передстатевої залози при об'ємі простати від 50 до 160 мл склало 96%. Стеноз шийки мочевого бульбачка с обструктивним мочепусканням розвивався в 1,8%, що сопоставимо с даними мирової літератури. Считаем необхідним дальніше внедрення данного втручання в клінічну практику ввиду меншої травматичності втручання по порівнянню с монополярної ТУРП, меншої кровопотери, меншого періода відновлення мочепускання.

ВИЗНАЧЕННЯ ВІТАМІНУ D У ОСІБ З КАЛЬЦІЙ-ОКСАЛАТНИМ НЕФРОЛІТІАЗОМ ЄДИНОЇ НИРКИ

С.О. Возіанов, А.І. Бойко, Д.І. Купрін

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Порушення кальцій-фосфорного обміну може стати причиною виникнення сечокам'яної хвороби (уролітазу), оскільки переважна більшість ниркових каменів формується за участю кальцію. Важливим регулятором кальцій-фосфорного обміну, в тому числі в нирках, є вітамін D – 25 (ОН) D₃. Уролітаз є багатофакторним захворюванням, при якому рекомендується регулярно дослідження метаболізму кальцію та фосфору, з метою виявлення змін, які допоможуть встановити заходи для метафілактики сечокам'яної хвороби. Деякі дослідники відзначають, що спостерігається збільшення поширеності гіповітамінозу 25 (ОН) D₃ у пацієнтів з уролітазом, хоча біологічний ефект цього дефіциту 25 (ОН) D₃ відомий не повністю, і дискусії з цього приводу тривають донині.

Мета дослідження: проаналізувати відсоток гіповітамінозу 25 (ОН) D₃ у хворих з нефролітазом єдиної нирки, а також його зв'язок з різними параметрами кальцієво-фосфатного обміну.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 120 пацієнтів: 31 пацієнт з кальцій-оксалатним нефролітазом єдиної нирки, середній вік яких склало $52,3 \pm 15,5$ років, 49 пацієнтів з кальцій-оксалатних нефролітазом та двома функціонуючими нирками середнім віком $49,7 \pm$

14,5 років, і 40 здорових добровольців, середній вік яких склало $50,7 \pm 11,3$ року. Пацієнти були розділені на 3 групи: 1-ша група – пацієнти з нефролітазом єдиної нирки (n=31); 2-га група – пацієнти з двома нирками і нефролітазом (n=49); 3-тя група - здорові добровольці (n=40). У першій групі середня тривалість захворювання на СКХ склала $8,75 \pm 4,3$ року, у 2-й групі $10,2 \pm 3,5$ років. В обстеження входило: визначення біохімічних показників крові: креатиніну, сечовини, здійснюваних за загальноприйнятими методиками на фотометричному біохімічному аналізаторі Star Dust MC15, Іспанія; визначення паратгормону, кальцію іонізованого, фосфору і 25-гідроксिवітаміну D на імунохемилюмінесцентному аналізаторі ADVIA Centaur фірми Siemens. Для оцінки швидкості клубочкової фільтрації (СКФ) використовували формулу MDRD. Для аналізу використовувалася програма Statistica 6, при якій $p \leq 0,05$ вважалось статистично значущим.

Результати та їх обговорення. За віком і середнім значенням індексу маси тіла (ІМТ) статистично значущої різниці між групами не було виявлено. При порівнянні груп за показниками кальцій-фосфорного обміну: середній рівень кальцію плазми крові у 2-й групі склало $1,19 \pm 0,08$ ммоль/л, в групах 1 та 3 був дещо вищим

1,21±0,10 ммоль/л та 1,24±0,04 ммоль/л відповідно; $p = 0,005$. Середній рівень фосфору крові також був вище в 3-й групі 1,14±0,14 ммоль/л, у 2-й групі склав 0,96±0,22 ммоль/л і в 1-й групі склав 1,05±0,25 ммоль/л; $p = 0,001$. Паратгормон статистично значимо був вище у пацієнтів з нефролітіазом у яких його середній рівень склав у 1-й групі 85,28±17,75 пг/мл, у 2-й групі 61,68±14,49 пг/мл і в 3-й групі здорових добровольців середній рівень паратгормону склав 48,99±25,40 пг/мл; $p = 0,02$. Середній рівень 25 (ОН) D₃ був статистично значимо нижче в 1-й і 2-й групах 41,83±24,31 нмоль/л та 50,90±23,05 нмоль/л відповідно, в 3-й групі склав 66,57±35,49 нмоль/л; $p = 0,003$.

Висновки. У проведеному дослідженні ми можемо констатувати, що дефіцит або недостатність 25 (ОН) D₃ присутні значною мірою у пацієнтів з нефролітіазом, особливо при уролітіазі єдиної нирки. Однак ми достовірно не знаємо патофізіологічного механізму, при якому дефіцит 25 (ОН) D₃ призводить до утворення конкрементів. Необхідні подальші дослідження з вивченням більшої кількості пацієнтів, що страждають на СКХ, щоб краще зрозуміти роль 25 (ОН) D₃ в формуванні конкрементів нирок і вивчити, чи допоможе усунення дефіциту вітаміну D в метафілактиці уролітіазу у цих пацієнтів.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІЇ НИРОК В УМОВАХ НАПРУЖЕНОГО КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМУ, БЕЗГАЗОВОЇ ТА МАЛОГАЗОВОЇ ЛАПАРОСКОПІЇ

В.М. Григоренко¹, С.В. Байдо², С.І. Приндіук^{1,2}

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² LISOD Лікарня зрайльської онкології

Вступ. Під час безгазової лапароскопії інтраабдомінальний простір створюється за допомогою ендоліфтів, без створення напруженого карбоксиперитонеуму (НКП), додаткова агресія якого у пацієнтів з тяжкою серцево-легеневою патологією стає клінічно значимою.

Мета. Провести порівняльний аналіз показників ниркової функції (ШКФ) у пацієнтів, яким виконувалась лапароскопічна нефректомія (ЛНЕ) або резекція нирки (ЛРН) з використанням НКП, ендоліфтингу або їх комбінації.

Матеріали і методи. У роботу включено 50 хворих (дослідна група), що прооперовані із застосуванням спірального лапароліфта (СЛ): ЛНЕ проведена у 35 осіб, ЛРН – у 15; 50 хворих (група контролю), у яких оперативне втручання виконано із застосуванням НКП (ЛНЕ – 31, ЛРН – 19) та 30 пацієнтів (комбінована група), яким поєднували застосування мінімального КП (до 8 мм рт. ст.) та СЛ (19 – ЛНЕ, 11 – ЛРН).

У роботі була використана оригінальна модель СЛ (Пат. № 69135, Пристрій для безгазової лапароскопії). При виконанні лапароскопічного втручання після накладання «мінімального» КП (до 8 мм рт. ст.) під відеоскопічним контролем робоча частина СЛ вводиться в черевну порожнину в точці на рівні пупка по се-

редньоключичній лінії поступово-ввертальним рухом. Лапароліфт фіксується на підйомно-утримуючому пристрої із кріпленням на стелі та проводиться десуфляція.

Для порівняння показників ШКФ використовували дані динамічної нефросцинтиграфії, що виконувалась за допомогою гамма-камери «Variscam» до операції та через 3 міс після оперативного втручання. Для визначення показників ШКФ через 48 год після операції у всіх пацієнтів та через 3 міс. у 24 пацієнтів групи контролю, прооперованих в ДУ «Інститут урології НАМН України», застосовували формулу СКД-ЕРІ, що враховує стать, расу, вік, показник креатиніну крові із використанням Personal nefro calc (PNC).

Результати. Час встановлення ендоліфта склав у середньому 82,4±4,83 секунди, що більше лише на 26,7±1,03 секунди за час створення НКП (у групі контролю – 55,7±5,4 секунди, а в комбінованій – 68,8±3,2 секунди: тобто не веде до суттєвого збільшення тривалості операції) ($p < 0,0001$). Середня тривалість операцій із застосуванням СЛ складає 148,4±39,6 хв., що лише на 1,6±0,7 хв. більше, ніж в умовах НКП (146,8±30,9 хв.), тоді як в комбінованій підгрупі цей показник становив

127,7±27,1 хв., що на 19,13±5,8 хв. менше, ніж у групі контролю (p=0,019).

Оцінюючи показники ниркової функції, відокремивши в кожній з груп пацієнтів, яким виконана ЛРН та окремо порівнюючи пацієнтів, яким виконана ЛНЕ виявлено, що проведення ЛРН за допомогою СЛ має менш негативний вплив на фільтраційну здатність нирок (зниження ШКФ лише на 15,9±5,1 мл/хв. (на 19,3%, p=0,004) через 48 год після операції) порівняно з НКП (зниження на 17,5±6,2 мл/хв. (на 19,7%, p=0,067)), у тому числі у комбінованій підгрупі (зниження лише на 10,3±6,0 мл/хв. (на 12,5%, p=0,104)), тобто навіть менше, ніж у першій підгрупі). Тоді як відновлення функціональної спроможності нирок, при аналізі показників ШКФ через 3 міс. після ЛНЕ, швидше відбувалось у першій дослідній (збільшення на 10,5±5,5 мл/хв. (на 13,6%, p=0,067)) та комбінованій (збільшення на 9,6±4,8 мл/хв. (на 11,8% p=0,209)) підгрупах порівняно з групою контролю (збільшення на 7,6±3,7 мл/хв. (на 9,6% p=0,481)).

Порівнюючи показники ниркової функції у пацієнтів, яким виконана ЛНЕ, виявлено, що проведення операції за допомогою СЛ має менш негативний вплив на фільтраційну здатність нирок (зниження ШКФ лише на 29,5±5,4 мл/хв. (на 37,7%, p=0,001) через 48 год після операції) порівняно з НКП (зниження на 38,3±4,7 мл/хв. (на 42,1%, p=0,001)), у тому числі у комбіно-

ваній підгрупі (зниження лише на 25,4±6,2 мл/хв. (на 33,5%, p=0,003)), тобто навіть менше, ніж у першій підгрупі). Тоді як відновлення функціональної спроможності нирок, при аналізі показників ШКФ через 3 міс. після ЛНЕ, швидше відбувалось у комбінованій (збільшення на 11,4±4,4 мл/хв. (на 18,4%, p=0,042) та першій дослідній (збільшення на 8,3±4,1 мл/хв. (на 14,5%, p=0,047)) підгрупах порівняно з групою контролю (збільшення на 5,6 ±2,7 мл/хв. (на 9,6%, p=0,141)).

Різниця між окремими підгрупами статистично не значима (p>0,05), тому можна говорити про клінічні відмінності між групами чи тенденцію до виявлення кращих результатів.

Таким чином, відновлення фільтраційної здатності нирок у ранньому післяопераційному періоді та реабілітація мали кращий перебіг у хворих дослідної та комбінованої груп. Онкологічні результати операцій у хворих після ЛНЕ\ЛРН не поступались таким при відкритому втручанні при середньому терміні спостереження 35,5±8,1 та 36,5±8,0 місяців у дослідній та контрольній групах відповідно.

Висновки. Використання СЛ розширює можливості виконання лапароскопічних операцій на нирці (нефректомія, резекція тощо) у хворих з супутньою патологією, дозволяє зменшити негативний вплив НКП на фільтраційну здатність, а також дозволяє запобігти розвитку ряду ускладнень.

ЗАСТОСУВАННЯ СЕЛЕКТИВНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ЕМБОЛІЗАЦІЇ ДЛЯ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧІ З НИЖНІХ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ НА МІСЦЕВО-РОЗПОВСЮДЖЕНУ ФОРМУ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

С.В. Головка, О.В. Циц, А.А. Кобіріченко, О.Ф. Савицький, І.Л. Троїцький

Національний військовий медичний клінічний центр МО України

Кровотеча з нижніх сечовивідних шляхів простатичного походження найчастіше пов'язана з доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ) та раком передміхурової залози (РПЗ). Методом зупинки кровотечі є застосування системи постійного зрошення сечового міхура, застосування інстиляцій сечового міхура, та цистоскопічних втручань у більш важких випадках. У випадку неефективності вказаних ме-

тодів можливо застосовувати селективну артеріальну емболізацію (САЕ) простати.

У більшості попередніх досліджень застосування САЕ основна увага приділяється покращенню симптомів нижніх сечовивідних шляхів (СНСШ), пов'язаних з ДГПЗ. Літературні дані щодо застосування САЕ для зупинки кровотечі з нижніх сечовивідних шляхів носять обмежений характер. Метою даного досліджен-

ня було проведення оцінки доцільності застосування САЕ з метою зупинки кровотечі з нижніх сечовивідних шляхів у хворих з місцево-розповсюдженим раком передміхурової залози.

Матеріали і методи дослідження. Нами було проведено дослідження ефективності застосування САЕ простати у 9 хворих на місцево-розповсюджений РПЗ, які лікувались у клініці урології НВМКЦ «ГВКГ» з 2012 до 2017 року. Всі хворі були проінформовані про характер втручання та підписали інформовану згоду.

У всіх 9 хворих не вдалось досягти стійкого гемостазу традиційними методами, які включали застосування системи постійного зрошення сечового міхура, інстиляцій та цистоскопічних методів. У всіх хворих було діагностовано ІV стадію раку простати з інвазією в стінку сечового міхура. Середній показник за шкалою Глісона становив 9 балів (7–10). У одного хворого було діагностовано локальний рецидив РПЗ з ураженням шийки сечового міхура після раніше перенесеної радикальної простатектомії (7 років тому).

Критерієм технічної успішності втручання було припинення артеріальної кровотечі в зоні передміхурової залози. Критерієм клінічної успішності вважалось припинення макрогематурії протягом 7 днів після втручання. Проводилось ретельне обстеження хворих до, безпосередньо після, та через 3 місяці після перенесеного малоінвазивного втручання.

Результати. З дев'яти хворих, які входили у дослідження, у восьми випадках САЕ була виконана успішно. Серед них у семи випадках була проведена білатеральна, в одному випадку – унілатеральна емболізація. У випадку унілатеральної емболізації спостерігався виражений розгалужений тип кровопостачання передміхурової залози артеріями малого діаметра, що не дозволило виконати суперселективну катетеризацію живлячих судин. Таким чином, показник технічної успішності склав 89%.

За даними артеріограм, виконаних перед емболізацією, посилена васкуляризація в зоні передміхурової залози спостерігалась у всіх хворих, при чому екстравазація контрастної речовини на момент проведення дослідження мала місце лише в одному випадку. Жодних ускладнень, характерних для емболізації, таких як біль у промежині, некроз стінки сечового міхура, парез сідничного м'яза або некроз шкіри, зареєстровано не було.

Після проведеного втручання макрогематурія значно зменшилась у шести хворих (67%). В одному випадку гематурія припинилась у день

втручання, в одному – на 1-й день після втручання, в трьох випадках – на 2-й день, та на 3-й день в одному випадку. У двох випадках спостерігалось продовження гематурії протягом 2 та 3 тижнів. Ці випадки були віднесені до клінічно неуспішних. Обидва хворих продовжували отримувати консервативне гемостатичне лікування традиційними методами до досягнення гемостазу з контролем гемодинамічних показників та рівня гемоглобіну.

Ще один випадок клінічної неуспішності спостерігався у хворого з об'ємом передміхурової залози 238 см³, у якого спостерігались явища гематурії після виконаної САЕ, та який помер на 17-ту добу після втручання з приводу уросенсису та поліорганної недостатності.

У семи випадках з метою корекції анемії хворим проводилось переливання препаратів крові. Після перенесеної САЕ, незважаючи на залишкові явища гематурії, троє хворих не потребували гемотрансфузій. Троє інших хворих продовжували отримувати гемотрансфузії протягом ще 1 тижня. В одному випадку, з клінічно неуспішною САЕ, зберігалась потреба у проведенні гемотрансфузій у подальшому.

У чотирьох хворих перед втручанням було встановлено постійний уретральний катетер з приводу гострої затримки сечі. Після перенесеного втручання у двох з них на 2-й та 3-й день відновилось самостійне сечовипускання. В одному випадку спостерігалась повторна гостра затримка сечі, з приводу чого йому було виконано трансуретральну резекцію простати на 18-й день після перенесеної САЕ з наступним відновленням сечовипускання. В одному випадку сечовипускання відновлено не було, хворий був виписаний з постійним уретральним катетером.

Протягом 3-місячного спостереження у двох хворих зберігались епізоди гематурії на 34-й та 24-й день. Обидва хворих отримували консервативну гемостатичну терапію та в подальшому не потребували додаткових інших втручань. У трьох випадках мали місце летальні наслідки на 68-й, 74-й та 17-й день після перенесеної САЕ з приводу поліорганної недостатності та уросенсису. У одному випадку причиною смерті став набряк легень на 50-ту добу після перенесеної САЕ. Після виключення летальних випадків протягом 3-місячного періоду та випадків персистоючої макрогематурії, лише троє хворих прожили більше 3 місяців без рецидивів гематурії після перенесеної САЕ.

Висновок. Таким чином, можемо зробити висновок, що застосування САЕ з метою зупинки кровотечі з нижніх сечовивідних шляхів у

хворих на місцево-розповсюджений рак простати характеризується високою технічною та помірною клінічною успішністю, відсутністю ускладнень пов'язаних з перенесеним мінімально інвазивним

втручанням та може служити альтернативною методикою для зупинки кровотечі з нижніх сечовідних шляхів у хворих з місцево-розповсюдженим раком передміхурової залози.

ПОКАЗНИКИ ФРАГМЕНТАЦІЇ ДНК СПЕРМАТОЗОЇДІВ У ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА РАК ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

В.Є. Лучицький, Є.В. Лучицький, В.М. Рибальченко

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

Вступ. Аналіз публікацій, присвячених впливу радіойодтерапії (РЙТ) на сперматогенну функцію, показує вірогідне дозозалежне підвищення рівня фолікулостимулюючого гормону (ФСГ) та розвиток патоспермії у чоловіків, котрим проводилась комбінована терапія раку щитовидної залози (РЩЗ). Тестикулярна тканина має високу радіочутливість. Одним із найбільш прогностично значимих показників потенціалу чоловічої фертильності є фрагментація ДНК сперматозоїдів. Пошкодження ДНК сперматозоїдів можуть лежати в основі ідіопатичного безпліддя.

Матеріал та методи дослідження. Фрагментацію ДНК досліджено у 18 зразках еякуляту (у 9 чоловіків, які отримали 2 курси РЙТ, після проведення радикальної тиреоїдектомії з приводу раку щитовидної залози та у 9 практично здорових чоловіків – контрольна група). Також пацієнтам проводилося визначення концентрації ФСГ в сироватці крові імуноферментним методом. Дослідження проводилися через 4 – 6 міс. після проведення 2-го курсу РЙТ.

Результати. Середнє значення показника фрагментації в контрольній групі було менше, ніж 20%, що відповідає даним літератури щодо нормальних показників ступенів дефрагментації ДНК у здорових чоловіків. У 9 обстежених пацієнтів, хворих на рак щитовидної залози, показники фрагментації сперматозоїдів були підвищеними. Підвищення відсотка фрагментації сперматозоїдів спостерігалось у всіх пацієнтів з раком щитовидної залози після РЙТ і складало 42%, 32% і 31%, 35%, 34%, 37%, 33%, 40%, 44% відповідно. У обстежених чоловіків спостерігалось вірогідне підвищення середніх рівнів ФСГ порівняно з контрольною групою $12,87 \pm 1,58$ МО/л проти $6,34 \pm 0,52$ МО/л ($p < 0,01$), відповідно. Проведений корелятивний аналіз між рівнями ФСГ та кумулятивною дозою радіоактивного йоду виявив слабкий прямий корелятивний зв'язок.

Висновки. Проведені дослідження засвідчили, що у чоловіків, хворих на рак щитовидної залози, після проведення комбінованого лікування спостерігається пошкодження гермінативного епітелію, які супроводжуються підвищенням рівнів ФСГ в крові.

НЕФРОНЗБЕРІГАЮЧА ХІРУРГІЯ ПУХЛИН НИРКИ

*В.С. Сакало¹, В.В. Мрачковський², А.В. Кондратенко², А.В. Сакало¹,
Ю.Ю. Куранов², Я.В. Левчишин², З.В. Гацереція², П.М. Салій²*

¹ *ДУ «Інститут урології НАМН України»,*

² *Київський міський клінічний онкологічний центр*

Сучасні методи діагностики (УЗД, КТ, МРТ) дозволяють ставити діагноз рак нирки на початкових стадіях, що в сукупності з удосконаленням хірургічних технологій стимулює інтерес до органозберігаючих операцій.

Нині основними показаннями для органозберігаючих операцій з приводу нирково-клітинного раку (НКР) було двобічне ураження нирок, ураження єдиної функціонуючої нирки. На сьогодні показання для органозберігаючих

операцій з приводу раку нирки можливо поділити на три групи:

1. Абсолютні: ураження єдиної нирки; білатеральний рак нирки.

2. Відносні: ураження контралатеральної нирки (гломерулонефрит, нефросклероз).

3. Елективні: пухлина розмірами до 4 см при здоровій контралатеральній нирці.

Результати резекцій нирки при НКР продемонстрували задовільний локальний контроль над пухлиною. Частота місцевих рецидивів складає менше 1%. Дискутабельним залишається питання про максимально допустимі розміри пухлини, при яких можливе виконання резекції нирки. Результати багаточетрового міжнародного дослідження показали, що у ретельно відібраних хворих можливе виконання резекції нирки при розмірах пухлини до 7 см і більше (Patard J.J., 2004).

Матеріали і методи дослідження. З 2007 до 2016 р. у клініці онкоурології ДУ «Інституту урології НАМН України» на базі Київського міського клінічного онкологічного центру резекція нирки виконана у 418 хворих. Показаннями до операції були клінічні діагнози: рак нирки – у 406 (94,5%), ангіоміоліпома – у 10 (4,4%) та неорганна заочеревинна пухлина – у 2 (1,1%) хворих.

При гістологічному дослідженні доброякісні пухлини діагностували у 23 (14,0%) з 418 хворих: ангіоміоліпома – у 11 (7,0%), онкоцитомома – у 9 (5,3%) та лейоміома – у 3 (1,7%).

Проведено ретроспективний аналіз лікування 406 пацієнтів з морфологічно верифікованим НКР. Їз них чоловіки склали 61%, жінки – 39%. Середній вік хворих – 52,8 (21–74) року. Ураження правої нирки діагностували у 39,7%, лівої – 47,1%, двобічні пухлини – у 13,2% хворих.

Локалізація пухлини в верхньому сегменті була у 35%, у нижньому – 30,9%, у середньому – 34,1%. Середній діаметр пухлини на боці органозберігаючого втручання – 3,8 (0,5–8) см. Середня кількість видалених вузлів складала 2 (1–3).

Категорія T₁ встановлена у 77,5%, T₂ – у 15,3%, T_{3a} – у 7,2% пацієнтів. Видалені метастази (легені, наднирники та інші) виявлені у 42, ураження регіонарних лімфовузлів – у 7 хворих. Метастази в легені були у 18, наднирники – у 11, кістки – у 13 хворих.

Одночасна резекція нирки в поєднанні з нефректомією виконана у 11 з 24 хворих з двобічним ураженням. Резекція на одному боці і нефректомія через 3–5 міс. на другому боці виконана у 8, тільки резекція на одному боці – у 5 хворих.

При відкритій резекції нирки частіше використовували підреберний, а також люмботомічний доступи. При двобічних пухлинах з одночасним виконанням резекції і нефректомії, при пухлинах підковоподібної нирки (2 випадки), а також солітарних метастазах у протилежній наднирник проводили лапаротомний доступ. Відкритих резекцій було 377, лапароскопічних резекцій – 10, лапароскопічних нефректомій – 31.

У всіх випадках для кращої візуалізації зони резекції і зменшення інтраопераційної крововтрати застосовували пережимання ниркової артерії. Охолодження нирки через ниркову артерію перфузією перфторана не проводили в зв'язку з небезпекою дисемінації пухлинного процесу. Середній час теплової ішемії складав 17,6 хв. Резекцію виконували на відстані 0,5–1,5 см від краю пухлини. У випадку інтраопераційного розтину збиральної системи нирки проводили її герметичне ушивання вікрилом.

Термінове гістологічне дослідження країв резекції застосовували у 266 випадках.

Одночасне видалення метастазів в наднирник на боці резекції виконано у 4, на протилежному боці – у 7 хворих. Видалення солітарного метастазу в легені проведено у 19 хворих через 3–5 міс. після резекції нирки. У 34 пацієнтів під час резекції нирки виконували регіонарну лімфодисекцію. Метастазів в регіонарних лімфовузлах не було виявлено в жодному випадку під час резекції. Ультразвукове інтраопераційне дослідження нирки застосовували за показаннями.

Результати. Світлоклітинний рак на боці резекції був у 95%, хромофорний – у 2,9%, папілярний – 2,1%. За ступенем анаплазії пухлини розподілялись: G1 – 40%, G2 – 55%, G3 – 5%.

Відстань від краю пухлини до хірургічного краю резекції складала в середньому 0,5 (0,2–1,5) см. Позитивний край резекції при інтраопераційному гістологічному дослідженні на заморожених зрізах виявлено у 15 (5,6%) із 266 пацієнтів. У всіх випадках з позитивним краєм резекції додатково видаляли тканини зони резекції.

Інтраопераційних ускладнень не спостерігали. У ранньому післяопераційному періоді у 7 хворих виникла кровотеча із зони резекції. При цьому в одному випадку виконана нефректомія, у п'яти – прошивання і коагуляція зони кровотечі.

У 2 хворих на 4–5-ту добу після операції виникла шлунково-кишкова кровотеча, купована консервативно. У 8 хворих в післяопераційному періоді діагностували гематому в зоні резекції, яку лікували консервативно.

Транзиторне підвищення рівня креатиніну відмічали у 42% хворих через декілька днів

після операції. Хронічна ниркова недостатність (ХПН) після закінчення лікування діагностована у 7 (7,2%) хворих.

Вірогідність розвитку ХПН значно збільшувалась при наявності таких факторів як відсутність протилежної нормально функціонуючої нирки, двобічного ураження нирок, час ішемії був більше 30 хв.

Прогресування захворювання встановлено у 4,2% пацієнтів у середньому через 52,8 (3–96) міс. після закінчення лікування. Місцевий рецидив діагностували у 2 (2,0%) і віддалені метастази – у 26 (6,4%) хворих. В жодному випадку при позитивному краю резекції не відмічено наявності місцевого рецидиву раку нирки.

Канцерспецифічне і безрецидивне 5-річне виживання групи хворих після резекції нирки складало 92,8% і 81,7% відповідно. Наявність віддалених метастазів суттєво зменшувала 5-річне виживання з 92,8% до 32,3%.

Обговорення. Незважаючи на те, що «золотим стандартом» лікування НКР є радикальна нефректомія, резекція нирки з невеликими пухлинами не викликає зменшення канцерспецифічної виживаності пацієнтів. Перевагою органозберігаючого лікування є збереження функціонуючої ниркової паренхіми і підвищення якості життя пацієнтів.

При елективних показаннях для органозберігаючого лікування на результати оперативного втручання впливають розмір, локалізація, кількість пухлинних вузлів, наявність пухлинних клітин по краю резекції, а також гістологічний варіант пухлини.

Розмір пухлини є вкрай важливим фактором прогнозу. У хворих, які перенесли резекцію нирки, відмічені достовірні переваги в 5- і 10-річному специфічному і безрецидивному виживанні при пухлинах <4 см в порівнянні з пацієнтами, у яких розміри пухлини були >4 см (Leibovich B., 2004).

Нині доведена відсутність різниці у специфічному виживанні і частоті рецидивів у за-

лежності від центрального або крайового розташування пухлини (Black P., 2003).

Мультифокальність росту у хворих на НКР реєструється в 4–25% випадків. Частота виявлення множинних пухлин підвищується зі збільшенням розмірів новоутворення, при категорії pT₂ і вище, наявності судинної інвазії, папілярному або змішаному гістологічному варіанті пухлини (Nieder A.M., 2003).

Сприятливими факторами прогнозу після резекції нирки є низька категорія T, високий ступінь диференціювання пухлини, папілярний або хромофорний варіант НКР та випадково виявлені безсимптомні пухлини.

Підвищення зацікавленості до питань якості життя онкохворих сприяло пошукам сучасних технологій у лікуванні раку нирки (лапароскопічні методики, нехірургічні методи лікування).

На II Європейському міжнародному конгресі з питань НКР Novick A. (2007) привів аналіз відкритого і лапароскопічного видалення пухлин нирки (Novick A., 2007).

Частота ускладнень дещо вища при ендоскопічних технологіях і залежить від досвіду хірурга та супутньої патології.

З метою збереження нефронів і зменшення тривалості теплової ішемії у хворих з інтраорганним розташуванням пухлини Williams R. і співав. (2016) із клініки Мейо пропонують накладати на дефект нирки тільки один ряд швів на корковий шар (SLR), що дозволяє скоротити час теплової ішемії з 19,6 хв. до 17,3 хв. (p=0,04) без збільшення кількості ускладнень.

Висновки

1. Відкрита нефректомія переважніше щодо збереження ниркової функції внаслідок скорочення часу ішемії. Кількість ускладнень дещо більша після лапароскопічних втручань. Проте, віддалені онкологічні результати однакові.

2. При малих (<4 см) поверхнево розташованих пухлинах показана лапароскопічна резекція нирки. Переваги: менший розріз, менша потреба в анальгетиках, коротший ліжко-день, раніше повернення до активного життя.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПАТОСПЕРМІЇ У ЧОЛОВІКІВ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

І.М. Антонян ¹, Т.В. Березна ²

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти

² Клініка допоміжної медицини ім. В.І. Грищенка

Вступ. Безпліддя – це нездатність соматично здорової сімейної пари репродуктивного віку, яка не застосовує засоби контрацепції, досягти зачаття протягом 12 місяців регулярного статевого життя. Частота безплідних шлюбів у світі катастрофічно зростає: у Європі і США вона становить 15%, у Канаді – 17%, а в Росії наближається до 20%.

Лікування чоловіків з патоспермією на тлі МС залежить від рівня ІМТ, важкості загальних проявів МС, його тривалості, порушень статевої функції. Існуючі схеми терапевтичного відновлення андрогенної функції у чоловіків на тлі МС у більшості малоєфективні, що виправдовує пошук нових методів лікування патоспермії.

Мета дослідження: вивчити зміни в результатах спермограм, зокрема зміни при оцінюванні строгої морфології, у співвідношеннях фракцій рухомості у пацієнтів з патоспермією на тлі МС та підвищеного ІМТ у залежності від проведеного виду лікування.

Матеріали та методи дослідження. У 2015–2018 рр. у клініці репродуктивної медицини ім. акад. В.І. Грищенка на лікуванні та під спостереженням перебували 118 чоловіків з олігоастероатозоспермією (ОАТЗ) на тлі МС з ІМТ в межах 30–35 кг/м². Середній вік пацієнтів становив 32,7±3,6 року (від 29 до 45 років), тривалість захворювання від 10 місяців до 5 років (у середньому 3,9±1,2 року). Пацієнти були розподілені на дві групи. До першої увійшли 58 чоловіків, що отримували комплексне лікування, а саме: рекомендації щодо зниження ваги, корекція режиму та способу життя, судинні препарати (пентоксифілін ретард 600 мг/добу, екстракт гінко білоба 40 мг 4 рази/добу), статіни (розувастатин 20 мг/добу). Пацієнтам другої групи (n=60) вищезгадана терапія була доповнена ХГЛ за метою покращення ендокринної функції яєчок (1500 МО 1 раз кожні 4 доби) на період 12 тижнів. Дозу препарату вважали адекватною при підвищенні рівня загального тестостерону до норми і/або на 50% від вихідних нормальних мінімальних значень після 3–5 ін'єкцій препарату (1500 ОД на одну ін'єкцію).

Результати лікування оцінювали через 12 тижнів (саме такий термін зумовлює повний цикл сперматогенезу – 72–74 доби).

Результати. Аналізуючи дані рухливості, можна відмітити зростання показників фракції «А», практичну нормалізацію показників фракції «В» у першій групі. Але у пацієнтів другої групи, включених у дослідження, терапія хоріонічним гонадотропіном призвела до статистично значущого збільшення зростання рухомості у всіх фракціях порівняно з першою групою. Так, у фіналі лікувального періоду у пацієнтів першої групи рівень рухливості по фракції «А» дорівнював 5,8% , по фракції «В» дорівнював 9,4% рухливих спермій. А на тлі терапії хоріонічним гонадотропіном у другій групі дорівнював по фракції «А» 8,4 %, по фракції «В» – 11,1% (p<0,05).

Аналізуючи середні значення рухливості спермій у пацієнтів з ОАТЗ перед початком лікування та по завершенню терапевтичного періоду, звертає увагу, що зміни відбулися як стосовно показників рухливості, так і стосовно показників «строкої» морфології спермій – якщо до початку лікування показник складав 1,2±0,67, то після початку лікування у першій групі досяг 3,2±0,8, а у другій групі достовірно збільшився до 5,1±0,7.

У всіх досліджуваних пацієнтів до початку лікування спостерігалися комбіновані зміни морфологічної структури голівки, шийки та хвостика. Вищезказані зміни поєднувалися зі зниженими показниками концентрації та рухливості в обох групах. Аналіз змін спермограми після проведеного лікування свідчить про поступове зростання морфологічних показників у поєднанні зі збільшенням рухливості. Більш суттєві зміни зареєстровані у групі, де у складі комплексного лікування було введено хоріонічний гонадотропін людини. Особливе значення має факт збільшення кількісних показників: концентрація, загальна кількість зразка з урахуванням запланованої ДРТ у парах із чоловічим фактором та можливістю формування додаткових резервних кріодоз еякуляту. Зростання параметрів рухливості та «строкої» морфології

сперміїв надало можливість розпочати програми ДРТ у 54 пар пацієнтів з другої групи, та у 48 пар з першої групи.

Позитивний тест ХГЧ з реєстрацією внутрішньоматкової локалізації ембріонів підтверджено у 26 з 54 (48,14 %) жінок, направлених на програми ДРТ з діагнозом ОАТЗ у чоловіків у другій групі, та у 18 з 48 (37,5%) жінок з першої групи. Результати отриманих даних переконливо доводять, що терапія хоріонічним гонадотропіном може бути ефективною в плані нормалізації базових параметрів гормонального статусу, що, в свою чергу, є потенційно необхідною умовою по забезпеченню високоякісного сперматогенезу у пацієнтів з ОАТЗ на тлі метаболічного синдрому та

підвищеного індексу маси тіла при нормальній або зниженій продукції ЛГ і ФСГ.

Висновки. Таким чином, динаміка показників рухливості та «строкої» морфології сперміїв до та після проведеного лікування (комбінація судинних препаратів, статинів, препаратів хоріонічного гонадотропіну людини), нормалізація ліпідного обміну, дотримання чітких рекомендацій пацієнтами щодо зниження ваги, корекції режиму та способу життя, демонструє перспективну методику патогенетично спрямованого лікування патоспермії у чоловіків на тлі МС та підвищеного ІМТ. Результативність програм індукції сперматогенезу з включенням препаратів хоріонічного гонадотропіну відображається в показниках ЧНБ у парах з чоловічим фактором.

ГРАНИЦЬ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ УРЕТЕРОЛИТІАЗА

И.М. Антонян, А.И. Зеленский, Т.А. Торак

Харьковская медицинская академия последипломного образования

На протяжении многих лет вопросы этиологии и патогенеза, а также профилактики МКБ остаются актуальной проблемой. Сочетание высоких технологий (дистанционная и контактная, ультразвуковая и лазерная, а также другие виды литотрипсии) в дизинтеграции камней почек и мочеточников с применением лекарственных препаратов, воздействующих на профилактические, терапевтические и метафилактические звенья существенно увеличило эффективность лечения в ее общей стратегической концепции.

Преимущества фитотерапии перед синтетическими препаратами несомненны: практически отсутствуют осложнения и нежелательные побочные эффекты и, более того, существует эффект синергизма – возможность подбора таких комбинаций лекарственных растений, которые, с одной стороны, взаимно потенцируют индивидуальные свойства, а с другой – обеспечивают весь необходимый для больного набор биологически активных веществ. Этот принцип лежит в основе создания современных фитосборов и поликомпонентных растительных препаратов, одним из которых является TUTUKON (Тутукон), производимый «Miguel Garriga S.A.» в Испании. На Украине препарат представляет компания Grand Medical.

Цель работы: оценка клинической эффективности препарата Тутукон у больных МКБ

(камни почек и мочеточников), его литолитических и литокинетических свойств.

Материалы и методы. Исследование проводилось на клинической базе кафедры общей, детской и онкологической урологии в КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шаповала» с 2014 по 2017 г. и включало 2 группы больных.

Первая группа – 62 пациента с локализацией камня в мочеточнике (30 мужчин и 32 женщины, возраст от 18 до 65 лет). Размеры конкремента от >4 до <10 мм. Все больные были госпитализированы в ургентном порядке. У 28 пациентов уrolитиаз был рецидивным. Длительность нахождения камня в мочеточнике до момента включения в исследование колебалась от 1 суток до 3 недель.

При поступлении в клинику жалобы пациентов были представлены характерной для почечной колики болью в поясничной – у 52 (83,9%), брюшной – 38 (61,3%) и паховой области у 24 (38,7%) пациентов, тошнотой, рвотой. Диагноз МКБ устанавливали и подтверждали на основании визуальных и лабораторных данных. С помощью обзорной урографии и УЗ-исследования были определены размеры мочевых камней в большинстве случаев – у 44 больных (71%), у 18 (29%) пациентов с Rз-негативными камнями мочеточника, размеры и локализация установлены при МСКТ.

Вторая группа – 36 пациентов (14 мужчин и 22 женщины, возраст от 21 до 64 лет), которые наблюдались у уролога от 3 недель до 2 лет по поводу одиночных – 28 (77,8%) и множественных (от 2 до 5) уролитов – 8 (22,2%) с локализацией в полостной системе почки (лоханка – 12 пациентов, чашечки – 24 пациента). Общее количество камней – 26 шт., все были Rз-контрастными. У 14 пациентов ранее (от 1 до 6 мес.) выполнялась ДУВЛ по поводу камней лоханки, и у них имела место т.н. резидуальная МКБ. Размеры уролитов колебались от >4 до <10 мм. В этой группе оценивали срок от начала лечения до отхождения конкремента. У всех пациентов этой группы имелся опыт применения литокинетической – 36 (100%) и литолитической – 28 (77,8%) терапии. До момента включения в исследование строго соблюдали рекомендации по поводу соответствующего пищевого и питьевого режима 20 (55,6%) больных.

Контрольные обследования проводили в день поступления (до начала приема препарата), на 3-е, 5-е, 7-е, 10-е, 14-е и 30-е сутки. Препарат Тутукон назначали в дозе 45 мл 3 раза в день в течение 1 месяца. Отхождение уролита не прерывало терапию.

Эффективность препарата Тутукон оценивалась в представленных группах на основании следующих клинических и лабораторных критериев:

- Длительность и динамика выраженности болевого синдрома, в т.ч. и во время отхождения камня (только в 1-й группе).

- Клинико-биохимические показатели крови и мочи.

- Диурез, рН мочи.

- Время до отхождения конкремента (от начала лечения).

- Изменение размеров конкрементов в ходе лечения и их состояние после отхождения из мочевых путей.

Результаты. У 90,3% пациентов первой группы эффект «полного благополучия» – отсутствие болевого синдрома и дизурии наступил на 3-и–5-е сутки терапии. Нормализация мочевого осадка в течение первых 10 суток проявилась снижением на 90% уровня бактериурии, и на 87,5% – лейкоцитурии у пациентов первой группы. Во второй группе показатель бактериурии снизился на 89%, лейкоцитурии – на 78%.

По данным общего анализа мочи у 56 (90,3%) больных первой группы при поступлении была обнаружена протеинурия (0,037–0,3 г/л) и микрогематурия (15–30 в п/зр). К 3-м суткам после начала приема препарата не-

измененные эритроциты наблюдали у 32 (51,6%), а к 10-м – только у 14 (22,3%) пациентов. У 32 (51,6%) больных при поступлении была выявлена лейкоцитурия (>15 в п/зр), после 2 недель терапии только у 4 (6,5%) пациентов этот показатель превышал нормальные показатели.

Полученные данные свидетельствуют об уменьшении выраженности бактериурии и лейкоцитурии у больных первой группы уже в течение первых 5 дней применения исследуемого препарата.

Кристаллурию наблюдали у 32 (51,6%) пациентов первой группы в начале лечения. На 14-е сутки количество пациентов с этим проявлением МКБ увеличилось до 42 (67,7%), а к 30-м суткам снизилось до 20 (32,3%). Среди пациентов второй группы в начале исследования кристаллурию диагностировали только у 10 (27,8%) пациентов, к 14-м суткам – у 28 (77,8%) к 30-м суткам – у 16 (44,4%) больных. При этом, к 14-м суткам лечения чаще диагностировали оксалурию – 16 (44,4%), гораздо реже встречалась уратурия – 8 (22,2%), фосфатурия – 4 (11,1%).

Динамика изменений показателей мочевого осадка во второй группе указывала на увеличение частоты диагностики кристаллурии наряду с повышением эритроцитурии и гематурии – триада, которая возникла на фоне приема препарата у 18 пациентов из 26.

Таким образом, похожую динамику показателей мочевого осадка наблюдали в обеих группах, где отметили увеличение эритроцитурии и протеинурии в 3 раза в первые 10 дней лечения, одновременно со снижением лейкоцитурии и бактериурии в 2 раза. Эти изменения сопровождались появлением достаточно интенсивной кристаллурии. Все вышеперечисленное было расценено нами как существенные изменения литолитических свойств мочи, возникшие с началом применения препарата.

Основные показатели функционального состояния почек в динамике исследования были в пределах нормальных значений. Применение исследуемого препарата в первой группе достоверно снижало уровень мочевой кислоты в сыворотке крови (с $0,456 \pm 0,065$ в начале лечения до $0,365 \pm 0,107$ ммоль/л к 30-м суткам) и точную экскрецию и мочевой кислоты (с $4,62 \pm 1,27$ до $3,61 \pm 1,13$ ммоль/сут). У пациентов второй группы не было отмечено достоверных изменений основных показателей азотистого обмена, в т.ч. мочевой кислоты, крови и мочи.

В нашем исследовании подтверждено влияние компонентов препарата (хвоща полевого,

розмарина, пальчатника, мелиссы) на увеличение диуреза. Если у пациентов первой группы до начала приема препарата диурез составлял 768 ± 153 мл/сут, то к 10-м суткам лечения этот показатель увеличился на 93% и составил 1482 ± 202 мл/сут и сохранялся на протяжении всего приема препарата.

Изменение диуреза во второй группе были менее выражены (с 890 ± 96 мл в начале лечения до 1260 ± 162 мл к 10-м суткам), чем в группе с уретеролитиазом, что, очевидно, связано с тем, что большая часть пациентов с мелкими камнями почек к моменту включения в исследование соблюдали диету, в т.ч. и рекомендации по питьевому режиму.

Достоверного изменения рН мочи в ходе приема препарата у наших пациентов мы не отметили, что, очевидно, следует исследовать в дальнейших работах, где потребуются несколько изменить дизайн и выделить группы по видам МКБ и кристаллурии.

Элиминация конкремента из мочеточника в течение 10 суток от начала приема препарата была зафиксирована у 40 (64,5%) пациентов первой группы. Отсутствие камней и исчезновение уретеропиелоектазии подтверждали УЗИ либо обзорной урографией. Еще у 12 пациентов (19,4%) отхождение камня произошло в сроки с 11-х по 30-е сутки на фоне повышенного диуреза и не сопровождалось болевым синдромом. В 6 (9,7%) случаях, когда излечение наступило до 14 суток, осмотреть конкременты, чтобы отнести эти случаи положительного исхода к тому или другому эффекту нам не удалось (пациенты «не поймали» конкремент).

Неэффективность терапии Тутутоном к 30-м суткам отметили у 10 (16,1%) пациентов с достаточно крупными рентгенконтрастными конкрементами в мочеточнике, при этом в 4 случаях имела место миграция камня книзу до н/3. В этой группе только 5 конкрементов при отхождении не отличались по размерам от диагностированного первично (УЗИ, рентген).

Следует отметить, что в первой группе большая часть из отошедших конкрементов, которые удалось «поймать» (18 случаев), была представлена 2–3, реже фрагментами до 4 мм, которые крошились при легком прикосновении, и большая часть объема камня была представлена «мочевым гравием» различной формы, цвета и размерами до 1 мм. В этой связи логично предположить, что основной эффект препарата связан с изменением свойств мочи, при которых повышается ее способность дезинтегрировать или

растворять часть уролита, что было зафиксировано у 16 больных.

Во второй группе, у 36 больных к началу исследования рентгенологическим методом визуализировали, как указывалось ранее, 26 конкрементов, находившихся в полостях почки достаточно долго. На фоне лечения отмечали отхождение 15 конкрементов. Из 8 больных с множественными (от 2 до 5, всего 12 шт.) камнями (фрагменты крупных конкрементов, которые были подвергнуты ДУВЛ) в результате лечения у 6 – отошли 8 конкрементов в сроке от 14 до 30 суток. Из оставшихся 28 пациентов с одиночными конкрементами в результате лечения от камней избавились 14 пациентов.

Единичные камни из полостной системы: в первые 14 суток приема препарата отошли 7 уролитов, при этом если первичные размеры были от 7 до 9 мм, то при отхождении максимальный фрагмент дезинтегрированного камня <4 мм, остальная часть была представлена в виде гравия до 1 мм. Следует отметить, что практически все конкременты, которые «стартовали» из полостей почки при отхождении значительно отличались по размерам от первично визуализированных. При этом множественные камни отошли в виде мелких конкрементов – гораздо меньше по размерам, чем при визуальной диагностике на включении – т.е., очевидно, что их миграция по мочевым путям стала возможной после изменения структуры и размеров.

Достаточно большая часть конкрементов в ходе лечения были дезинтегрированы, о чем свидетельствовали изменения размеров при повторных ультразвуковых и рентгенологических исследованиях, отхождение в виде фрагментов гораздо меньших, первично выявленных уролитов в 58,1% наблюдений.

Выводы. Изгоняющая лекарственная монотерапия препаратом Тутукон в течение 1 мес. позволяет избавиться от камней размером 4–5 мм в 100% случаев, 6–7 мм – в 72,7%, 8–9 мм лишь в 20% случаев. Эффект элиминации камней почек размером 4–5 мм наблюдался в 71,4% случаев, 6–7 мм – 66,6%, 8–9 мм в 28,6%. О выраженности литолитического эффекта свидетельствует дезинтеграция конкрементов в ходе лечения и отхождение в виде отдельных фрагментов, что продемонстрировано в 58% наблюдений. Дальнейшие наши исследования будут направлены на изучение изменений физико-химических свойств мочи в зависимости от состава конкремента и вида уролитиаза при использовании монотерапии препаратом Тутукон.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ УДЕНАФІЛА У ПАЦІЄНТІВ З НЕВДАЛИМ ДОСВІДОМ ЛІКУВАННЯ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ІФДЕ-5

І.М. Антонян, Ф.Г. Мошель

Харківська медична академія післядипломної освіти

Еректильна дисфункція (ЕД) – це неможливість досягти або підтримувати ерекцію, достатню для задовільної статевої активності, є загально визнаною не лише медичною, а також соціальною проблемою. Інгібітори фосфодіестерази 5-го типу (іФДЕ-5) вважаються препаратами першої лінії для лікування більшості чоловіків з ЕД за наявності широкого спектра причин ЕД та великого діапазону ступеня тяжкості супутніх захворювань.

У 2016 році діюча речовина *udenafile* зареєстрована в Україні як лікарський засіб «Зидена» для лікування ЕД. Із 2017 року *udenafile* 100 мг рекомендовано Європейською асоціацією урологів як препарат вибору для лікування ЕД.

Мета роботи: оцінка ефективності та безпечності препарату «Зидена» при лікуванні ЕД у чоловіків із невдалим досвідом використання інших іФДЕ-5.

Матеріали та методи дослідження. Нами проведено клінічне спостереження за 23 пацієнтами з органічною ЕД, які вже мали досвід використання іФДЕ-5, але не Уденафіла, і лікування не забезпечило достатнього ефекту.

Критерії залучення для пацієнтів.

– Чоловіки, старші 40 років, з органічною ЕД, які мали незадовільний результат використання іФДЕ-5, але раніше не приймали Уденафіл.

– Бал за результатом анкетування МІЕФ нижче 25; ШТЕ – нижче 3.

– Наявність статевого партнера у пацієнта.

– Можливість і бажання пацієнта мати не менше двох статевих актів на тиждень.

– Відсутність андрогенного дефіциту.

– Відсутність протипоказань до іФДЕ-5.

– Відсутність, на думку дослідника-лікаря, клінічно значимої супутньої патології, вроджених чи здобутих змін в анатомії або необхідність призначення чи прийом супутніх препаратів, які можуть вплинути на безпеку пацієнта або мати вплив на інтерпретацію отриманих даних.

Перед початком лікування (1-й візит) пацієнти пройшли загально-клінічне обстеження в умовах урологічного стаціонару: загальний аналіз крові; загальний аналіз сечі; біохімічний

аналіз крові (сечовина, креатинін, Алт, Аст, загальний білок, цукор крові); всім пацієнтам проведено дослідження крові на вміст загального тестостерону та простатспецифічного антигену. Виконано ультрасонографічне дослідження органів сечостатевої системи, проведено повне фізикальне дослідження. Клінічно-значимих відхилень від норми не виявлено. Під час фізикального обстеження пацієнти заповнювали анкету МІЕФ та анкету «Шкала твердості ерекції за Голдстейном» (ШТЕ).

Після обстеження пацієнтам було призначено препарат «Зидена» 100 мг, перорально, за 30 хвилин до планованого статевих акту або вранці, якщо плани на день уже сформовані. Нечастіше ніж раз на добу, але не менше, ніж двічі на тиждень протягом 28 днів.

Через 10–14 днів пацієнтам призначався повторний 2-й візит до лікаря з метою контролю безпеки пацієнтів, фіксації небажаних явищ та відстеження попередніх результатів лікування. На візиті пацієнтам повторно виконувалось загально-клінічне обстеження, визначався рівень загального тестостерону крові та простатспецифічного антигену. Також пацієнти повторно були опитані за шкалою МІЕФ та ШТЕ.

За результатами 2-го візиту було припинено лікування у 8 пацієнтів у зв'язку з неефективністю препарату – за результатами МІЕФ бал у домені «еректильна функція» не змінився та з'явилися ознаки психогенної ЕД (очікування невдачі), за результатами ШТЕ не відбулося жодної динаміки відносно попереднього опитування, також бралась до уваги і незадовільна оцінка дієвості препарату пацієнтами.

Двом пацієнтам, за рішенням лікаря, що ґрунтувалося на результатах оцінки за МІЕФ та ШТЕ, доза препарату була збільшена до 200 мг без модифікації схеми прийому.

13 пацієнтів продовжили прийом препарату «Зидена» за первинною рекомендацією. Під час візиту про небажані явища жоден із пацієнтів не повідомляв. Клінічно значимих відхилень під час фізикального дослідження та за результатами лабораторних досліджень крові не виявлено.

Таким чином, до кінця 4-тижневого запланованого терміну, прийом препарату продовжило 15 пацієнтів.

Критерії оцінки ефективності лікування:

– Задоволення пацієнтом проведеним лікуванням (відмінно/добре/незадовільно).

– Результати опитування за шкалою МІЕФ (відмінно – подвоєння балів або сума балів від 25; добре – приріст балів на 49–30%; задовільно – приріст балів 29–11%, що може свідчити про дієвість препарату, але не про успіх лікування; незадовільно – приріст балів на 10%, що може бути статистичною похибкою чи «людським фактором» під час заповнення анкети пацієнтом).

– Результат опитування за ШТЕ: перехід на вищий бал інтерпретувався як ефективність та дієвість препарату, що не завжди може свідчити про успіх лікування. Успішним лікування вважається, коли пацієнт обирає більше 2 балів.

Через чотири тижні пацієнти, які продовжили прийом препарату, були запрошені на 3-й візит до лікаря, під час якого проводилось фізикальне обстеження та анкетування пацієнтів за шкалою МІЕФ та ШТЕ. У порівнянні з результатами опитування на 2-му візиті динаміка спостерігалась лише за результатами ШТЕ, а саме – 3 пацієнти набрали максимальний бал 4, серед них 2 пацієнти, які приймали по 200 мг препарату «Зидена».

Результати. Під час динамічного спостереження та контролю ефективності лікування за допомогою МІЕФ відмічена тенденція зростання як загального бала, так і окремо у формулюючих доменах чоловічої еректильної функції.

Загалом пацієнти добре перенесли лікування, під час нашого дослідження лише у 2 пацієнтів зафіксовані несуттєві небажані явища, які не потребували лікування і закінчились

самостійно після 2–3-го прийому досліджуваного препарату.

На 2-му візиті 5 (21,7%) пацієнтів оцінили ефективність препарату як відмінно; добре – 8 (34,7%) пацієнтів; незадовільно – 10 (43,5%) пацієнтів.

Об'єктивна оцінка визначила підвищення балів МІЕФ більше ніж вдвічі у 65,2% пацієнтів; при оцінюванні ШТЕ 56,52% пацієнтів набрали більше 2 балів. Загалом дієвість препарату «Зидена» зафіксована у 65,2% випадків.

Двом пацієнтам на 2-му візиті знадобилось підвищення дози препарату, що призвело до появи небажаних явищ, але покращило ефективність лікування.

У 8 (34,88%) пацієнтів результат лікування ЕД препаратами першої лінії був незадовільним, що, напевно, було пов'язано з наявністю у анамнезі пацієнтів радикальних операцій на органах таза (радикальна простатектомія та радикальна цистектомія).

На 3-му візиті (через 28 днів після початку прийому препарату) статистично значимих змін у результатах опитування за МІЕФ не виявлено. За результатами ШТЕ 80% пацієнтів набрали 3 бали, 20% пацієнтів – 4 бали, що переконливо свідчить про дієвість препарату та успіх лікування. Оцінили лікування на відмінно 5 (33,3%) пацієнтів (ті ж самі, що на 2-му візиті); на добре – 10 (66,7%) пацієнтів.

Висновки. У нашому дослідженні відмічена достатньо висока ефективність препарату «Зидена» у лікуванні ЕД, коли інші іФДЕ-5 не призводили до очікуваного результату. Грунтуючись на отримані дані – 65,2% випадків успішного лікування, можна стверджувати про ефективність, а відсутність суттєвих змін у результатах загальноклінічного обстеження пацієнтів свідчить про високий «профіль безпеки» препарату «Зидена».

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЖЕНЩИН С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЦИСТИТОМ

И.М. Антонян¹, И.А. Гарагатый², С.В. Андреев², О.Н. Геглюк¹, В.Н. Якубовский³

¹ Харьковская медицинская академия последипломного образования

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

³ Клиника «Доктор Алекс»

Введение. Инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) являются наиболее актуальной проблемой урологии в связи с высокой распро-

страненностью, рецидивированием, что приводит к снижению работоспособности и качества жизни пациенток. Цистит – это инфекционно-воспа-

лительный процесс стенки мочевого пузыря, локализирующийся преимущественно в слизистой оболочке, что проявляется нарушением его функции (Н.А. Лопаткин, 1998). Острый цистит — это заболевание здоровых женщин репродуктивного возраста, при этом с возрастом частота еще более возрастает. По статистическим данным распространенность острой формы заболевания составляет 314 человек на 100 тыс. населения и 135 — с хронической, рецидивирующей. Частота выявления цистита непосредственно зависит от уровня жизни, медицинской грамотности населения, доступности медицинских услуг и лекарственных препаратов. Рецидивы заболевания характеризуются высокой частотой (от 2–3) и затяжным течением — от нескольких недель до 3–4 месяцев. Собственно диагноз, рецидивирующий цистит (РЦ), устанавливается при наличии 2 эпизодов в течение 6 мес. и 3 и более — за год (EAU Guidelines 2018). Доминирующим возбудителем является *E. coli*, которая встречается в 50–80 % случаев (Т.М. Hooton, 2001; L.E. Nicolle, 2005). Учитывая высокую актуальность патологии, ей посвящены несколько обширных мета-анализов, в которых была показана способность уропатогенов, и в частности *Escherichia coli*, к уротелиальной адгезии, формированию биопленок, размножению, проникновению внутрь клеток и персистенции на слизистой мочевого пузыря, образованию, таким образом, функционирует резервуар хронической инфекции не только вне-, но и внутриклеточно (A.V. Franco, 2005; D.S. Eto, J.L. Sunsdsbak, M.A. Mulvey, 2006).

Среди факторов риска преимущественную роль играет возраст женщины, у молодых и сексуально активных женщин основными причинами возникновения рецидивирующего цистита являются: частота половых актов, смена полового партнера, характер применяемых контрацептивов, наличие ИМВП в анамнезе у матери, секреторный статус антигена группы крови, анамнез в отношении ИМВП в детстве. У постменопаузальных и пожилых женщин такие факторы — ИМВП в анамнезе, до менопаузы, недержание мочи, атрофический вагинит, дивертикулы мочевого пузыря, остаточный объем мочи, секреторный статус антигена группы крови, катеризация мочевого пузыря и ухудшение его детрузорно-сфинктерной функции (L.E. Nicolle, 1997; В. Foxman et al., 2001; Т.М. Hooton et al., 2010).

В качестве дополнительной социально-медицинской проблемы следует указать на глобальное (часто бесконтрольное) применение антибиотиков в медицине и сельском хозяйстве,

что повлекло за собой формирование полирезистентности микроорганизмов и трудно прогнозируемый «дрейф» этиологического спектра возбудителей многих воспалительных заболеваний, что остро осознается научным медицинским сообществом.

Цель работы: изучение патогенеза изменений кишечника и микрофлоры влагалища у пациенток с РЦ. Оценка эффективности комплексной терапии РЦ и интермитирующих курсов профилактического лечения с использованием препарата Уролесан.

Материалы и методы исследования. Проспективный анализ результатов фитопрофилактики рецидивов цистита у 30 пациенток в сравнении с наблюдением за 30 женщинами, страдающими хроническим РЦ. Пациенткам основной группы (ОГ) в качестве противорецидивной (профилактической) интермитирующей терапии был назначен Уролесан по 1 капсуле 3 раза в сутки, не менее, чем через 4 недели после предыдущего рецидива, интермитирующими курсами по 10 дней терапии, потом перерыв — 20 дней. Таких ежемесячных циклов было проведено 3. Контрольная группа (КГ) находилась под наблюдением без назначения профилактической терапии. Период наблюдения — 3 месяца. Контроль эффективности лечения проводился в начале исследования, а также 4-я, 12-я неделя. Средний возраст пациенток составлял от 21 до 54 лет, и средний возраст пациенток обеих групп не отличался (соответственно, КГ — $39,4 \pm 8,1$, ОГ — $42,2 \pm 10,2$). На момент включения в исследование у женщин обеих групп отсутствовали клинические проявления ИМП, а продолжительность периода клинической ремиссии в КГ составляла от 6 до 20 нед., в ОГ — от 6 до 18 нед. Антибиотикотерапия и иммунопрофилактика ранее использовались пациентками обеих групп не менее чем за 1 мес. до включения в исследование. Опыт использования иммунопрофилактики хронического цистита отметили 9 пациенток КГ (30%) и 8 ОГ (26,7%). При этом положительные результаты подобной терапии оценили лишь 6 больных из 17 (35,3%). Клинические исследования крови в обеих группах значительных патологических состояний не выявили и были использованы для оценки безопасности лечения. Биохимическое исследование сыворотки крови (креатинин, мочевины, глюкоза) использовали для оценки функции почек, исключения хронической почечной недостаточности и сахарного диабета. В ходе лечения каких-либо побочных эффектов не было отмечено как от основного препарата, так и средств,

используемых для купирования рецидивов. Всем пациенткам проводились клинико-биохимические методы исследования, бактериологическое исследование мочи, кала, мазков из цервикального канала, а также УЗИ. На фоне отсутствия клинических проявлений цистита на момент включения в исследование у 8 пациенток КГ имела место асимптомная бактериурия (АБУ) (26,7 %) и у 10 пациенток (33%) основной группы (ОГ). При этом в мочевом осадке было увеличено количество лейкоцитов: в КГ у 10 (33%) пациенток, в ОГ – у 8 (26,7%). В динамике проведения исследования лейкоцитурия выросла в КГ (на 4-й нед. до 13 (43,3%) пациенток, а по завершении исследования – до 16 (53,3%)), на 4-й неделе до 30,0% и до 36,7% на 12-й неделе.

В динамике проведения исследования следующий микробиологический контроль проводился через 4 недели, а завершающий – на 12-й неделе. В КГ частота АБУ за 1 мес. выросла до 40,0 %, а при окончании наблюдения составила 43,3%. При этом в ОГ на фоне лечения АБУ значительно снизилась в течение 1 мес. терапии до 20,0%, и к завершению наблюдения составила 13,3%. Общее число рецидивов на 12-й неделе в ОГ составило 8 (26,6%), при этом по 2 эпизода отмечены у 2 женщин. В КГ количество рецидивов достигло 14 (46,7%), из них по 2 у одной и той же пациентки – в 4 случаях, и у одной больной – трижды на 12-й неделе.

По результатам бактериологического анализа мочи в динамике у женщин с ХЦ в этиологии АБУ преобладает грамотрицательная флора, результаты представлены по обеим группам.

Для пациенток с РЦ были типичны дисбиотические варианты вагинального биотопа. Было отмечено снижение уровней лактобактерий ($\leq 10^5$ КОЕ/мл), возрастание содержания облигатных анаэробов (10^5 – 10^6 КОЕ/мл), *Сorynebacterium vaginalis* (10^4 – 10^5 КОЕ/мл) и грибов рода *Candida* (22,8%), при бактериологическом исследовании кала было отмечено снижение лактобактерий ($\leq 10^6$ КОЕ/мл), бифидобактерий ($\leq 10^8$ КОЕ/мл) и кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью ($\leq 10^7$ КОЕ/мл).

Результаты и их обсуждение. В течение 3 мес. пациентки КГ не получали профилактического лечения. При этом обострение (рецидив ХЦ), которое характеризовалось клинической картиной (дизурия, боли, лабораторные изменения) в течение 1 мес. наблюдения отмечено у

4 пациенток. При этом повторные обострения имели место в 2 случаях. В последующие 2 мес. обострения отмечены еще у 6 женщин (у 2 – дважды). Т.е., общее число рецидивов достигло 33%. Профилактика с использованием Уролесана показала следующий результат. В 1 мес. обострение было отмечено у 2 женщин, общее число эпизодов достигло 3. В следующие 2 мес. наблюдения обострения у себя отметили еще 4 женщины. При этом у 1 было 2 рецидива. Таким образом, использование Уролесана сопровождалось рецидивами в 20% случаев. В связи с рецидивами цистита пациентки использовали физические факторы, пробиотики, а также анальгетики и применяли НПВС. В КГ – 4 человека (13,3%), в ОГ – 12 человек (40,0%). У пациенток с рецидивами было отмечено при изучении кишечной флоры дисбактериоз 1-й–2-й стадии, который характеризовался снижением нормальной микрофлоры кишечника с одновременным повышением содержания условно-патогенной флоры.

Заключение. Патологический биотоп мочи при неосложненном цистите характеризуется видовым разнообразием сапрофитной условно-патогенной флоры. Рецидивы цистита сопровождаются дисбиотическими изменениями кишечника, что необходимо учитывать для проведения комплексного лечения, поскольку они могут усугублять вторичный иммунодефицит и способствовать хронизации процесса. Интермиттирующие курсы фитопрофилактики с использованием отечественного препарата Уролесан (продолжительностью 12 недель) уменьшают число рецидивов хронического цистита на 20% (с 33,3% до 13,3%). Также было определено, что АБУ сопровождается безрецидивное течение хронического цистита в 30% случаев, а фитопрофилактика короткими курсами снижает до 13,3%, при этом лейкоцитурия в период ремиссии хронического цистита имеет место в 30–53% случаев, а у пациенток ОГ в результате проведения фитотерапии снижается до 20%.

Выводы. Таким образом, фитотерапия в качестве прерывистых циклов – одна декада в месяц, может быть рекомендована, как эффективная профилактика обострения у пациенток с хроническим циститом. Дальнейшее изучение кишечной флоры и микрофлоры влагалища у пациенток с РЦ позволит выявить группы риска и предложить эффективные лечебно-профилактические меры.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т.А. Налбандян, Р.А. Курбанов, Ю.В. Водяницкая, С.Г. Слонов, И.А. Гранкин

КНП «Областной центр онкологии», г. Харьков

Согласно данным национального канцер-реестра Украины (Бюлетень національного канцер-реєстру України №18, 2017) рак предстательной железы (РПЖ) занимает второе место в структуре заболеваемости населения (10,5%) и третье – в структуре смертности (8,5%). За 2016 год было зарегистрировано 6898 новых случаев заболевания, а общее количество умерших от РПЖ составило 3149 мужчин.

Многочисленными наблюдениями было доказано, что только один из 33 мужчин старше 50 лет умирает от РПЖ, а у 80% больных РПЖ не отмечается прогрессии заболевания из-за возраста, сопутствующей патологии, неагрессивного характера опухоли.

Многие годы «золотым стандартом» лечения рака предстательной железы является радикальная простатэктомия (РПЭ), показаниями к которой являются:

- Локализованный РПЖ (сT₁-T₂) промежуточного и высокого риска.
- Ожидаемая продолжительность жизни (> 10 лет).
- Местно-распространенный РПЖ (сT_{3a}-T_{3b}) в рамках мультимодального лечения.
- Отсутствие множественных метастазов в регионарные лимфоузлы.
- Отсутствие отдаленных метастазов.
- Отсутствие анестезиологических противопоказаний.

Активное развитие и усовершенствование лапароскопических технологий позволило оптимизировать лечебный процесс многих заболеваний и улучшить его результаты по сравнению с открытыми полостными операциями.

Лапароскопическая радикальная простатэктомия уже давно стала стандартом лечения рака предстательной железы во многих развитых странах. Малая инвазивность, снижение кровопотери во время операции, существенное уменьшение послеоперационного болевого синдрома и сроков госпитализации являются основными преимуществами по сравнению с открытой простатэктомией. Однако, т.н. «кривая обучения», затраты на оборудование и обеспечение операции не позво-

ляют перевести ее в отечественной хирургии в разряд рутинных.

Во время выполнения экстраперитонеоскопической РПЭ (ЭРПЭ) угол наклона головного конца стола составляет всего 10–15°, что позволяет избежать повреждения интраперитонеальных органов, возникновения карбоксиперитонеума и его осложнений, развития спаечного процесса в брюшной полости. К недостаткам этого метода относят минимальное рабочее пространство и невозможность выполнения расширенной лимфаденэктомии.

Мы представляем собственный опыт выполнения ЭРПЭ в КНП «Областной центр онкологии». За 2016–2018 гг. радикальная простатэктомия была выполнена 36 больным с РПЖ, средний возраст которых составлял 62,6 года (от 53 до 70 лет), уровень ПСА колебался от 2,3 до 37,5 нг/мл (в среднем 14,07 нг/мл), объем предстательной железы по данным ТРУЗИ варьировал от 15,6 до 75,6 см³ (в среднем 43,8 см³).

Необходимо отметить существенные различия в клинической и патологоанатомической стадиях РПЖ. Из 12 (33,3%) пациентов клиническая стадия сT1NxM0 при гистологическом исследовании подтвердилась лишь у 2 (5,6%), и наоборот – подтвержденная клинически у 2 (5,6%) пациентов сT3NxM0 стадия при гистологии была обнаружена у 15 (41,6%).

Сравнительный анализ результатов открытой и экстраперитонеоскопической РПЭ показал преимущества последней, за исключением продолжительности вмешательства – медиана ЭРПЭ превышала открытую операцию: 293 мин. против 186, соответственно. Однако следует отметить существенное снижение интраоперационной кровопотери, которая в среднем составила 450 мл, в то время как при открытом вмешательстве – достигла 750 мл. Срок послеоперационного пребывания пациента в стационаре снизился с 17 суток после ОРПЭ до 10 – после выполнения ЭРПЭ.

При оценке степени осложнений мы использовали классификацию хирургических осложнений по Clavien.

Следует отметить, что после выполнения ЭРПЭ не было зафиксировано ни одного слу-

чая стриктуры уретровезикального анастомоза и в большинстве случаев осложнения не превышали II степень по Clavien.

После открытой простатэктомии мы зафиксировали 12 случаев осложнений (80%), в то время как при лапароскопической простатэктомии их было всего лишь 8, что составляло 38,1% и было сопоставимо с результатами лапароскопических простатэктомий, выполненных в клиниках Европы и России.

Таким образом, радикальная простатэктомия по-прежнему остается «золотым стандар-

том» лечения локализованных форм рака предстательной железы.

Развитие и активное внедрение видеоэндоскопических методов в КНП «Областной центр онкологии» позволило добиться существенного снижения послеоперационных осложнений при лапароскопическом удалении предстательной железы с 80 до 38,1%. Полученные нами результаты демонстрируют относительные безопасность и малотравматичность экстраперитонеоскопического метода лечения пациентов с РПЖ, превосходящие открытую простатэктомию.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ НОВОЙ МЕТОДИКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У МУЖЧИН

В.Н. Лесовой, Д.В. Шукин, О.А. Турчин, П.В. Мозжаков, А.И. Гарагатый, И.М. Антонян, В.А. Лийченко

*Харьковский национальный медицинский университет
Харьковский областной центр урологии и нефрологии им. В.И. Шановала
Харьковская медицинская академия последипломного образования*

Введение. Ятрогенные формы стрессового недержания мочи достаточно часто встречаются в клинической практике в связи с активным ростом числа радикальных простатэктомий и значительно влияют на зависимое от здоровья качество жизни пациентов. Хотя для коррекции этого заболевания предложено большое количество методов, ни один из них не считается идеальным при рассмотрении собственно эффективности, стоимости и выраженности осложнений. Главной проблемой слинговой хирургии недержания у мужчин является необходимость жесткой фиксации слинга и осуществления высокой степени его натяжения. Мы проанализировали начальный опыт использования оригинальной слинговой методики хирургической коррекции стрессового недержания мочи у мужчин.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 18 пациентов, у которых использовался оригинальный трансобтураторный слинг с фиксацией к лонным костям. Для оценки степени недержания, а также для анализа успешности операции применяли суточный прокладочный тест. Уровень успеха оценивался, как процент «полностью сухих» пациентов, а также пациентов, отмечающих «улучшение» (одна прокладка в сутки).

Методика хирургического вмешательства включала формирование слингового приспособ-

ления: к середине полипропиленовой ленты, имеющей длину 50 см и ширину 2,0 см, капроновыми нитями фиксировали полипропиленовый цилиндрический пелот размерами 2,0x1,5 см. Данный пелот создавали из полипропиленовой ленты, аналогичной по размерам слинговой ленте. Слинг проводили через продольный разрез промежности над бульбозной частью уретры с помощью специальных проводников по методике «снаружи внутрь». Для осуществления уретральной компрессии пелот располагали непосредственно под луковицей уретры. Концы слинга выводили в паховых областях с обеих сторон. Далее выполняли срединный продольный разрез длиной 5–6 см над передней поверхностью лонного сочленения и выделяли верхнепереднюю поверхность лонных костей с обеих сторон. В лонную кость ввинчивали титановый шуруп на глубину 2,0–2,5 см. Концы слинга проводили под семенными канатиками, выводили в подкожную клетчатку надлобковой раны и завязывали на шурупе при максимальном натяжении. Раны дренировали перчаточными дренажами и послойно ушивали. Уретральный катетер удаляли на следующий день после операции.

Результаты. Медиана наблюдения составила 28 (4–52) месяцев. Среди всех 18 оперированных пациентов недержание мочи возникло

после радикальной простатэктомии у 2 (11,1%), после открытой позадилоной аденомэктомии у 10 (55,6%) и после ТУР простаты у 6 (33,3%). Тотальное недержание мочи было зафиксировано у 10 (55,6%) больных, выраженное недержание (более 400 мл/сутки) у 6 (33,3%), умеренное (менее 400 мл/сутки) – у 2 (11,1%).

Костная фиксация с помощью одного шурупа была выполнена в 4 (22,2%) наблюдениях. У остальных 14 (77,8%) пациентов использовали два шурупа. Каких-либо интраоперационных осложнений, связанных с проведением слинга или с его костной фиксацией, выявлено не было. В послеоперационном периоде 12 (66,7%) больных предъявляли жалобы на боли в области семенных канатиков, которые купировались приемом НПВС в течение 3 дней после операции. Острая задержка мочи имела место после удаления уретрального катетера у 3 (16,7%) пациентов. Данное осложнение разрешалось спонтанно через 2–3 дня. Признаков ос-

теита лонных костей не было зафиксировано ни в одном из наблюдений. Среди поздних осложнений у 2 (11,1%) больных выявлено нагноение тканей промежности в области слинга, что привело к необходимости его удаления. В дальнейшем, одному из них выполнена повторная слинговая операция.

Оценка эффективности представленной слинговой методики показала, что полностью сухими через 12 месяцев после данного вмешательства оставались 10 (55,6%) пациентов. Значительное улучшение зафиксировано у 6 (33,3%) больных, которые использовали только 1 прокладку в сутки.

Выводы. Представленная методика хирургической коррекции стрессового недержания мочи продемонстрировала высокий суммарный уровень успеха (88,9%) у мужчин с тотальным и выраженным недержанием мочи. Потенциальной проблемой остается инфицирование слинга.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕКОРАЛЛОВИДНЫХ КАМНЕЙ ПОЧЕК МЕТОДОМ ФИБРОУРЕТЕРОСКОПИИ И КОНТАКТНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЛИТОТРИПСИИ

Ю.В. Рощин, В.А. Мех

Донецкий национальный медицинский университет

Введение. Фиброуретероскопия (ФУРС) с контактной лазерной литотрипсией (КЛЛТ) является высокоэффективным методом в лечении камней почек и мочеточника, но, несмотря на все положительные стороны, при ее выполнении могут возникать осложнения как непосредственно при проведении операции, так и в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

Цель работы: выявить и оценить характер осложнений при выполнении ФУРС в сочетании с КЛЛТ.

Материалы и методы исследования. Для выполнения ФУРС использовали гибкий уретероскоп Flex – X2, фирмы K.Storz, лазерную дезинтеграцию камней почки осуществляли с помощью аппарата AURIGA XL фирмы Starmedtec.

В зависимости от плотности и размеров камня использовали как режим вапоризации с энергией от 700 до 1200 Дж, так и режим дроб-

ления с энергией от 500 до 1800 Дж, при частоте импульсов от 5 до 18 Гц.

Нами был проведен анализ эффективности ФУРС у пациентов с некоралловидными камнями почек. В данную группу вошли 624 пациента, которые проходили лечение на базе клиники «Код здоровья» г. Мариуполь в период 2014–2017 гг.

Результаты и их обсуждение. Нами выявлены и проанализированы следующие осложнения ФУРС и КЛЛТ у больных с различными размерами конкрементов: боли в поясничной области ноющего характера и почечная колика в послеоперационном периоде, геморрагия, нуждающаяся в коррекции, ожог слизистой мочеточника, миграция конкремента и его фрагментов, перфорация почечной лоханки, интраоперационная гипотония.

При размерах конкрементов 8–10 мм отмечено, что частота осложнений составила $4,07 \pm 1,51\%$. При размерах конкрементов 11–

16 мм частота осложнений была $6,17 \pm 1,60\%$ (различия с предыдущим показателем недостоверны, $p > 0,05$). У пациентов с размерами почечных конкрементов 17–32 мм интраоперационные осложнения отмечены с частотой $18,67 \pm 2,60\%$ (различия с соответствующими показателями достоверны, $p < 0,05$).

Отмечено, что ожоги слизистой мочеточника имели место у $1,16 \pm 0,82\%$ больных с размерами почечных конкрементов до 10 мм. При размерах камней 11–17 мм данное осложнение отмечено у $2,20 \pm 0,97\%$ пациентов (различия недостоверны, $p > 0,05$). При размерах конкремента 17–32 мм данное осложнение отмечено достоверно чаще ($p < 0,05$), у $4,89 \pm 0,78\%$ пациентов.

Геморрагия была при травме слизистой оболочки почечной лоханки или чашечек отмечено у $2,33 \pm 0,85\%$ пациентов при размерах камня до 10 мм. При размерах камня до 16 мм — у $2,64 \pm 1,07\%$ (различия отсутствуют, $p > 0,05$), а при 17–32 мм — у $6,22 \pm 1,01\%$ пациентов (различия достоверны, $p < 0,05$).

Миграция конкремента или его фрагментов отмечена у $0,58 \pm 0,28\%$ пациентов с размерами камня до 10 мм. При размерах камня 11–16 мм данное осложнение имело место у $2,64 \pm 1,06\%$ больных (различия достоверны, $p < 0,05$), а при размерах камня от 17 до 32 мм — у $3,56 \pm 1,24\%$ больных (различия достоверны при размерах камня до 10 мм, $p < 0,05$).

Перфорация почечной лоханки отмечена в 1,78% случаев, причем, только у пациентов с

размерами камня более 17 мм. Экстравазаты из паранефральной клетчатки исчезали на 3–5-й день после операции. Дополнительных вмешательств у данных пациентов не требовалось.

Интраоперационная гипотония отмечена в 2,22% случаев.

Макрогематурия в послеоперационном периоде имела место у $1,16 \pm 0,42\%$ пациентов с камнями до 10 мм. Это же осложнение отмечено у $1,76 \pm 0,72\%$ больных с размерами камня 11–16 мм ($p > 0,05$) и у $2,20 \pm 0,64\%$ при размерах камня 17–32 мм ($p > 0,05$).

Почечная колика в послеоперационном периоде отмечена у $1,16 \pm 0,43\%$ пациентов с размерами почечных конкрементов 11–16 мм и у $4,00 \pm 0,61\%$ больных с камнями больших размеров ($p < 0,05$). Боли в поясничной области ноющего характера отмечены с частотой $0,58 \pm 0,22\%$ у больных с камнями 11–16 мм и в $2,22 \pm 0,68\%$ случаев при размерах камня свыше 6 мм ($p < 0,05$).

Такое осложнение, как каменная дорожка отмечено только в 3,6% случаев у пациентов с камнями размерами 17–32 мм.

Выводы. Таким образом, при выполнении ФУРС и КЛЛ возникают осложнения различного характера и степени тяжести, но все они подвергаются коррекции и носят обратимый характер. Факторами, провоцирующими возникновение осложнений, являются большие размеры камня (<16 мм), анатомические особенности мочевых путей, степень воспалительного процесса и профессиональный уровень хирурга.

ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Е.Н. Слободянюк

Донецкий национальный медицинский университет

Введение. На долю гинекологических травм мочеточника приходится 73% всех хирургических повреждений мочеточника, что связано с топографо-анатомическими взаимоотношениями внутренних половых органов и мочевых путей. На сегодняшний день существует большое разнообразие методов хирургического лечения повреждений мочеточника, в том числе с применением современных малоинвазивных технологий. При травме мочеточника истинные границы его поражения часто отличаются от визуально воспринимаемых, что может стать причи-

ной неудачи хирургической коррекции. Интраоперационное применение электроуретрографии (ЭУГ) позволяет объективно определить границы поражения мочеточника и соответственно уровень его резекции, и наиболее оптимальный вид хирургического лечения травмы.

Цель работы: улучшение результатов лечения травм мочеточника при акушерско-гинекологических операциях путем усовершенствования методов хирургической коррекции.

Материалы и методы исследования. В основу данного исследования положены резуль-

таты клинических наблюдений 61 пациентки с ятрогенными акушерско-гинекологическими травмами мочеточника.

Как известно, результаты хирургической коррекции травмы мочеточника во многом определяются его функциональным состоянием. В нашем исследовании выделена группа больных, у которых функциональное состояние мочеточника определялось при помощи интраоперационной ЭУГ. В качестве контрольных групп выступили пациентки, у которых состояние ткани мочеточника определялось визуально, и пациентки, у которых коррекция травмы мочеточника ограничивалась уретероскопией с последующим стентированием.

При этом нами были отмечены 3 типа электромиограмм, полученных при электростимуляции мочеточника и характеризующие его биоэлектрическую активность. Первый тип характеризовался сокращениями, носившими постоянный характер, но различной амплитудой. У 4 ($17,4\% \pm 15,5$) пациенток амплитуда волн составляла $3,85 \pm 0,3$ мВ, а у 6 ($26,1\% \pm 17,9$) пациенток $1,8 \pm 0,2$ мВ. У 8 ($34,8\% \pm 19,4$) пациенток при электростимуляции выявлены непостоянные сокращения в виде пиков, мигрировавших от проксимального к дистальному электроду со скоростью $1,98 \pm 0,45$ см/с и имели различную амплитуду. У последней группы из 5 ($21,7\% \pm 16,8$) пациенток выявлено несоответствие визуальной оценки жизнеспособности края мочеточника и его биоэлектрической активности. Электромиограмма представляла собой практически изолинию. При этом протяженность афункционального мочеточника составляла 1 см у 2 ($8,7\% \pm 11,5$) пациенток, 1,5 см – у 2 ($8,7\% \pm 11,5$) и 2 см – у 1 ($4,3\% \pm 8,3$) больной. Вследствие чего выполнялась резекция нефункционирующего фрагмента травмированного мочеточника и уретероцистонеоанастомоз формировался с функционально активным мочеточником. Кроме того, у 3 ($13\% \pm 13,8$) пациенток с лигатурой мочеточника при электроуретрографии выявлено, что его биоэлектрическая

активность сохранена и операция ограничилась удалением лигатуры и эндоскопической установкой jj-стента, благодаря чему удалось уменьшить объем операции и сохранить устье мочеточника – естественный механизм антирефлюксной защиты.

Результаты и их обсуждение. Эффективность лечения у всех пациенток оценивалась через 6, 12, 18 и 24 месяца. У 11 больных выполнена оценка результатов через 3 года, у 17 – через 5 лет от момента операции.

Среди 16 пациенток данной группы, у 11 ($68,8\% \pm 22,7$) больных результаты лечения оценивались нами как хорошие. У 5 ($31,2\% \pm 22,7$) больных результаты лечения соответствуют удовлетворительным. Плохих результатов не наблюдалось, что связано с изначально легкой степенью повреждения мочеточника у данной группы пациенток (Grade I, соответственно классификации Organ Injury Scaling System).

При анализе результатов лечения 21 пациентки, которым выполнялись различные реконструктивно-восстановительные операции лапароскопическим и открытым доступом без применения ЭУГ выявлено, что у 8 ($38,1\% \pm 20,7$) больных результаты лечения соответствуют хорошим. У 9 ($42,9\% \pm 21,1$) больных результаты лечения оценивались нами как удовлетворительные, а у 4 ($19\% \pm 16,8$) пациенток расценены как плохие.

Выводы. Таким образом, интраоперационное применение ЭУГ во время реконструктивно-восстановительных операций позволило увеличить хорошие результаты лечения на 48,9% и снизить плохие результаты на 19% по сравнению с реконструктивно-восстановительными операциями без применения данного метода. В свою очередь, коррекция травм мочеточника при помощи уретероскопии и стентирования, позволяет достичь хороших результатов лечения в 68,8% случаев, при условии, что данный вид лечения применяется по строгим показаниям у больных с травмой легкой степени (Grade I, соответственно классификации Organ Injury Scaling System).

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАЗЕРНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКА

Р.В. Стецишин

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

Введение. Успехи в использовании эндоскопических технологий, связанные с разработкой ультратонких семиригидных уретероскопов в комбинации с высокочастотными ультразвуковыми и лазерными литотрипторами позволили значительно повысить эффективность и безопасность уретероскопии и контактной литотрипсии в лечении камней мочеточника. По данным различных авторов при выполнении ультразвуковой уретеролитотрипсии частота травмы мочеточника различной степени тяжести от незначительных повреждений слизистой до перфорации стенки достигает 15%, а частота ранних и поздних осложнений может достигать 15–30%. В то же время, ряд исследований свидетельствуют о том, что использование лазерной уретеролитотрипсии позволяет снизить частоту осложнений до 1% при эффективности процедуры 97%.

В связи с вышеизложенным представляется актуальным выявление контингента пациентов с уретеролитиазом, у которых выполнение «стандартной» ультразвуковой уретеролитотрипсии чревато значительным количеством осложнений и неудач и где лазерная дезинтеграция конкрементов мочеточника будет методом выбора, несмотря на дороговизну метода.

Нами предложен термин «сложного» камня мочеточника. В это понятие мы вкладываем высокую вероятность развития осложнений и неудач при лечении камней мочеточника с использованием «стандартных» методов контактной уретеролитотрипсии, например с использованием современных ультразвуковых литотрипторов.

К сложным камням мочеточника мы относим:

1. Конкременты любых размеров и плотности при локализации в верхней и средней трети мочеточника.

2. Конкременты любых размеров и локализации при плотности свыше 1000 ед. Хаунсфилда.

3. Конкременты любой плотности и локализации при размерах свыше 1 см.

Цель работы: уточнение эффективности лазерной уретеролитотрипсии в лечении сложных камней мочеточника.

Материалы и методы исследования. Учитывая достаточно большое количество осложнений и неудач при эндоскопическом лечении сложных камней мочеточника с помощью контактной ультразвуковой литотрипсии, нами у данного контингента больных использована контактная уретеролитотрипсия с помощью лазерного литотриптора Richard Wolf Tower 30+. Данный аппарат создан на основе Holmium: YAG лазера. Главным его преимуществом является способность дезинтеграции конкрементов любой плотности. Пульсирующие гольмиевые лазеры имеют длину волны 2100 нм и передают энергию через кварцевые волокна. Данный лазер подает к конкременту энергию 200 мДж – 4000 мДж. Мы использовали волокна 270 и 365 мм, подводя их к камню через семиригидный уретероскоп. Это позволило разрушить камень на очень мелкие фрагменты, имеющие размер, сопоставимый с диаметром волокна. При этом фрагменты камня частично отходили самостоятельно в процессе литотрипсии, частично при извлечении уретероскопа. Фрагменты, остающиеся в просвете мочеточника, как правило, имели диаметр не более 1–2 мм, были клинически не значимыми и отходили самостоятельно на фоне стентирования. Иногда единичные фрагменты камня размерами не более 3 мм извлекались путем захвата щипцами и последующей тракции.

Лазерная контактная литотрипсия выполнена 243 пациентам со сложными камнями мочеточников, которые находились на лечении в клинике урологии ХМАПО на базе КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. проф. В.И. Шаповала». Возраст больных в данной группе колебался в интервале от 29 до 81 года, в среднем составив $48,79 \pm 2,05$ лет. Сохранялось соотношение 2:1 в количестве мужчин и женщин 149 (61,3%) против 94 (38,7%). Слева камни были у 104 (42,8%) больных, справа у 121 (49,8%), а у 18 (7,4%) имел место 2-сторонний уретеролитиаз.

Размеры конкрементов у пациентов со сложными камнями при использовании лазерной контактной уретеролитотрипсии достигали

в среднем размеров $1,78 \pm 0,06$ см, данный показатель находился в интервале от 0,8 до 2,4 см.

У пациентов данной группы конкременты локализовались в верхней трети мочеточника у 111 (45,7%) пациентов, в средней трети у 60 (24,7%) пациентов и у 72 (29,6%) пациентов конкременты локализовались в нижней трети мочеточника.

Давность заболевания у пациентов данной группы составила от 3 до 26 суток, в среднем $14,45 \pm 0,57$ суток. Длительность операции при использовании лазерной контактной уретеролитотрипсии составила $18,14 \pm 1,36$ минут, интервал показателя был от 12 до 24 минут. Длительность пребывания на койке после операции больных со сложными камнями в данной группе составила в среднем $5,41 \pm 0,16$ суток. Эффективность процедуры уретеролитотрипсии у пациентов со сложными камнями мочеточника при использовании лазерного литотриптора была достаточно высокой, составив 92,2% (то есть статус «stone free» был достигнут в 224 случаях из 243). При этом у 19 пациентов (7,8%) в просвете мочеточника оставались к концу операции мелкие фрагменты, не более 3 мм, отходившие самостоятельно на 3–10-е сутки после операции. Данная ситуация ни в одном из случаев не требовала повторных оперативных вмешательств. Ни у одного из пациентов данной группы нами не отмечена миграция конкремента в вышележащие отделы мочеточника.

Результаты и их обсуждение. Давность заболевания до 5 суток имела место у 84 больных, 5 суток и более конкременты в просвете мочеточника находились у 159 человек. При этом с приступами почечной колики, которые не удавалось купировать медикаментозно, поступили 45 человек. Выраженное расширение чашечно-лоханочной системы по данным лучевых методов исследования отмечено у подавляющего большинства пациентов со сложными камнями 197 (81,1%). При этом у 18 (7,4%) больных при ультразвуковом исследовании в просвете чашечно-лоханочной системы выявлена гиперэхогенная взвесь, что свидетельствовало о развитии нагноительного процесса. Субфебрильное повышение температуры тела отмечено у 76 (31,3%) больных, а повышение температуры тела до фебрильных цифр имело место у 34 (14,0%) пациентов. Ознобы до оперативного лечения отмечены у 21 (8,6%) пациента данной группы. Нестабильная гемодинамика со снижением артериального давления имела место у 17 (7,0%) пациентов данной группы, а гипертонический криз с резким повышением артериального давления выявлен у 11 (4,5%) больных.

Лейкоцитоз со сдвигом формулы отмечен более чем у половины больных – 132 (54,3%). Лейкоцитурия, свидетельствовавшая об обострении воспалительного процесса в почках отмечена у 54 (22,2%) больных, а пиурия у 78 (32,1%) пациентов. Азотемия, сопровождавшаяся олигурией и анурией, отмечена у 24 (9,9%) пациентов, в основном с 2-сторонним уретеролитиазом.

Предоперационную подготовку у пациентов данной группы проводили в течение 1–4 суток в зависимости от тяжести состояния и необходимости проведения дополнительных мероприятий. Терапию в предоперационном периоде проводили по общим принципам, применяя антибактериальные препараты широкого спектра действия, дезинтоксикационную терапию, нестероидные противовоспалительные препараты, по показаниям наркотические обезболивающие.

У 58 (23,9%) больных со сложными камнями мочеточника интегральной частью предоперационной подготовки была перкутанная пункционная нефростомия. Критериями для продолжения хирургического лечения пациентов после перкутанной нефростомии явились нормализация общего состояния, стабилизация артериального давления, температуры тела, положительная динамика биохимических показателей, анализов крови и мочи.

Использование перкутанной нефростомии под ультразвуковым контролем у пациентов со сложными камнями мочеточника также способствовало оптимизации предоперационной подготовки к выполнению лазерной уретеролитотрипсии, стало одним из факторов уменьшения количества интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, способствовало снижению риска выполнения оперативного вмешательства.

Нами проведен анализ осложнений и неудач лазерной уретеролитотрипсии при эндоскопическом лечении сложных камней мочеточника. Частота интраоперационных осложнений значительно при лазерной уретеролитотрипсии незначительна. Так, повреждение слизистой мочеточника имело место только у 6 (2,5%) больных. При выполнении лазерной уретеролитотрипсии отмечено такое специфическое осложнение, как ожог слизистой мочеточника. Оно было у 11 (4,5%) пациентов. Данный ожог имел ограниченный характер, не требовал дополнительного лечения или пролонгации установки стента. При этом необходимо отметить, что поздние осложнения не были отмечены ни в одном из указанных случаев. При выполнении лазерной

литотрипсии сложных камней мочеочника нами не отмечено таких осложнений, характерных для ультразвуковой уретролитотрипсии, как ложный ход, перфорация мочеочника, кровотечение из стенки мочеочника с резким ухудшением визуализации операционного поля.

Интраоперационные осложнения при лазерной уретролитотрипсии отмечены только у 17 (7,0%), причем все эти осложнения не носили тяжелого характера, имели I степень тяжести. Подобная тенденция отмечена и при сравнительном анализе ранних послеоперационных осложнений у пациентов со сложными камнями мочеочника.

Нами также проведен анализ частоты неудач у 243 пациентов со сложными камнями после лазерной контактной уретеролитотрипсии. При лечении сложных камней с использованием лазерной литотрипсии невозможность достижения статуса «stone free» имела место только у 23 (9,5%) из 243 пациентов.

Причиной неудач стала миграция камня (или его фрагментов) у 7 (2,9%) человек. При экстракции фрагментов их миграция имела место у 16 (6,6%) больных. При этом во всех случаях размер фрагментов был настолько мал, что у всех пациентов в послеоперационном периоде отмечена их спонтанная элиминация, ни в одном из случаев не требовалось выполнения повторных уретероскопий или каких-либо иных вмешательств.

Выводы. Таким образом, использование лазерной контактной уретеролитотрипсии способствует улучшению результатов лечения сложных камней мочеочника, снижению количества интраоперационных, ранних и поздних послеоперационных осложнений. Использование данного метода в лечении сложных камней мочеочника также способствовало более гладкому течению послеоперационного периода, позволило снизить затраты на лечение, сократить длительность пребывания больного в клинике и сроки реабилитации пациентов указанной категории.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ДЛЯ ВЫБОРА ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

Ю.В. Криворотько

*Харьковский национальный медицинский университет
Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала*

Рак предстательной железы встречается у 30% мужчин после 70 лет. Клинически значимое заболевание отмечается около половины из них и накладывается на патологию других органов и систем. Именно коморбидность определяет у большого числа пациентов прогноз для жизни, а у многих и лечебную тактику.

В последние годы во всех руководствах по лечению пожилых пациентов, страдающих раком предстательной железы, указывается на необходимость применения шкалы оценки состояния здоровья по 8 категориям (G-8) и на основании суммирования оценок выделяются 4 группы.

Это, во-первых, относительно сохранные пациенты, лечение которых должно выполняться так же, как и у более молодых пациентов.

Во-вторых, это группа больных, требующих начальной терапии сопутствующей патологии, так называемой подготовки, после чего ле-

чебная тактика такая же, как и у компенсированных пациентов.

Третья группа — это люди, страдающие патологией с существенной декомпенсацией, что не позволяет провести радикальное лечение, а лишь паллиативную терапию, в том числе даже в тех случаях, когда по онкологическим характеристикам можно было бы идти на радикализм.

В четвертую группу входят пациенты, чье состояние не позволяет надеяться на сколь-либо существенное улучшение терминальных стадий коморбидности, что определяет необходимость использования только симптоматического лечения.

В Харьковском областном клиническом центре урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала за 12 месяцев 2017 года и 7 месяцев 2018 года на лечении находились 784 пациента, страдающих раком предстательной железы, из них в старшей возрастной группе (70 лет и старше) было 372 больных, что составляет 47,4%.

В зависимости от стадий онкологического процесса и состояния здоровья им было назначено дифференцированное лечение. Так, радикальная простатэктомия выполнена 38 больным, что составляет 10,2% из этой группы больных. У 19,9% выполнены ТУР (74 больных) или одномоментная аденомэктомия (6). Данные вмешательства выполнялись при задержке мочеиспускания либо в связи с ранее недиагностированным раком, либо как симптоматическое лечение и при этом дополнились билатеральной орхидэктомией у 5 в качестве андрогенной блокады.

У 82 больных (22%) была выполнена орхидэктомия, а у 163 (43,8%) в качестве андрогенной блокады использовались агонисты или антагонисты гормонов. У 3% больных выполнены дренирующие операции: цистостомия у 3 и нефростомия у 3 пациентов. Наряду с неоперированными пациентами это была самая тяжелая группа, при этом тяжесть состояния определялась сопутствующими заболеваниями в различной стадии декомпенсации.

Данный анализ позволяет объяснить показатели канцеррегистра, согласно которому в Харьковской области в 2017 г. выявлено 604 больных раком предстательной железы, а количество зарегистрированных смертей от данной патологии составило 243, т.е. 40,2%.

Выводы

1. Лечение пожилых пациентов должно быть дифференцировано в зависимости от их состояния.

2. Комплексный подход к лечению пожилых мужчин, страдающих раком предстательной железы, может существенно снизить показатели канцерспецифической смертности.

3. Радикальное лечение у пожилых пациентов возможно и его проведение на более ранних стадиях определяет улучшение прогноза.

4. Рекомендуются ранняя диагностика рака предстательной железы, что позволит увеличить канцерспецифическую выживаемость и общую продолжительность жизни пациентов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЧЕЧНЫХ АНГИОМИОЛИПОМ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРОЗНЫМ СКЛЕРОЗОМ

*В.Н. Лесовой, Д.В. Шукин, И.А. Гарагатый, И.М. Антонян,
Н.Н. Поляков, В.В. Мегера, Г.Г. Хареба, В.Н. Демченко*

*Харьковский национальный медицинский университет
Харьковский областной центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала
Харьковская медицинская академия последипломного образования*

Введение. Ангиомиолипома (АМЛ) – наиболее частая доброкачественная мезенхимальная опухоль почки, которая в различных пропорциях состоит из жировой ткани, патологически измененных сосудов и гладких мышц. Существуют две группы почечных АМЛ: спорадические (80%–90%) и связанные с туберозным склерозом (ТС). Туберозный склероз представляет собой редкое аутосомно-доминантное генетическое заболевание, характеризующееся появлением гамартом в различных органах: ЦНС, легкие, сердце, почки, кожа, глаза, кости, эндокринная система и ЖКТ. В мире насчитывается около 2 000 000 пациентов с данной болезнью. Симптоматика и тяжесть заболевания значительно варьируют в зависимости от объема и локализации опухоли. Наиболее частыми клиническими проявлениями являются салная аденома кожи лица и ментальная ретардация.

Мы ретроспективно проанализировали опыт хирургического лечения почечной ангиомиолипомы за последние десять лет.

Материал и методы исследования. С 2008 по 2018 год в Харьковском областном центре урологии и нефрологии имени профессора В.И. Шاپовала хирургическое лечение АМЛ почки проведено 9 пациентам с симптомокомплексом ТС. Анализ операционных характеристик включал вид и особенности хирургического вмешательства, а также количество и характер интра- и послеоперационных осложнений.

Результаты. Возраст пациентов варьировал от 18 до 28 лет и достигал в среднем 20,2 лет. Соотношение женщин и мужчин составляло 7:2. У 8 из 9 пациентов имелись проявления ментальной ретардации. Салная аденома кожи лица была выявлена у всех больных. Два пациента были предварительно оперированы по

поводу гамартом головного мозга. В ургентном порядке по поводу разрыва почечных опухолей в клинику поступили 3 больных. Одна из этих пациенток имела единственную почку (контралатеральную почку удалили по поводу разрыва АМЛ три года назад). В трех случаях АМЛ почек имели гигантские размеры и сопровождалась деформацией живота и болями. В остальных наблюдениях опухоли не проявлялись симптомами и были выявлены случайно. Дооперационный диагноз двусторонних множественных жиросодержащих опухолей почки был установлен во всех случаях с помощью УЗИ и МСКТ. Средний размер АМЛ составлял 15,6 см (от 0,5 до 30 см). Нефрэктомия выполнена только у 2 из 9 пациентов, энуклеорезекция опухоли — у 4 пациентов, в 3 наблюдениях преимущественной техникой была энуклеация новообразования. Тепловая ишемия использовалась во всех наблюдениях. В среднем ее время не превышало 14,4 минут (от 5 до 24 минут). Объем интраоперационной кровопотери варьировал от 350 до 2500 мл (в среднем 820 мл). Одна пациентка была оперирована с обеих сторон по поводу самопроизвольных разрывов опухолей с интервалом 24 месяца. Еще у одной больной была выполнена нефрэктомия единственной почки в связи с ее самопроизвольным разрывом. В дальнейшем ей была проведена трансплантация почки. Обе нефрэктомии выполнялись после попыток органосохраняющей хирургии, которая была неэффективной в связи с обширной травмой почечных сосудов и малым количеством остающейся паренхимы. При органосохраняющих опе-

рациях удалялись наиболее крупные и наиболее доступные опухоли. Во всех случаях эти хирургические вмешательства носили нерадикальный характер.

У двух пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечена острая почечная недостаточность, которая потребовала проведение гемодиализа на протяжении 7 и 18 суток. В 3 наблюдениях имело место формирование обширных забрюшинных гематом. У одного пациента зафиксировано усиление проявлений судорожного синдрома после операции. Умеренное уменьшение уровня клубочковой фильтрации (не более, чем на 20 мл/мин) по сравнению с дооперационными значениями обнаружено у 4 пациентов.

Патоморфологическое исследование выявило классические признаки ангиомиолипомы у всех удаленных опухолей. Признаков отдаленного или регионального метастазирования не было обнаружено ни в одном из случаев.

При среднем периоде наблюдения 38,8 месяца в группе туберозного склероза отмечено увеличение оставшихся новообразований в среднем на $18 \pm 4,2$ мм.

Выводы. Результаты данного исследования продемонстрировали, что хирургическое лечение почечных ангиомиолипом у пациентов с туберозным склерозом представляет собой очень сложную задачу, может сопровождаться серьезными осложнениями и в большинстве случаев не является радикальным. Преимущественной хирургической техникой при данной патологии должна являться энуклеация опухоли.

ОПТИМАЛЬНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ТАРГЕТНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

В.П. Стусь

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

В 2016 году в США выявлено 62 700 новых случаев рака почки (American Cancer Society, 2016). В 2008 году в мире было диагностировано около 271 000 случаев рака почки (B. Ljungberg, S. Campbell, Han Yong Cho et al., 2011).

По частоте рак почки занимает 13-е место среди всех злокачественных новообразований. Географические различия в распространенности рака почки: наиболее высокая частота в Европе, Северной Америке и Австралии. Реже рак почки встречается в популяциях Индии, Японии,

Африки и Китая. В 2008 г. в Европе зарегистрировано 39 300 летальных исходов от рака почки (B. Ljungberg, S. Campbell, Han Yong Cho et al., 2011).

Почечно-клеточный рак (ПКР) — гетерогенная группа заболеваний (светлоклеточный — 75%, папиллярный тип 1 — 10%, папиллярный тип 2 — 5%, хромофобный — 5%, онкоцитомы — 5%). Для различных новообразований характерны определенные гистологические признаки, клинические проявления и ответы на терапию.

Препараты, одобренные для лечения распространенного и/или метастатического ПКР: 1992 – интерфероны (IFN)- α / высокие дозы IL-2; 2006 – сорафениб; 2007 – сунитиниб; 2008 – бевацизумаб + IFN- α ; 2010 – темсиrolimus; 2010 – эверолимуc; 2010 – пазопаниб; 2012 – акситиниб.

Исследование III фазы было проведено для доказательства эффективности и безопасности сунитиниба в первой линии лечения метастатического ПКР. В качестве препарата сравнения был выбран ИФН- α в связи с тем, что во время планирования исследования этот препарат широко применялся в лечении пациентов с распространенным/метастатическим ПКР и считался стандартом лечения. После второго промежуточного анализа (февраль 2006 г.) в протокол исследования были внесены изменения, позволяющие пациентам из группы ИФН- α при документированном прогрессировании заболевания продолжать лечение сунитинибом. В группе сунитиниба медиана ВВП составила 11 мес., что превысило медиану ВВП в группе ИФН- α более чем в 2 раза (5,1 мес.) (R.J. Motzer et al., 2007).

Впервые медиана общей выживаемости пациентов с метастатическим ПКР превысила 2 года. Применение сунитиниба привело к увеличению частоты объективного ответа (47% и 12% соответственно; $p < 0,001$) (R.J. Motzer et al., 2009). Таким образом, в терапии 1-й линии метастатического ПКР сунитиниб продемонстрировал эффективность и безопасность: выживаемость без прогрессирования (ВВП) равнялась 11,0 мес., общая выживаемость (ОВ) – 26,4 мес. Частота объективного ответа составила 47%. Качество жизни было достоверно выше в группе пациентов, получавших сунитиниб по сравнению с интерфероном-альфа.

В настоящее время Сутент завоевал прочные позиции в лечении ПКР и является одним из наиболее активно используемых препаратов таргетной терапии. Это объясняется широким «спектром» действия препарата, который показал свою эффективность у разных категорий пациентов.

В программе расширенного доступа было проведено международное клиническое исследование – 4 564 пациента с мПКР (M.E. Gore et al., 2009). Целью исследования было обеспечение доступа к сунитинибу для больных, которые не могут быть включены в клинические исследования. Критерии включения в исследование: пациенты без предшествующего лечения или рефрактерные к терапии цитокинами; не измеряемые очаги болезни; метастазы в голов-

ной мозг; низкий соматический статус; несветлоклеточные варианты почечно-клеточного рака; не удаленная первичная опухоль. Пациенты, включенные в исследование расширенного доступа, представляли разнородную популяцию. Большинство пациентов характеризовались хорошим/промежуточным прогнозом заболевания. Значительная часть больных получала лечение цитокинами в предшествующей линии. 7% пациентов имели метастазы в головной мозг.

Общая медиана ВВП составила 10,9 мес., что соответствует данным, полученным в регистрационном исследовании сунитиниба III фазы. Медиана ВВП практически не различалась в группах пациентов: первая или вторая линия терапии (предшествующее лечение цитокинами). ВВП у пожилых больных была сравнима с общей популяцией. Медиана общей выживаемости составила 18,4 мес. (M.E. Gore et al., 2009). Таким образом, сунитиниб может применяться у широкого круга пациентов. Исследована эффективность и безопасность сунитиниба у больных в реальной клинической практике. ВВП в исследовании сунитиниба с расширенными критериями включения сопоставима с результатами исследования III фазы. Подтверждена безопасность и эффективность применения у пожилых пациентов (старше 65 лет).

Акситиниб является мощным и селективным ингибитором семейства рецепторов VEGF. Блокируя VEGFR-1 и 2, акситиниб может замедлить рост опухоли путем блокирования пролиферации опухолевых клеток и ангиогенеза. Кроме того, путем ингибирования VEGFR-3 акситиниб может блокировать лимфоангиогенез и таким образом снижать вероятность метастазирования опухоли (L.M. Ellis, D.J. Hicklin, 2008).

В эксперименте было изучено действие акситиниба на количество, диаметр и проходимость кровеносных сосудов и кровотоков (T. Inai, M. Mancuso, H. Hashizume et al., 2004; D.D. Hultlowe, H. Zou, M. Grazzini et al., 2008). Было показано, что после одного дня терапии акситинибом количество кровеносных сосудов в опухолевой ткани сокращалось, после приема акситиниба многие кровеносные сосуды заустевали, то есть сосуд спадался и терял проходимость. Таким образом, акситиниб ингибирует рецепторы VEGF на животных моделях рака, что приводит к снижению количества кровеносных сосудов, проходимости кровеносных сосудов и кровотока.

В сравнительном исследовании фазы III акситиниба и сорафениба в качестве терапии второй линии при мПКР (AXIS) 723 пациента

с метастатическим мПКР (светлоклеточный рак по данным гистологии) были рандомизированы в группы: первая получала акситиниб в дозе 5 мг 2 раза в сутки, вторая – сорафениб в дозе 400 мг 2 раза в сутки. Лечение продолжалось до прогрессирования заболевания, либо развития неконтролируемых нежелательных явлений (B.I. Rini, B. Escudier, P. Tomczak et al., 2011).

Выживаемость без прогрессирования по оценке независимого комитета в группе акситиниба на 43% превысила ВБП в группе сорафениба. Это различие между группами статис-

тически было достоверным (B.I. Rini, B. Escudier, P. Tomczak et al., 2011).

Таким образом, на сегодняшний день таргетная терапия является стандартом лечения метастатического почечно-клеточного рака. С появлением таргетной терапии значительно возросли выживаемость без прогрессирования и общая выживаемость пациентов. Последовательное применение сунитиниба-акситиниба позволяет достигнуть максимальных показателей выживаемости без прогрессирования у пациентов с мПКР.

ЕВОЛЮЦІЯ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ В МОНІТОРИНГУ ЕФЕКТИВНОСТІ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

О.М. Ухаль, М.І. Ухаль, М.А. Таха

Одеський національний медичний університет

Вступ. Удосконалення діагностики перебігу та ефективності лікування хворих на рак передміхурової залози впродовж післяопераційного спостереження та консервативної терапії з використанням новітніх технологій є надзвичайно актуальним питанням сьогодення.

Мета дослідження: удосконалити діагностику, післяопераційне спостереження та моніторинг стану передміхурової залози у хворих на рак передміхурової залози впродовж консервативного лікування шляхом використання при МР-дослідженнях спеціальних протоколів системи PI –RADS, послідовності DWI та методики динамічного контрастного посилення.

Матеріали та методи. Данне дослідження виконувалось протягом 5 років за участю 376 хворих на рак передміхурової залози на базі урологічного відділення МКЛ №10 та Обласної лікарні м.Одеса на апараті МРТ Philips Acheva Diamant 1,5 T.

Результати та обговорення. Проведене дослідження дозволило обґрунтувати необхідність продовження або зміни консервативного лікування хворих на рак передміхурової залози, завдяки використанню новітніх протоколів. Крім того, використання новітніх систем та послідовностей МРТ дозволяє обґрунтувати необхідність біопсії або динамічного спостереження у хворих з приграничними значеннями ПСА.

Висновок. Післяопераційне спостереження та моніторинг стану передміхурової залози у хворих на рак передміхурової залози впродовж консервативного лікування шляхом використання при МРТ дослідженнях спеціальних протоколів системи PI –RADS, послідовності DWI та методики динамічного контрастного посилення є ефективним і може бути рекомендованим для широкого використання лікарями-урологами, онкоурологами та сімейними лікарями.

ОСОБЛИВОСТІ ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АБАКТЕРІАЛЬНИЙ ПРОСТАТИТ

В.І. Трищ, Є.А. Литвинець

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Вступ. За даними різних авторів поширеність хронічного простатиту у чоловічій популяції становить від 3 до 35%. Нині вважають, що лише 5–10% випадків хронічного простатиту мають бактеріальну природу, близько 60–65% – це не бактеріальні простатити і 30–35% – простатодинія. На сьогодні всебічне вивчення цитокінового статусу набуло особливої актуальності. Роль дисбалансу про- та протизапальних цитокінів у патогенезі хронічного абактеріального простатиту продемонстрована в експериментальних моделях та клінічних дослідженнях як вітчизняних, так і іноземних вчених. Згідно з існуючими даними підвищення концентрації ІЛ-6, 8 індукують експресію циклооксигенази-2 (ЦОГ-2), яка активує процеси склерозування в простаті. Тому подальший пошук нових методів обстеження хворих з даною патологією є виправданим.

Мета дослідження: вивчення цитокінового статусу у хворих на хронічний абактеріальний простатит, шляхом визначення концентрації інтерлейкінів -6, -8 (ІЛ-6, 8) та кількісного визначення альфа-фактора некрозу пухлин (α -ФНП) у сироватці крові.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням перебувало 120 хворих на хронічний абактеріальний простатит, зокрема 60 із синдромом запального хронічного тазового болю (СЗХТБ) (категорія ША) і 60 хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю (СНХТБ) (категорія ШВ). Крім того, у дослідження ввійшли 25 умовно здорових чоловіків, які склали групу контролю, а результати їх обстеження використовували для порівняння, як найбільш наближені до регіональної популяції. Середній вік хворих склав $33,7 \pm 3,5$ року (від 20 до 45 років), тривалість захворювання від 8 міс. до 7 років (у середньому $4,2 \pm 1,3$ року). Діагноз верифікували згідно з вимогами клінічного протоколу. Також проводили анкетування за модифікованою міжнародною системою оцінювання симптомів при захворюваннях передміхурової залози (J. C. Nickel i R. Sorensen, 1996).

Концентрацію досліджуваних прозапальних цитокінів (ІЛ-6, 8, α -ФНП) в сироватці

крові, визначали за допомогою набору фірми «ВЕКТОР- БЕСТ», шляхом імуноферментного аналізу на базі міжкафедральної лабораторії імуноферментного аналізу Івано-Франківського медичного університету.

Результати та їх обговорення. Для хворих із СЗХТБ були більше характерні частота і вираженість розладів сечовипускання, а для хворих із СНХТБ – більше виражений больовий синдром, що вплинуло на значно нижчу якість життя даної групи хворих. Так, при анкетуванні у хворих І групи (кат. ША), оцінка загального стану за сумою балів (S+QL), становила – $19,36 \pm 0,23$, а при анкетуванні хворих II групи (кат. ШВ), оцінка загального стану за сумою балів (S+Q) – $22,89 \pm 0,24$. Тобто у хворих із СЗХТБ переважав середній ступінь тяжкості перебігу захворювання, а у хворих із СНХТБ – тяжкий.

За результатами дослідження імунологічного статусу, доведено суттєве підвищення прозапальних цитокінів у крові, за яким підтверджується наявність запального процесу у хворих на хронічний абактеріальний простатит обох форм. Більш виражене підвищення концентрації інтерлейкінів – 6, 8 та альфа-ФНП у сироватці крові було відмічене у групі хворих із СЗХТБ, що статистично вірогідно вище показника у групі хворих із СНХТБ. Особливо значне підвищення спостерігалось у сироватці крові концентрації ІЛ-8, а саме в порівнянні з показником групи контролю ($7,71 \pm 0,55$ пг/мл) в 7,3 разу у хворих із СЗХТБ, відповідно $56,19 \pm 2,86$ пг/мл, та у 3,4 разу у хворих із СНХТБ, відповідно $26,23 \pm 0,95$ пг/мл. Концентрація ІЛ-6 в сироватці крові хворих із СЗХТБ була вищою у 2,7 разу, та у хворих із СНХТБ у 1,7 разу, від показника визначеного у групі контролю ($6,82 \pm 0,49$ пг/мл), відповідно $18,64 \pm 1,65$ пг/мл та $11,88 \pm 1,02$ пг/мл. Також була вищою концентрація в крові альфа-ФНП у 3,4 разу у хворих із СЗХТБ та у 2,2 разу із СНХТБ, відповідно $2,77 \pm 0,16$ пг/мл та $1,79 \pm 0,10$ пг/мл, за визначені показники у практично здорових ($0,82 \pm 0,07$ пг/мл).

Висновки. При хронічному абактеріальному простатиті відмічено підвищення в сироватці крові концентрації прозапальних

цитокінів, особливо у хворих із синдромом запального хронічного тазового болю, що може бути додатковим критерієм у диференціальній діагностиці форм хронічного абактеріального простатиту. Враховуючи роль цитокінопоеред-

кованої хронічної запальної реакції в патогенезі хронічного абактеріального простатиту, включаючи і незапальну форму, повинно братись за основу при розробці удосконалених методів лікування.

СЕГМЕНТАРНА ІШЕМІЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ

Р.М. Молчанов^{1, 2}, Л.Г. Хитько²

¹ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² Клініка «Гарвіс» ТМ, м. Дніпро

Вступ. Згідно з рекомендаціями Європейської та Американської Асоціацій Урологів резекція нирки є кращим методом лікування у пацієнтів з нирково-клітинним раком у стадії T1 у зв'язку з відсутністю відмінності в канцерспецифічній виживаності в порівнянні з результатами радикальної нефректомії та зниженням ризику розвитку ниркової недостатності. В умовах проведення резекції нирки важливим є зниження часу і обсягу ішемії паренхіми нирки з метою максимального збереження функції резецированої нирки. Перспективним є метод селективної ішемії ділянки паренхіми, яка містить пухлину. Використання даного методу у поєднанні з лапароскопічною технікою виконання оперативного втручання дає можливість виділення сегментарних судин при наявності сприятливої ангіоархітекtonіки нирки.

Матеріали та методи дослідження. З вересня 2017 до вересня 2018 р. 34 хворим проведена лапароскопічна трансперитонеальна резекція нирки. Напередодні оперативного втручання всім пацієнтам проводилася комп'ютерна томографія з в/венним контрастуванням, на підставі якої оцінювалися ангіоархітекtonіка нирки, що уражена пухлиною, визначалася можливість здійснення сегментарної ішемії. Під час операції проводили ретельне виділення судинних структур у ділянці воріт нирки з подальшим контролюванням артерій ураженого сегмента затискачем «бульдог» (Aescular, Tuttlingen, Germany) – I група (18 пацієнтів).

Проводили енуклеорезекцію пухлини за стандартною методикою з використанням «хо-

лодних» ножиць з подальшим ушиванням паренхіми П-подібними швами. Оцінювали тривалість оперативного втручання, обсяг крововтрати, час ішемії, а також рівень розрахункової швидкості клубочкової фільтрації (eGRF) через 5 днів після оперативного втручання у порівнянні з групою хворих, у яких проводили резекцію при повній тепловій ішемії нирки – II група (16 пацієнтів).

Результати. Середній максимальний діаметр пухлини в I групі склав 39,1 мм (16–52 мм), в II групі – 34,1 (22–60 мм). Середній час оперативного втручання 142 хв. (105–200 хв.) і 162 хв. (140–210 хв.), середній обсяг крововтрати 287 мл (105–600 мл) і 323 мл (150–1000 мл) у I і II групах відповідно. Середній час часткової теплової ішемії в I групі склав 18 хв. (10–25 хв.), повної теплової ішемії в II групі 15 хв (8–23 хв). Через 5 діб після оперативного втручання зниження eGRF склало 18,7% (вихідне середнє 80,7 (68,5–96,4 мл/хв/1,73 м²) у групі з частковою в порівнянні 26,5% (вихідне середнє 74,8 (49,8–95,6 мл/хв/1,73 м²) у групі з повною ішемією.

Висновки.

1. Лапароскопічна технологія забезпечує сприятливі умови для виборчого контролю кровообігу в паренхімі нирки при її резекції.

2. Використання сегментарної ішемії при лапароскопічній резекції нирки призводить до меншого зниження eGRF через 5 діб після оперативного втручання у порівнянні з повною ішемією.

ЛІМФОЦЕЛЕ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ТАЗОВОЇ ЛІМФАДЕНЕКТОМІЇ: ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА

Р.М. Молчанов, Є.В. Пілін

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Вступ. Радикальна простатектомія є найбільш ефективним дефінітивним методом лікування локалізованого раку передміхурової залози. Крім того, вона використовується як етап мультимодального лікування локально поширеного пухлинного процесу. Важливим питанням у плануванні лікування є визначення необхідності виконання лімфаденектомії та її обсягу. У більшості публікацій дану процедуру розглядають з точки зору її діагностичної цінності. У той же час деякі автори відзначають пряму кореляцію між обсягом віддалених лімфатичних вузлів і такими показниками, як час до біохімічного рецидиву, безрецидивна і загальна виживаність. Відзначається важливість диференційованого підходу до виконання даної процедури, що пов'язано з частими можливими ускладненнями, які знижують якість життя пацієнтів і вимагають додаткових лікувальних процедур. Одним з найбільш поширених ускладнень тазової лімфаденектомії є лімфоцеле, яке розвивається в пізньому післяопераційному періоді.

Мета дослідження: оцінка ефективності профілактичних інтраопераційних процедур при виконанні позаочеревинної лапароскопічної радикальної простатектомії в комбінації з розширеною лімфаденектомією.

Матеріали і методи дослідження. У дослідження включено 132 хворих віком $65,4 \pm 7,2$ (M \pm G), прооперованих в період з 2013 до 2016 року в обсязі радикальної лапароскопічної простатектомії. 104 пацієнтам виконана розширена лімфаденектомія у відповідності з прогностичними критеріями D'Amico. У 48 пацієнтів з метою профілактики лімфоцеле виконувалося формування «вікон» у тазовій частині парієтальної очеревини для сполучення навколоміхурового простору з черевною порожниною. Діагностику лімфоцеле здійснювали з використанням трансабдомінального УЗ сканування, при необхідності використовували комп'ютерну томографію з в/венним контрастуванням.

Результати та їх обговорення. У 19 (18,3%) пацієнтів через 3–11 тижнів діагностовано лімфоцеле. У 16 лімфоцеле було безсимптомним і виявлено за допомогою ультразвукового сканування при черговому післяопераційному огляді. 5 хворих спрямовані онкорадіологом для лікування у зв'язку з запланованою променевою терапією. Обсяг лімфоцеле за даними УЗ сканування склав у середньому 64,6 мл (від 48 до 106 мл). 3 пацієнти звернулися в зв'язку з болями в клубовій ділянці, дизурією, асиметрією нижньої частини живота. Діагностовано лімфоцеле обсягом понад 300 мл, що поширюється на позаочеревинний простір, дані підтверджені за допомогою комп'ютерної томографії з внутрішньовенним контрастуванням.

При ретроспективному аналізі встановлено, що при трансперітонеальному оперативному втручанні, виконаному у 7 пацієнтів, лімфоцеле не спостерігалось. 14 випадків, у тому числі 2 симптоматичних, констатовано у пацієнтів після екстраперітонеального оперативного втручання. У групі з профілактичним розтином парієтальної очеревини – 5, з них 1 симптоматичний.

5 пацієнтам виконана пункція, дренажування порожнини лімфоцеле з введенням склерозуючого розчину. Показанням до видалення дренажу була відсутність виділень. У 3 випадках симптоматичного лімфоцеле проведена лапароскопічна марсупіалізація. Післяопераційний перебіг – без ускладнень.

Висновки

1. Лімфоцеле є частим ускладненням лімфаденектомії (18,3%) при екстраперітонеальному доступі.

2. Наявність сполучення навколоміхурового простору з черевною порожниною є фактором, що знижує ризики розвитку лімфоцеле.

3. Удосконалення критеріїв проведення розширеної лімфаденектомії при радикальній простатектомії є перспективним способом зниження частоти післяопераційних ускладнень.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ІНТРАВЕЗИКАЛЬНУ ТЕРАПІЮ ХРОНІЧНОГО ЦИСТИТУ

О.Д. Нікітін

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Лікування рецидивуючої інфекції нижніх сечових шляхів вкрай непросте завдання. Три-валі курси антимікробної терапії в субінгібуючих дозах дають позитивний ефект лише під час лікування, після припинення терапії знову відзначаються часті рецидиви інфекції. Більше того, така тактика веде до розвитку резистентності мікроорганізмів до антимікробних препаратів.

Рецидивуючий цистит важко піддається консервативній терапії, що спонукає численних дослідників до пошуку нових методів лікування.

Внутрішньоміхурове застосування гіалуронової кислоти є досить перспективним методом, але потребує проведення подальших рандомізованих досліджень.

Було відібрано 30 жінок, серед яких згідно з розробленою картою обстеження (при цьому, крім скарг, анамнезу, фізикального огляду, лабораторних даних враховувалася наявність або відсутність ознак інфекції сечових шляхів, у тому числі – інфекцій, що передаються статевим шляхом) виділено 3 групи:

I. Пацієнтки з інфекцією сечових шляхів, тобто з рецидивуючим бактеріальним циститом і, в тому числі, з інфекціями, що передаються статевим шляхом – 10 (33,3%).

II. Пацієнтки з хронічним циститом в постменопаузі – 11 (36,7%).

III. Пацієнтки з інтерстиціальним циститом – 9 (30%).

Результати власних досліджень та їх обговорення.

Всім 30 пацієнткам призначали курс з 10 внутрішньоміхурних введень розчину гіалуронату натрію по 50 мл (80 мг) один раз на тиждень. Після самостійного випорожнення сечового міхура і обробки зовнішніх статевих органів 0,2%-вим розчином хлоргексидину біглюконату проводили катетеризацію сечового міхура стерильним уретральним катетером. Після введення гіалуронату натрію пацієнткам рекомендували не спорожняти сечовий міхур протягом однієї або більше годин для збільшення експозиції препарату.

Протягом року після закінчення лікування показник кількості рецидивів циститу знизився істотно, більш ніж у 2 рази для всіх груп

хворих, що не могло не позначитися на якості життя наших пацієнток. У трьох групах кількість загострень знизилася на 6,4: у першій групі – на 5,8; у другій – на 4,5 і в третій групі – на 6,4 загострень на рік.

Аналіз характеру скарг пацієнток з урахуванням нозологічних груп у динаміці, до і після лікування, виявив наступне. Частота полакіурії в групах спостереження зменшилась у 3,8 разу (на 63,7%); при цьому в першій групі показник зменшився в 4 рази, у другій – у 5 разів, а в третій групі – у 3 рази. Частота нічної полакіурії зменшилась в 3,1 разу, на 50%: у першій групі – у 4 рази, у другій – у 6 разів, а в третій групі частота нічної полакіурії зменшилась в 2,7 разу. Частота імперативних позивів до сечовипускання в трьох групах після лікування знизилась у 5 разів. Для першої групи цей показник зменшився в 7 разів, для другої групи – у 8 разів, а в третій нозологічній групі – у 2,5 рази. Усі пацієнтки з трьох нозологічних груп, до лікування, скаржились на біль над лоном, після лікування цей показник знизився в 3,1 разу, на 63,3%. У першій групі епізоди болю над лоном знизились у 3,3 разу; у другій групі – у 5 разів, а в третій групі – у 2,5 рази. До початку лікування біль при наповненні сечового міхура турбував 22 (73,3%) пацієнток, після закінчення лікування цей показник знизився в 2,7 разу, на 46,6%. У першій групі цей показник знизився в три рази, у другій – у 3,5 разу, а в третій групі – у 2,5 разу. Частота дискомфорту і печіння в уретрі після лікування знизилась у 3,5 рази (на 50%) для трьох груп. У першій групі цей показник знизився в 6 разів, у другій – в 2,7 разу і в третій групі – в 3,5 рази. Частота диспареунії для трьох груп в результаті лікування знизилась в 2,7 разу, на 40%, для першої та другої груп частота болю при статевих актах знизилась в 3 рази, а для третьої групи – в 2,3 разу. Тривалість та інтенсивність прояву вищевказаних скарг обумовлювали емоційну лабільність пацієнток з хронічним циститом в 60% випадків. Найчастіше, спочатку вони не вірили в успішність запропонованого лікування, маючи несприятливий тривалий досвід попередньої терапії. Емоційна лабільність була виражена до-

сильно яскраво у всіх трьох групах, статистично значущих відмінностей тут виявлено не було. Однак після проведення лікування частота цього показника для трьох груп знизилась в 2,7 рази, на 40%. У першій групі цей показник знизився в 3 рази, у другій групі – в 2,3 рази, а в третій групі – в 3 рази.

При аналізі скарг, що пред'являються хворими з хронічним циститом трьох нозологічних груп до і після закінчення лікування звертає на себе увагу те, що середній об'єм мікції в мл збільшився на 45,4 мл, у першій групі – на 34,2 мл, у другій – на 60,3 мл, у третій – на 61,2.

Кількість сечовипускань на добу зменшилась у цілому в 2,4 рази: в першій групі – в 2,6 рази, в другій – в 2,6 рази, в третій – в 2,1 рази.

Кількість нічних сечовипускань зменшилась в 2,35 рази: в першій групі – в 2,45 рази, в другій – в 2,2 рази, в третій – в 2,3 рази.

При обстеженні після завершення лікування звертає на себе увагу зниження кількості проб з діагностично значимою бактеріурією в 4 рази, на 20% – при розрахунку на першу та другу нозологічні групи. Лейкоцитурія в цих групах знизилася в 3,5 рази, на 33,4%. Найбільшим змінам піддалися показники хворих у першій нозологічній групі. У першій групі пацієнток з бактеріальним циститом найбільш частим збудником була кишкова паличка

(88,5%), у невеликому відсотку випадків (1,9%) виділено – *Enterobacter* spp., *Enterococcus* spp., *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*. Хворим цієї групи проведено антимікробну терапію відповідно до даних чутливості збудників.

25 (83,33%) пацієнток відзначали значне поліпшення самопочуття, зменшення скарг, зниження частоти позивів до сечовипускання, збільшення інтервалів між загостреннями циститу. У 5 пацієнток (16,97%) поліпшення клінічного стану відзначено не було.

Препарат показав хорошу безпеку і переносимість. Тільки одна пацієнтка (3,33%) відмовилася від введення препарату через печію. Побічних ефектів, алергічних реакцій за час спостереження відзначено не було.

Висновки

1. Застосування інстиляцій Інстілану в комплексній терапії хворих з хронічним циститом призвело до вираженої позитивної клінічної динаміки у 95% пацієнтів.

2. Застосування Інстілану призвело до зниження кількості рецидивів циститу більш ніж у 2 рази, що істотно поліпшило якість життя хворих.

3. Отримані результати дозволяють рекомендувати застосування гіалуронату натрію для внутрішньоміхурної терапії різних форм хронічного циститу, що супроводжуються дефіцитом глікозаміногліканового шару.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ЕКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧНОГО БЕЗПЛІДДЯ

О.Д. Нікітін

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Однією з основних причин безплідного шлюбу є запальні захворювання статевих органів, які складають основну генітальну патологію у жінок (38,2%) і чоловіків (43,3%) з безпліддям і у 2/3 випадків діагностуються у обох партнерів.

Висока частота інфекції геніталій у шлюбі обумовлена розповсюдженістю запального процесу, можливістю тривалого безсимптомного перебігу ураження статевих залоз, яке часто має хронічну і рецидивуючу форму.

Проведене дослідження показало, що однією з найбільш частих причин чоловічого безпліддя є запальні захворювання чоловічих статевих органів, виявлені у 140 хворих. Вік пацієнтів складав 22–44 роки (32,7±5,0). Діагностика інфекцій статевих залоз включала ком-

плекс досліджень, а саме – вивчення скарг пацієнта, анамнезу захворювання, даних лабораторного обстеження: мікроскопічного і бактеріологічного дослідження сперми, аналізів секрету простати, УЗО простати.

Порівняльне вивчення аналізів секрету та даних УЗО передміхурової залози в цій групі пацієнтів дозволило підтвердити відповідно у 64,3% та 73,6% випадків встановлений діагноз інфекції статевих залоз при наявності позитивних результатів мікробіологічного дослідження сперми.

Аналіз представлених даних свідчить про різноманіття виявлених мікроорганізмів, серед яких найчастіше зустрічались: *Staphylococcus epidermidis* (52,1%), *Enterococcus* sp. (17,8%) та

Streptococcus gr. (15,0%). У 96 чоловіків (68,6%) виявлена асоціація двох і більше збудників інфекції. Безсимптомна бактеріоспермія виявлена у 32 пацієнтів (22,8%). Результати мікробіологічного аналізу сперми показали, що в 86,4% випадків бактеріоспермія супроводжується лейкоцитоспермією.

Основну групу з лейкоцитоспермією склали 110 хворих (78,6%) з кількістю лейкоцитів від $1,0$ до $5,0 \times 10^6$ /мл, і лише у 11 пацієнтів (7,8%) виявлені кількість лейкоцитів більше $5,0 \times 10^6$ /мл. При цьому нормальна кількість лейкоцитів за даними спермограм при бактеріоспермії виявлена лише у 19 хворих (13,6%).

Етіологічне лікування було спрямоване на усунення бактеріальної інфекції на основі проведених культуральних досліджень під контролем чутливості збудника до антибактеріальних препаратів. Із цією метою призначались антибіотики широкого спектра дії, які подавляють грамнегативні та грампозитивні бактерії. Схема лікування передбачала почергове застосування декількох антибактеріальних засобів протягом 2–4 тижнів. При неефективності терапії лікування проводили повторно під контролем антибіограма з вибором інших, більш ефективних антибактеріальних засобів з групи беталактамів – від цефалоспоринових 2–4-го покоління до карбапенемів. Як показало дослідження, відсутність ефекту від лікування частіше всього була обумовлена наявністю високовірulentних полірезистентних штамів мікроорганізмів.

Як другий етап лікування проводилась терапія, спрямована на підвищення імунологічної

реактивності організму, закріплення та стабілізацію отриманих позитивних результатів.

Аналіз отриманих результатів показав, що повне клінічне одужання настало у 91 (65,0%) чоловіка, частота виникнення вагітності в подружніх парах протягом 24 місяців після закінчення лікування складала 26,4%. Залишкові запальні явища спостерігались у 36 (25,7%) пацієнтів, які потребували проведення додаткового лікування. У 13 (9,3%) хворих, незважаючи на відсутність даних за інфекцію геніталій, продовжувала зберігатись патоспермія.

На наш погляд, це може свідчити про наступне:

- 1) у пацієнтів з порушеннями репродуктивної функції інфекція є супутнім захворюванням;
- 2) можливим токсичним впливом продуктів життєдіяльності бактерій не лише на сперматозоїди, але й на сперматогенний епітелій, що призводить до значних порушень сперматогенезу.

Висновки

1. Проведене дослідження показало, що комплексне лікування екскреторно-токсичного безпліддя у хворих запальними захворюваннями чоловічих статевих органів сприяло повному клінічному одужанню у 91 (65,0%) пацієнта.

2. Частота виникнення вагітності в подружніх парах протягом 24 місяців після закінчення лікування складала 26,4%

3. Досить високий відсоток хворих, які не відмітили ефекту або вимагали проведення додаткового лікування, потребує подальшого дослідження цієї проблеми і пошуку нових сучасних методів її вирішення.

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ

В.А. Черниловский, В.П. Чайковский, Р.В. Соколенко, С.П. Степушкин

КУ «Днепропетровская городская многопрофильная больница №4» ДООС

Цель и введение. Данная работа отражает опыт выполнения адреналэктомии у пациентов с метастатическим поражением надпочечника. Надпочечники занимают четвертое место после легких, печени и костей по частоте встречаемости единичных метастазов. Метастазы в надпочечник обнаруживаются в 9–27% случаев злокачественных опухолей других органов, нередко метастазы бывают двусторонними. Метастатическое поражение надпочечников занимает 2-е ме-

сто по распространенности среди всех новообразований надпочечников, уступая только аденомам.

Материалы и методы исследования. В нашем отделении с января 2010 г. по июль 2018 г. выполнено 47 операций на надпочечниках. Из них: 29 лапароскопических адреналэктомий (ЛАЭ), 4 открытые адреналэктомии (ОАЭ), 14 лапароскопических резекций надпочечников (ЛРН). Среди пациентов, которым выполнялась

адреналэктомия было 5 случаев операций по поводу метастатического поражения надпочечника. Средний возраст пациента составил 56 ± 5 лет. Мужчины – 4 (80%), женщины – 1 (20%). Метастазы в надпочечники были выявлены при плановом контрольном обследовании пациентов по основному первичному заболеванию. Большим выполнялась КТ ОБП с внутривенным контрастированием. Период с момента диагностирования метастаза до проведения операции в среднем составил 7 (3–15) дней. Всем пациентам перед оперативным вмешательством выполнялось контрольное УЗИ с целью контроля размеров опухоли надпочечника. В одном случае, когда предоперационный период составил 14 дней, за это время при повторных УЗИ и КТ ОБП зафиксирован рост метастаза в надпочечнике на 36%.

Результаты. Во время выполнения адреналэктомии по поводу метастатического поражения надпочечников отмечался выраженный местный спаечный процесс, чего обычно не наблюдалось при адреналэктомии по поводу первичного опухолевого поражения надпочечников. Пациентам по поводу метастатического поражения надпочечников выполнена ЛАЭ в 4 (80%) случаях, также в 1 (20%) случае у пациента с быстрым ростом метастаза, выраженным спаечным процессом с вовлечением главных сосудов почки была выполнена нефрадреналэктомия. Средняя кровопотеря составила 80 мл (50–250 мл). Средняя продолжительность операции

была 125 мин. (60–290 мин.). Гистологическое исследование 5 метастатических опухолей определило 4 (80%) случая метастаза рака легкого и 1 (20%) случай метастаза рака тела матки. Средний размер метастаза – 50 мм (40–95 мм). Поражение правого надпочечника имело место в 1 (20%) случае, поражением левого надпочечника – в 4 (80%). Гистологически в группе метастатического поражения раком легкого выявлено 2 (50%) умеренно-дифференцированные аденокарциномы, 1 (25%) – анапластический рак, 1 (25%) – низкодифференцированная аденокарцинома. Рак тела матки – умеренно-дифференцированная аденокарцинома. Симптомов гипокортицизма у данной группы пациентов отмечено не было. Периоперационных осложнений не отмечалось.

Вывод. Следует помнить, что метастазы в надпочечники имеют тенденцию к быстрому росту, что и было отмечено в нашем исследовании. Принимая во внимание частоту метастатического поражения надпочечников и бессимптомного течения данного заболевания, следует сделать вывод о необходимости тщательного динамического наблюдения онкологических больных для своевременного выявления и оперативного лечения до развития билатерального процесса. Несмотря на быстрый рост и спаечный процесс, лапароскопическая адреналэктомия может быть безопасно выполнена у большинства пациентов при метастатическом поражении надпочечников.

ЦИТОРЕДУКТИВНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ: АНАЛИЗ ОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

В.П. Чайковский, Р.В. Соколенко, В.А. Черниловский, С.П. Степушкин

КУ «Днепропетровская городская многопрофильная больница №4» ДООС

Введение. Тактика лечения местно-распространенного рака предстательной железы (РПЖ) – один из наиболее неоднозначных вопросов современной онкологии. Циторедуктивная простатэктомия с расширенной тазовой лимфаденэктомией является одним из методов лечения больных местно-распространенным РПЖ, в рамках комбинированного лечения, рекомендованного международными стандартами.

Цель работы: провести анализ пери- и послеоперационных осложнений при циторедуктивной простатэктомии и определить их влия-

ние на функциональные результаты у больных местно-распространенным РПЖ.

Материалы и методы. За период с 2012 по 2018 г. в нашем отделении выполнено 94 радикальные простатэктомии (РПЭ) открытым позадилоном доступом. Из этого числа 30 (32%) больным выполнена циторедуктивная простатэктомия на стадии Т3-4 N0-1 M0. Циторедуктивная РПЭ выполнялась пациентам с предполагаемой продолжительностью жизни > 10 лет. Средний возраст пациентов составил 62 года (43–72 года). Обструкция нижних мочевых

путей наблюдалась у 62% мужчин. При этом одному пациенту была наложена троакарная цистостома, двум пациентам была выполнена парциальная ТУР простаты. Средний уровень PSA на момент биопсии простаты составлял 38 нг/мл (8–134 нг/мл). Неоадьювантная гормональная терапия проводилась от 1 до 5 месяцев у 75% пациентов. На момент операции средний уровень PSA составлял 9,9 нг/мл (0,81–36 нг/мл), а средний объем простаты составлял 50 см³ (17–106 см³). После операции экстракапсулярный рост рака предстательной железы был подтвержден патогистологически. Инвазия семенных пузырьков была определена у 43% пациентов. Стадия T4 наблюдалась у 17% пациентов. Всем пациентам выполнялась расширенная тазовая лимфаденэктомия. Наличие метастазов в региональных лимфатических узлах подтверждено у 33% пациентов гистологически. Соотношение РПЖ среднего и высокого риска составляло 67/33. Уровень Глисона составлял: ≤6 у 6 (20%), 7 (3+4) – у 7 (24%), 7 (4+3) – у 13 (43%), ≥8 – у 4 (13%) пациентов.

Результаты. Пери- и послеоперационной смертности не наблюдалось. Положительный хирургический край был выявлен у 9 (30%) пациентов в группе циторедуктивной простатэктомии, и у 5 (7,8%) пациентов в группе РПЭ по поводу локализованного РПЖ. Средняя продолжительность циторедуктивной операции была в среднем 180 мин. (±30 мин.), что превышает

среднее время РПЭ при локализованном РПЖ – 120 мин. (±30 мин.). Средняя кровопотеря за время циторедуктивной операции была также значительно большей по сравнению с РПЭ при локализованном РПЖ – 1500 мл (±200 мл) и 800 мл (±200 мл) соответственно.

В нашем исследовании отмечалось значительно большее количество таких осложнений, как: лимфоцеле, несостоятельность пузырно-уретрального анастомоза – в группе больных с местно-распространенным РПЖ. Вместе с тем большинство осложнений (80%) были толерантно перенесены пациентами и не требовали активных интервенций. Показатели удержания мочи через 12 месяцев после циторедуктивной простатэктомии были удовлетворительными, незначительно уступая таковым после РПЭ локализованного РПЖ, и составили соответственно 87% против 97% ($p < 0,05$).

Выводы. Циторедуктивная простатэктомия при местно-распространенном РПЖ коррелирует с более высокой интраоперационной кровопотерей, частотой формирования лимфоцеле, случаями несостоятельности анастомоза по сравнению с РПЭ при локализованном РПЖ. Выполнение РПЭ при стадии рака T3–4 требует достаточного хирургического опыта, чтобы сохранить приемлемой травматичность вмешательства. Большой опыт проведения РПЭ позволяет снизить операционную травму и улучшить функциональные результаты при местно-распространенном РПЖ.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА СЕЧОВОГО ДІАТЕЗУ

С.І. Баранник ¹, А.С. Бараннік ²

¹ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² КЗ «Криворізька багатопрофільна міська лікарня № 2 ДОР»

Вступ. Лікування сечового діатезу є певною проблемою, бо патогенетичні аспекти цієї патології мають складний комплекс змін у нирках, які в основному належать до різноманітних видів ензимопатій. Весь оточуючий нас матеріальний світ складається із упорядкованих і хаотично розташованих молекул різних елементів. Перші представлені кристалічними речовинами, яких у природі більшість, другі – аморфними. Мінералізація в живій природі досить широко розповсюджена. Вона несе чи фізіологічне функціональне навантаження, чи може бути ознакою патологічного процесу в організмі. Вихід із се-

чею солевих кристалів – звичайна річ. Нирки, які виконують функцію очищення організму, виводять і надлишкові солі, що потрапляють в організм із їжею. Характер їх безпосередньо залежить від тих продуктів, які ми вживаємо. Людина і навколишнє середовище – єдина екосистема. Ї найменші зміни в процесі обміну між ними відразу, чи з часом обов'язково призведуть до порушення збалансованості. Утворення мінерально-органічних структур внаслідок порушення гомеостазу між колоїдами і кристалотворюючими субстанціями не сприяє функціональній стійкості організму і призводить до

патологічних проявів, одним із яких є сечокам'яна хвороба. Проте, значне виведення одноманітних солей іноді виставляється лікарями за діагноз: сечовий діатез, правомочність останнього на сьогодні не доведена через неспроможність відповідати певним нозологічним одиницям. Насамперед, діатез перекладається як «схильність» до будь-якого патологічного стану, що може перейти до захворювання. Сечовий діатез відбиває стан нирок, суглобів та інших внутрішніх органів.

Сечовий діатез часто розглядають як синонім нервово-артритичного діатезу, який є одним із варіантів аномалії конституції. При цьому «конституція» характеризує сукупність морфологічних і функціональних властивостей організму дитини, які визначають індивідуальні особливості його реактивності. Діатез, чи інакше аномалія конституції, характеризує особливості того чи іншого виду обміну, які за певних умов мають реалізуватися в патологію.

На сьогодні вважають, що сольовий діатез — це стан організму, обумовлений спадковою схильністю, для якої характерне підвищене утворення солей і як наслідок, накопичення у ниркових мисках конкрементів (каменів) різноманітних за розміром та походженням: оксалати кальцію, урати, карбонати, фосфати, а також їх поєднання. Це також стан, при якому у мисках нирок під час ультразвукового дослідження визначають так звані ехопозитивні включення. Присутність так званого сечового піску може супроводжуватися запаленням сечового тракту, виходом підвищеної кількості солей із сечею, присутністю дигурії. Сольовий діатез може бути діагностований навіть у немовлят, як спадкове захворювання. Але на практиці такі випадки трапляються досить рідко, в більшості сольовий діатез заявляє про себе у достатньо зрілому віці. При цьому слід зауважити, що у більшості людей ознаки сольового діатезу за допомогою УЗД можна визначити, починаючи із 20 років.

Нині є можливість за допомогою УЗД визначати ознаки сольового діатезу до його виражених клінічних проявів. Проте, не слід забувати, що сольовий діатез стосується не лише патології нирок. Причини утворення визначених за допомогою УЗД включень у мисках нирок різноманітні. Сольовий діатез — це наслідок низки порушень в організмі. Тому ці пацієнти повинні бути ретельно обстежені аби з'ясувати причини надмірного виходу солей із сечею.

Слід зауважити, що ехопозитивні включення, які визначають під час УЗД в паренхімі нирок, не завжди є вогнищевим накопиченням

солі у нирковій мисці. Це може значно ускладнювати діагностичний процес, особливо у осіб зрілого і похилого віку. Ехопозитивні тіні у них виникають не тільки, як наслідок будь-яких патологічних змін обміну речовин, але і як морфологічні зміни в паренхімі, виникають внаслідок вікових або патологічних змін судин паренхіми (атеросклероз) або у самій паренхімі під дією пошкоджуючих чинників (нефросклероз, накопичення солей у сполучній тканині тощо).

Для диференційної діагностики накопичень солі у нирковій мисці та іншими ехопозитивними включеннями у паренхімі ми використовуємо наступний спосіб. При первинному визначенні під час УЗД ехопозитивних тіней без будь-яких клінічних ознак сольового діатезу призначаємо літолітичну терапію з використанням фітопрепаратів або офіційних фітозборів (фіточаїв) з літолітичною дією та збільшуємо вживання води (якщо для цього у пацієнта немає протипоказань) протягом 3 місяців. Після цього проводимо контрольне УЗД із співставленням отриманих даних із попередніми. За умов сольового діатезу кількість і розміри ехопозитивних включень повинні стати відмінними від попередніх значень. Спосіб застосований у 48 пацієнтів. Наявність сольового діатезу була підтверджена у 15 осіб.

Через те, що діатез не є захворюванням, а лише визначає певні особливості метаболічних процесів, то і лікувальні заходи, насамперед, стосуються комплексу заходів щодо профілактики та попередження розвитку можливої патології.

Лікування сольового діатезу, насамперед, залежить від розміру накопичень і характеристики солей, які виходять із організму. Консервативний або медикаментозний метод лікування полягає у прийомі сечогінних засобів, аби припинити накопичення піску у нирках. Друга група ліків стимулює розщеплення піску. Лікування також доповнюється протизапальними препаратами через те, що пісок, який виходить сечовими шляхами, може спричинити їх травмування і призвести до запалення.

Якщо причиною діатезу є генетична тубулопатія, або набутий дефект роботи ниркових каналців, то ці порушення корекції не підлягають. Тому при сольовому діатезі дієта і водний режим мають первинне значення. Кожний пацієнт, у якого визначені зміни в аналізі сечі та ехопозитивні включення в ниркових мисках, повинен потурбуватися про те, щоб щоденно вживати як мінімум 2–2,5 літри рідини (якщо для цього немає протипоказань з боку серцево-судинної системи). В умовах спекотного кліма-

ту ця кількість повинна бути збільшена, виходячи із актуальних потреб організму.

Подальші рекомендації залежать від типу солей, які визначені у сечі, і примусили клініциста встановити діагноз сольовий діатез. Дієта при присутності значної кількості оксалатів потребує елімінації із раціону продуктів, багатих на щавлеву кислоту (ревінь, інжир, щавель, томати, шпінат), а збільшення рівня уратів передбачає зменшення вживання м'яса, субпродуктів, а також бобів, шоколаду, кави і какао.

Слід враховувати, що деяка кількість органічних солей через гепатобіліарну систему виділяється у просвіт кишківника, після чого знову всмоктується в кров. Аби розірвати це коло, при лікуванні сольового діатезу призначають ентеросорбенти, які абсорбують токсичні компоненти і виводять їх із організму.

Незважаючи на бурхливий розвиток хімії, винахід нових лікувальних препаратів, лікувальні трави посідають важливе місце в лікуванні захворювань нирок, сечокам'яної хвороби та сечових діатезів в особистості. Лікувальні якості рослин обумовлені присутністю в них різноманітних за складом і структурою хімічних речовин (алкалоїдів, глікозидів, вітамінів, ферментів, дубильних речовин, ефірних олій, мікроелементів тощо), які позитивно впливають на організм.

В якості фітотерапії ми використовуємо збір лікувальних рослин, до складу якого входили: трава душиці – 10 г, звіробою – 10 г, споришу – 30 г, м'яти – 10 г, чабрецю – 10 г, пустирнику – 10 г, листя ожини – 20 г, суниці – 20 г, смородини – 20 г, мати-й-мачухи – 10 г, малини – 20 г, квіти ромашки – 10 г, плоди шипшини – 40 г, плоди глоду – 10 г. Лікувальний збір було використано при лікуванні 98 хворих на сечовий діатез. Збір використовували у вигляді звареного і настояного протягом 10–15 хвилин чаю. Пацієнти приймали його вранці після сніданку та вдень після обіду по 200 мл.

Динамічне спостереження за пацієнтами показало збільшення добового діурезу на $14 \pm 2,3\%$ ($P < 0,02$), зменшення больового фактора, інтенсивності макрогематурії, відзначали збільшення виходу сечового піску за кожним сечопуском. Під час комплексного вивчення біохімічних показників крові було відзначено відносно зменшення вмісту азотистих шлаків (сечовини, азота сечовини, креатиніну) на $8 \pm 1,8\%$ ($P < 0,05$), відзначено зменшення на $6 \pm 1,4\%$ ($P < 0,02$) таких показників як загальний білірубін, холестерин, білки крові, що пов'язано із механічним розведенням за рахунок вживання більшої кількості рідини. У той же час не відзначено зниження концентрації основних електролітів крові, що важливо відносно збереження електролітного балансу. Поліпшилися також показники проби Реберга-Треєва, що свідчило про поліпшення секреторної функції нирок. Для лікування різних форм сечового діатезу використовували також готові офіційні форми лікувальних препаратів на основі лікувальних трав вітчизняного та імпорного виробництва.

Висновки. Першим напрямком лікування сольового діатезу є корекція раціону харчування, використання індивідуальної дієти відповідно до складу солей, що виходять із сечею. Це і самий простий, але одночасно і самий складний шлях у раціональному лікуванні сольового діатезу: цілеспрямовані дії повинні бути постійними і регулярними. Другий напрямок лікування сольового діатезу раціональний і адекватний вибір лікувальних заходів для покращення спроможності нирок очищати кров, проводити очищення організму, виводити із сечею різноманітні солі. До схеми лікування сольового діатезу також необхідно залучати фітотерапію (призначати фітопрепарати, які мають м'яку сечогінну дію) та диуретики, проте, і збори лікарських трав, і лікарські заходи з диуретичним ефектом повинен призначати лікар.

МЕДИКАМЕНТОЗНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОРУШЕНЬ КРОВОТОКУ НИРОК З ОДНОБІЧНИМ ЇХ УРАЖЕННЯМ

В.П. Стусь, К.С. Бараннік

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Вступ. Аналіз літературних джерел, проведені попередні власні дослідження переконливо довели, що однобічне ураження парного органа нирок будь-яким патологічним процесом впли-

ває на стан кровообігу в паренхімі нирок. Останній не тільки призводить до порушення функціонального стану ураженої нирки, але й обумовлює розвиток патологічних морфологічних

змін тканини нирки. Проте, негативного впливу зазнає і протилежна нирка. Останнє стає додатковою причиною до уповільнення компенсаторно-присосовних реакцій на відновлення функції парного органа. Порушення кровотоку в обох нирках при однобічному їх ураженні обумовлене, насамперед, патологічним впливом захворювання на уражену нирку і розвитком через рено-ренальний рефлекс стійкого спазму судин паренхіми контралатеральної нирки (особливо у випадках гострого захворювання). Викид у кровообіг вазоактивних речовин обумовлює низку судинних реакцій, чергування вазоконстрикції і вазодилатації порушують перебіг адекватних пристосовних реакцій на відновлення кровообігу у нирках. Додатковий вплив оперативного втручання також впливає на адекватне відновлення сумарної функції нирок. Позитивно вплинути на стан кровообігу можна двома шляхами: поліпшення реологічних властивостей крові та запобігання або зменшення спазму судин ниркової паренхіми, які слід ефективно проводити протягом періопераційного періоду та у віддалені строки після операції.

Мета дослідження: провести аналіз і клінічно оцінити спосіб періопераційної корекції ниркового кровотоку у пацієнтів з однобічним ураженням нирок.

Матеріали та методи дослідження. Клінічне дослідження проведене у 58 пацієнтів віком від 18 до 65 років з однобічним ураженням нирок, які отримували оперативне лікування згідно з протоколами надання медичної допомоги конкретної патології, а також додатковими заходами періопераційного поліпшення стану кровотоку в паренхімі обох нирок.

Всім хворим за допомогою апарату Philips HD11xE проводили доплерографічне обстеження ниркових артерій з метою визначення стану кровообігу паренхіми нирок тричі протягом періопераційного періоду. Для визначення стану ниркової гемодинаміки оцінювали такі показники, як максимальна систолічна швидкість артеріального потоку (V_{max}), кінцева діастолічна швидкість (V_{min}). При аналізі доплерограм також визначали індекси: індекс резистентності (ІР), пульсаційний індекс (ПІ), показник систоло-діастолічного співвідношення (СД). При кількісному аналізі ренографії визначали тривалість судинного сегмента (20–60 с); час досягнення максимального рівня кривої T_{max} (3–5 хв.), час напіввиведення ^{131}I -гіппурану із нирок – $T_{1/2}$ (8–12 хв.).

Результати дослідження. З урахуванням вищезазначеного нами була використана і ап-

робована наступна схема періопераційного способу корекції кровотоку обох нирок при однобічному ураженні, що потребує оперативного втручання. Всі пацієнти отримували лікування згідно з протоколами надання медичної допомоги відповідно до виду захворювання. Оперативне втручання проводили в адекватному обсязі, спрямованому на усунення патологічного процесу і його наслідків із проведенням інтраопераційних заходів на відновлення функціонального стану ураженої нирки. З урахуванням отриманих результатів клінічного дослідження кровотоку, експериментальних даних з моделювання патологічних станів зі стійким порушенням кровотоку і уродинаміки, було визначено строки найбільшого розладу кровообігу: 3-я, 7-ма–10-та, 14-та доба. Для усунення спазму судин ниркової паренхіми призначали препарати, які належать до групи симпатолітичних речовин та не обумовлюють адреналітичного впливу (орнід, пірроксан). Їх використовували за 3 доби до оперативного втручання і протягом 2 тижнів після операції. Обов'язковим було призначення антикоагулянтів (клексан, фраксипарин, дальтепарин) перед оперативним втручанням та протягом 3 діб після операції. У післяопераційному періоді протягом 2 тижнів призначали дезагреганти (кавінтон, трентал, пентоксифілін). У віддаленій післяопераційній період до 3–4 місяців пропонували пацієнтам прийом фітопрепаратів, які мають протизапальну, спазмолітичну, антисептичну дію. Для контролю за якістю відновлення кровообігу у паренхімі нирок після повної активізації пацієнтів після операції на 10–14-ту добу проводили вивчення стану кровотоку за допомогою УЗДД або радіоізотопної ренографії. Розроблений спосіб використаний при лікуванні 50 пацієнтів з однобічним ураженням нирок.

Після проведення періопераційної корекції ниркового кровотоку у пацієнтів із однобічним ураженням нирки на 10–14-ту добу відзначено зменшення показника ІР на нирковій артерії ураженої нирки до $0,64 \pm 0,24$ проти $0,69 \pm 0,09$, на сегментарних артеріях індекс резистентності збільшився до $0,50 \pm 0,16$ проти $0,47 \pm 0,08$, а на міждолькових артеріях складав $0,45 \pm 0,24$ проти $0,41 \pm 0,08$. Ці дані свідчать про покращення кровотоку, але це покращення більше стосувалося наслідків проведеного оперативного лікування з усуненням патологічного процесу. Зміни показника протилежної здорової нирки були наступні. На нирковій артерії його значення становило $0,55 \pm 0,14$ проти початкового значення $0,57 \pm 0,16$, на сегментарних артеріях – $0,29 \pm 0,24$ проти $0,31 \pm 0,06$, а на міждолькових артеріях –

0,29±0,16 проти 0,31±0,06. Тобто зміни планомірно відзначали покращення кровотоку на 7–8%.

Висновки. Застосування медикаментозної корекції кровотоку у нирках пацієнтів із одно-

бічним їх ураженням у періопераційному періоді дозволяє не тільки покращити його на 7–8%, але й створити сприятливі умови до адекватних пристосовно-компенсаторних реакцій на відновлення функціонального стану обох нирок.

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ГОСТРОГО ОБТУРАЦІЙНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ ПІСЛЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ЛІТОТРИПСІЇ

В.П. Стусь¹, К.С. Бараннік¹, Є.П. Українець², А.М. Фрідберг^{1,2}

¹ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

Вступ. Гострий обтураційний пієлонефрит виникає через обструкцію сечоводу каменем або уламками зруйнованого каменя після дистанційної літотрипсії (ДЛТ). Його розвитку сприяють: присутність інфекції верхніх сечових шляхів до проведення сеансу літотрипсії (або її вивільнення із внутрішніх шарів зруйнованого каменя), а також радіарне розповсюдження ударної хвилі від ниркової миски за чашками з її руйнівними наслідками в паренхімі, які особливо визначаються на межі мозкової та кіркової речовин. Крім того, вплив ударної хвилі на ниркові пиптики обумовлює пошкодження їх замикального апарату і створює умови для розвитку рефлюксної уропатії. Розвиток гнійно-септичних ускладнень на тлі обструкції сечових шляхів може призвести до уросепсису, бактеріємичного шоку, як прояву або наслідку загострення уросепсису.

Матеріали та методи дослідження. Проведений аналіз лікування 198 хворих із порушенням уродинаміки верхніх сечових шляхів після ДЛТ, що ускладнилось гострим обтураційним пієлонефритом у 39 хворих. Вік хворих від 21 до 64 років. Усунення обструкції проводили за допомогою стентування сечоводу з боку обструкції (20 хворих) або виконання пункційної нефростомії (13 хворих). У 26 хворих перебіг запального процесу був за септичним типом і у 11 хворих розвинулась картина бактеріємичного шоку. Серед них 6 хворим виконано відкрите оперативне втручання, у 5 – обструкція усунута за допомогою пункційної нефростомії. Всі хворі отримували комплексне лікування уросепсису згідно зі стандартами, із застосуванням способів детоксикації та ультрафіолетового опромінення крові (УФОК). Помер один хворий.

Обговорення результатів. Перше завдання, яке слід вирішувати терміново, полягає у своє-

часному та адекватному відновленні порушеної уродинаміки з боку обструкції. Якщо ліквідувати перешкоду катетеризацією сечоводу було неможливим, проводили ендовезикальну уретеролітоекстракцію або уретеролітолапаксію з наступним установленням стента. Відсутність позитивного результату від цих заходів було прямим показанням для проведення черезшкірної пункційної нефростомії під УЗ-контролем, що було виконано 13 хворим. Раннє усунення порушеної уродинаміки дозволило у 159 хворих (80,5%) попередити розвиток гострого пієлонефриту. Тому своєчасне виконання черезшкірної пункційної нефростомії під УЗ-контролем вважаємо цілком виправданою маніпуляцією.

Розвиток гнійно-септичних ускладнень на тлі невідновленої уродинаміки призводить до уросепсису, раннім проявом якого є бактеріємичний шок. Бактеріємичний шок (11 хворих) розвивався одразу після масивної інвазії або через декілька годин і навіть діб. За обов'язковий перелік лікувальних заходів стосовно терапії бактеріємичного шоку ми вважаємо такі: 1) хірургічна санація вогнища інфекції; 2) масивна адекватна антибіотикотерапія згідно з антибіотикограмою; 3) корекція гемодинамічних порушень; 4) фармакологічний захист нирок; 5) використання інгібіторів протеолізу та імунотерапія; 6) використання екстракорпоральних заходів детоксикації крові.

У комплексі лікування треба розрізняти заходи боротьби із колапсом та інфекцією. Будь-яка антибактеріальна терапія не буде ефективною за умов збереження оклюзії. Тому хірургічне втручання спрямоване на негайне відновлення відтоку сечі, є основним провідним етапом лікування. Стабілізація стану хворого за

допомогою протишокових заходів і корекції гемодинамічних порушень дозволяє виконати негайне оперативне втручання з усунення перешкоди до відтоку сечі верхніми сечовими шляхами. При наявності апостематозного пієлонефриту обов'язково проводили декапсуляцію нирки з вивільненням гнійних мас із підкапсульного простору, дренажування ниркової миски здійснювали накладанням нефростомічного дренажа.

Протизапальну терапію призначали тільки після забезпечення адекватного відтоку сечі. Дозу антибіотиків визначали з урахуванням не лише чутливості мікрофлори, але й маси тіла хворого, концентраційної спроможності нирок. Заходи боротьби із колапсом були спрямовані на відновлення тканинного кровотоку, підтримання адекватного газообміну, корекцію метаболічних порушень. До лікування включали кортикостероїди, адреноміметичні заходи, плазмозаміщуючі розчини. Проводили інфузійну терапію, спрямовану на боротьбу з інтоксикацією, ацидозом, порушенням протеїнового та електролітного ба-

лансів, кислотно-лужного стану, азотистого обміну тощо.

Методи екстракорпоральної детоксикації (гемосорбція, плазмаферез та УФОК) застосовували у всіх 11 хворих.

Висновки. Раннє відновлення порушеного пасажу сечі верхніми сечовими шляхами після ДЛТ дозволяє не лише запобігти розвитку гострого обтураційного пієлонефриту, але й усунути можливість розвитку гнійно-септичних ускладнень нирки та уросепсису. Провідним заходом в їх усуненні і лікуванні залишається своєчасне і адекватне відновлення відтоку сечі. При цьому найбільш доцільним є відкрите оперативне втручання, при якому не тільки можна усунути перешкоду, але й провести санацію гнійних скупчень і провести адекватне дренажування верхніх сечових шляхів з боку обструкції. Використання в комплексній терапії хворих на уросепсис методів екстракорпоральної детоксикації дозволяє адекватно усунути інтоксикаційний синдром.

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІТОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ ПІСЛЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ЛІТОТРИПСІЇ

С.І. Баранник, А.М. Фрідберг

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Сечокам'яна хвороба (СКХ) — одна з найрозповсюдженіших урологічних хвороб, яка зустрічається майже у 3% населення. Вона є хворобою обміну речовин, яка обумовлена різноманітними ендогенними та/або екзогенними факторами, іноді має спадковий характер і визначається присутністю каменя у сечовій системі. Отже, основною причиною утворення ниркових каменів — порушення обміну речовин, особливо зміни водно-сольового та хімічного складу крові.

Однією з актуальних проблем сучасної урології і медицини в цілому є проблема лікування хворих, які страждають на СКХ. Незважаючи на впровадження в клінічну практику нових, високотехнологічних методів лікування цих хворих (дистанційна і контактна літотрипсія, нефролопаксія та ін.), на жаль, лікування не завжди задовольняє лікарів своїми результатами, що обумовлено як розвиненням ускладнень: пієлонефрит, хронічна ниркова недостатність, пієонефроз, зморщування нирок, нефрогенна

гіпертонія, так і значною частотою рецидивів каменеутворення.

Найбільш зручним для хворого є шлях ефективної літолітичної та літокінетичної терапії. Проте, якщо позитивний результат самостійного відходження каменя із сечових шляхів залежить від відповідності діаметра сечовивідних шляхів до розміру каменя, то ефект літолізу залежить від хімічного складу і структурних характеристик самого сечового каменя.

Основні труднощі при розчиненні каменів пов'язані із тим, що препарат, який розчиняє камінь *in vitro*, в клінічних умовах агресивно впливає на слизові оболонки сечових шляхів. Також слід враховувати, що більшість каменів має змішаний хімічний склад, що веде до розчинення лише частини каменя.

Згідно з рекомендаціями Європейської Асоціації урологів, пероральна хемолітична терапія є не тільки корисним доповненням до екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії, черезшкірної нефролітотрипсії, ендуретероліто-

трипсиї або відкритого хірургічного втручання для більш повного видалення фрагментів каменів, але й терапевтичною альтернативою для видалення каменів, що складаються із сечової кислоти.

Візуальний аналіз продуктів руйнування каменів показав, що вони мають форми багатогранників: тетраедра, куба тощо. Форма фрагменту залежить від структури каменя. У 67–72% випадків фрагменти кальцій-оксалатних каменів та сечової кислоти розташовуються правильно та гомогенно. Фрагменти фосфатнокислих каменів у 72–80% випадків мають неправильну форму. Фрагменти двох перших видів каменів, в основному, мають опуклу поверхню. Таке враження, що всі вони складаються із поверхневих пластин каменів. Інші поверхні цих фрагментів частіше за все мали нерівну сколоту поверхню. Остання і була причиною травмування сечових шляхів та утворення «кам'яної доріжки». Фрагменти фосфорнокислих каменів мали вигляд уламків агломератів кристалів із багатьма гострими відростками різної довжини, поміж яких були заглиблення. Вони обумовлені внутрішньо-структурним розподілом великих струв'їтних кристалів вздовж внутрішньої поверхні, які містять кристали фосфату кальцію. Фосфат кальцію, в основному, був присутнім як апатитний сфероліт, але він зустрічався і у вигляді грубих пластин, в яких чітко розподілені були дигідратні кристали кальцію оксалату дигідрату. Така картина свідчила про те, що два кристали цих каменів відокремлюються один від іншого під час фрагментації. Внаслідок літотрипсиї розриви виникають у місцях, збагачених різноманітними компонентами каменя, які у сечових каменях в основному розташовані у концентричній пластинчатості та у зоні утворення ядра. Загальна форма багатогранника не сприяє евакуації сечовими шляхами. Відомо, що найбільш оптимальною формою часточок є куля. Якщо при-

пустити, що довжина граней багатогранника дорівнює $l=1$, то радіус вписаної в нього кулі буде дорівнювати:

а) для тетраедра $r = 6 / 12 = 0,2$;

б) для куба $r = 0,5$.

Площі поверхней багатогранників відповідно дорівнюють:

а) $S = 3 = 1,7$;

б) $S = 6$.

Площі поверхнею, вписаних у кулі багатогранників, дорівнюють:

а) для тетраедра $S = 4\pi^2r = 1 / 6 = 0,5$;

б) для куба $S = 4\pi r = 3,1$.

Поверхня кулі у 1,4 разу менша за поверхню тетраедра, а у порівнянні із кубом – у 2 рази. Якщо розчинниками згладжувати грані цих часточок, то поверхня їх зменшиться не менше, ніж у 2 рази. У такому ж співвідношенні буде зменшений і об'єм часточок. Отже, зі збільшенням поверхні уламків каменів після їх руйнування значно збільшується ефективність використання літолїтичних препаратів. Нами речовини з літолїтичними властивостями використані до та під час проведення сеансів дистанційної літотрипсиї у 152 пацієнтів із сечокам'яною хворобою. Аналіз результатів показав, що літолїтичні речовини активізують процес дезінтеграції сечових каменів, внаслідок якого виникає руйнування на фрагменти менші за 2 мм опуклої форми, які не мали гострих граней. Поєднане використання літолїтичних речовин і речовин послаблюючих міцність сечових каменів дозволили не тільки проводити літотрипсию у переважно щадливому режимі із меншими енерговитратами, але й підвищити на 25% її ефективність і зменшити кількість ускладнень на 37%. Подальше використання літолїтичних речовин після літотрипсиї дозволило майже у 2 рази скоротити строки вивільнення сечових шляхів від уламків конкрементів, а таке ускладнення, як «кам'яна доріжка», виникла у 3 пацієнтів.

ВЛИЯНИЕ ПОВЕРХНОСТНО АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ПРОЦЕСС КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ

А.М. Фридберг², Э.А. Светличный², С.И. Баранник¹, К.С. Баранник¹,
О.С. Гармиш², Я.В. Смирнова², Е. В. Симонова²

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

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

Введение. В клинике урологии с 1991 года разрабатывались вопросы «Эффективности камне-разрушения и способы ее улучшения при дистанционной литотрипсии (ДЛТ)». Для этих целей использовались поверхностноактивные вещества (А. В. Люлько, Н. А. Зорин, С. И. Баранник, авторское свидетельство № 4900879/14 от 14.01.92 г.).

Проведенные ими исследования показали, что:

– поверхностноактивные вещества (ПАВы) оказывают существенное влияние на разрушение мочевых камней, увеличивая эффективность разрушения от 1,3 до 4 раз (эффект Ребиндера);

– под воздействием ПАВ разрушение происходит; для оксалатов и фосфатов в 100% на фракции 2–3 мм, и уратов не менее 80% случаев;

– такая низкая дисперсия фрагментов позволяла снизить количество импульсов до 1500, при использовании «щадящего режима (0,4 мкф)» аппарата «Урат-П»;

– используя ПАВ в сочетании с цитратными смесями, «группа С. И. Баранника» добились полного исключения таких осложнений, как «каменная дорожка», т.к. все образованные фрагменты были обсаюзаны.

Такая высокая эффективность разрушения мочевых камней с помощью ДЛТ послужила поводом исследовать влияния ПАВ в условиях контактной литотрипсии (КЛТ), что определило актуальность представленной работы.

Материалы и методы исследования. С 1 января 2006 г. в клинике урологии ГУ «ДМА МЗ Украины» введена в строй и полноценно функционирует «модульная операционная», которая позволяет достигать «состояния, свободного от мочевых камней» («stone free gate» -SFR), как дистанционно, так и контактно. Для комплектации этой операционной мы исходно выбрали вариант, предложенный НИИ Урологии России [3]. За основу выбран модульный комплект «MODULARIS URO PRO (SIMENS)».

Наш модуль сочетает в себе:

– рентген-прозрачный операционный стол, позволяющий создавать любые урологические «укладки» пациентов, легко трансформируется в урологическое кресло;

– ультразвуковой сканер, который обеспечивает наведение при рентгенонегативных камнях;

– мобильный рентгенаппарат с «С» – дугой и электронно-оптическим преобразователем (ЭОП);

– дистанционный литотриптор «LITOSTAR»;

– следящие видеомониторы;

– следящая «кардиосистема»;

– видеомагнитофон для создания видео-протокола хода операции и архивирования;

– ультразвуковой сканер ALOKA SSD – 500, с пункционным датчиком и пункционной программой;

– нефроскоп KARL STORZ;

– ригидный уретерореноскоп KARL STORZ;

– фиброскопы PENTAKS и OLIMPUS;

– контактный ультразвуковой литотриптор KARL STORZ;

– пневматический литотриптор KARL STORZ;

– механические литотрипторы для камней почек и мочевого пузыря KARL STORZ;

– соответствующая комплектация манипуляторами и расходными материалами.

Созданная нами комплектация – это не «музей» современной урологии, а практически и юридически защищенное рабочее место современного врача-уролога, сегодняшняя жизнь диктует свои правила, с которыми мы должны считаться. Так, в уголовном кодексе Украины по вопросам здравоохранения есть 21 статья, позволяющая осудить деятельность медицинских работников и ни одной, которая бы защитила их действия. По этой причине, кроме традиционного рукописного протокола, мы каждое оперативное вмешательство фиксируем на видеопро-

токол и архивируем. Таким образом, у нас всегда имеется видеоматериал, как для исследовательской и учебной программы, так и форс-мажорных проблем. По желанию пациента мы, кроме традиционного, рукописного «выписного» эпикриза, выдаем на руки диск с видеofilmом о ходе его операции.

Всем пациентам, которым производилась контактная литотрипсия (КЛТ), обязательно выполнялась спиральная компьютерная томография. С исчислением размеров камня и его плотности.

Обсуждение результатов. В работе мы использовали раствор №1 (димексид) и раствор № 2 (этоний). С 2006 года в нашей клинике внедрены и используются методы контактной литотрипсии (внутрипузырно, эндоуретерально и перкутанно в полости почки). В своей повседневной работе мы используем аппаратуру производства фирмы KARL STORZ (Германия): CALCUSPLIT 27630020 (при давлении 2,0–2,5 бар) end ULTRASONIC GENERATOR 27085K + SUCTION PUMP 27085K.

Все оперативные вмешательства в нашем формировании выполняются на фоне многокомпонентной эпидуральной анестезии, основанной на концепции нейромедиаторной защиты [4].

Учитывая работы по вопросу влияния ПАВ на дезагрегацию мочевых камней, А.В. Люлько, С.И. Баранника, А.Н. Зорина и др. [1], выполненных *in vitro*, мы не стали их повторять, а сразу приступили к исследованиям *in vivo*.

Проведенный хронометраж показал следующие данные: камень мочевого пузыря под № 1 с индексом ¹ – с использованием ПАВа (р-р этония) и № 2 с индексом ¹ – без использования ПАВ, подвергнуты разрушению ультразвуком.

№1¹ камень мочевого пузыря – фосфат – 79х50х56 мм – плотность – 1546 ед. Н., физ. раствор + ПАВ (0,05%), полная значимая (0,3х0,4 мм) фрагментация наступила на 47-й минуте. Значимая фрагментация – размер осколка камня должен составлять ≈0,3х0,4 мм, чтобы можно было его извлечь манипулятором через рабочую гильзу калибром № 30 Ch.

№1¹ камень мочевого пузыря – фосфат – 57х13х51 мм – плотность 919 ед. Н., чистый физ. раствор, значимые фрагменты появились через 1,5 часа. Полная значимая фрагментация не достигнута, даже через 4 часа (а время эпидуральной анестезии уже истекло).

Выводы

1. Использование во время контактной литотрипсии поверхностноактивных веществ (ПАВ) достаточно эффективный метод дезагрегации мочевых камней, позволяющий в десятки раз сократить время вмешательства.

2. Оперативные вмешательства с использованием многокомпонентной эпидуральной анестезии (при диалептических вмешательствах), на сегодняшний день наиболее приоритетный метод обезболивания.

3. Такая высокая эффектиность ПАВ при контактном воздействии на мочевой камень, мы объясняем более точным наведением «ударного фактора», чем при дистанционной литотрипсии. Во время ДЛТ есть энергетические потери, за счет эффекта рассеивания «ударной волны», при прохождении окружающих почку тканей.

4. Использование антисептиков (димексид и этоний) способствует усилению антибактериального эффекта при дезагрегации мочевых камней и снижению бактериостатического риска.

НЕКРОТИЧЕСКИЙ ПАПИЛЛИТ, НЕЗАСЛУЖЕННО ЗАБЫТЫЙ ДИАГНОЗ

А.М. Фридберг^{1,2}, Э.А. Светличный²

¹ *ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»*

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

Несмотря на то, что мочекаменная болезнь, гипотетически не является «урологическим заболеванием», она продолжает занимать ведущее место в ежегодных отчетах урологов (Люлько А.В., Люлько А.А., 1985; Люлько А.В., Постолов Ю.М., 2002). С каждым годом количество пациентов, страдающих камнями мочевого

выводящих органов, прогрессивно возрастает. Возможно, еще не пришло то время, когда медицинский мир сможет решать проблемы этой болезни на этапе не образования камня.

На очередном совместном заседании двух ассоциаций, Днепропетровской и Запорожской, Алексей Алексеевич Люлько предложил восста-

новить доклады на тему: «Интересный случай из практики». Этим предложением он хотел спровоцировать наших участников заседаний к более активным действиям. И действительно из года в год мы слушаем одних и тех же докладчиков. Тематика выступлений, порой сугубо научная. Своей работой мы попытаемся изменить эту тенденцию.

В 2002 году Алексей Владимирович Люлько издал монографию: «Некроз почечных сосочков». Мало кто обратил внимание на ценность этого труда, который подталкивает нас к гипотезе причин камнеобразования в организме человека. Так, по данным нашей клиники, в 74% случаев, под маской острого, а чаще хронического пиелонефрита мы пропускаем диагноз: «Некротический папиллит». Подумаешь? Диагноз «Пиелонефрит» есть? Есть! Ну, и согласно «европейским» стандартам мы его лечим. Правильно? Правильно! Благое дело старшие товарищи позаботились. Но самое обидное было слышать в кулуарах наших встреч фразу: «с нашими стандартами и возможностями попробуй доказать этот некроз почечного сосочка». Эта фраза и стала актуальным моментом нашего сообщения. 16.03.09 г. в клинику урологии поступила больная 68 лет. Жалобы на учащенное мочеиспускание, общую слабость. Больной себя считает с 01.03.09 г., когда после физической нагрузки, впервые в жизни отметила кровь в моче. Самостоятельно начала принимать отвары мочегонных трав. Состояние не улучшалось. Больная обратилась за медицинской помощью. С 05.03.09 по 16.03.09 г. она находилась в специализированном урологическом отделении, где было проведено обследование. В стационаре выполнено: «лабораторное» обследование, ультразвуковое исследование, цистоскопия, обзорная и экскреторная урография, КТ мочевыделительных органов.

При цистоскопии: на задней стенке мочевого пузыря выявлен фиксированный сгусток крови, который позволял заподозрить опухоль мочевого пузыря. Из просвета правого устья отмечено «рождение» червеобразного сгустка крови, что позволяло подозревать источником кровотечения правую почку. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкременты не выявлено. На серии экскреторных урограмм: функция почек сохранна, но справа нижняя группа чашечек четко не прослеживается, что позволяло заподозрить опухоль нижнего края правой почки. КТ существенной информации не дала, хотя на фоне контрастного вещества в лоханке правой почки отмечался дефект наполнения, что мог провоцировать сгусток крови. Ла-

бораторные методы исследований существенной информации не дали.

16.03.09 г. больная была переведена в клинику урологии (онкоурологическое отделение) для решения вопроса по существу, с диагнозом: Опухоль мочевого пузыря(?), Опухоль лоханки правой почки(?).

В клинике, в день поступления выполнена цистоскопия и диагноз «Опухоль мочевого пузыря» исключен. Источника гематурии уже не обнаружено. Учитывая, что наши коллеги видели сгусток крови из правого устья, больной была выполнена ретроградная уретеропиелография справа. При катетеризации мочеточника, катетер № 6 без мандрена был свободно проведен на высоту 26 см. Для исследования взята барботажная моча, результат отрицательный. Данные рентген исследования вы видите. Комментарии. Контрастное вещество выполняет полостную систему почки и верхнюю треть мочеточника. Все чашки имеют треугольную форму, форниксы сохранены, их деформации не обнаружено. В центре лоханки тень подозрительная на дефект. Ретроспективно можно сказать, что эта тень была результатом «суммации».

В итоге было принято решение о проведении уретерореноскопии, что мы и представляем в виде видеопотокола операции.

Комментарии. Положение больной на рентген операционном столе «специальное гинекологическое». Рентген аппарат позиционирован на область правого мочеточника и почки. Теней подозрительных на камень не выявлено.

Уретра свободно проходима для уретерореноскопа. Остаточной мочи нет. Емкость мочевого пузыря достаточная. Эндоскоп введен в просвет правого мочеточника. Уретерореноскоп ирригационно проведен по мочеточнику в лоханку. В просвете мочеточника опухолевидных образований и источника гематурии нет. Из полости лоханки барботажно собрана моча для исследования на наличие атипичных клеток. В полость лоханки введено контрастное вещество. «Дефектов» наполнения нет и выявлено расщепление лоханки. Эндоскоп проведен в среднюю чашку, опухолевидных образований нет. Затем реноскоп перемещен в верхнюю чашку, где на одном из сосочков обнаружен участок некроза. Моча аспирирована для исследования на атипичные клетки. Результаты цитологических исследований отрицательные.

Таким образом, вы получили информацию об актуальности конкретного исследования, которое позволило снять диагноз опухоль

почки в той ситуации, когда все стандарты были исчерпаны.

Пользуясь случаем, мы хотим показать видеоматериал последних дней. Так выглядит почечный сосочек в норме.

А так выглядит сосочек, внутри которого уже формируется камень. Эта пациентка явля-

ется «камневыделителем» в течение многих лет, а изначально в анамнезе пиелонефрит.

Таким образом, нарушения микроциркуляторного кровотока в самих почечных сосочках, могут быть причиной камнеобразования. Но это пока наша гипотеза. И может быть, пройдут еще годы, когда гипотеза станет фактом.

БАКТЕРИЕМИЧЕСКИЙ ШОК ПОСЛЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОСТОМИИ

А.М. Фридберг^{1,2}, Э.А. Светличный², О.С. Гармиш², К.А. Фомченко²

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

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

В нашей клинике внедрены и развиты все виды диапевтических вмешательств. В числе первых внедрен такой метод, как ургентная чрескожная пункционная нефростомия, начиная с 2006 года. В случаях острой застойной почки, эта методика позволяет оказывать ургентную, паллиативную помощь. Тем самым появляется возможность создать «обводной» путь для восстановления пассажа мочи, нормализовать гомеостаз и затем детально обследовать больного. Особенно это целесообразно в гериатрической группе пациентов. Это позволяет подготовить их к плановому радикальному оперативному вмешательству, т.к. у них амбулаторная карточка уже представляет собой «двух-, а то и трехтомный сборник».

Но за последние 3 года мы столкнулись с неадекватным ведением больных с мочекаменной болезнью на местах: камень мочеточника «с тенденцией к самоотхождению камня». В чем же заключается эта тенденция? Оказывается, в малом диаметре камня 3–4 мм при УЗИ, без указания размера по длиннику, хотя это не менее важный показатель. Больному назначается так называемая литокинетическая терапия (анальгетики, спазмолитики, мочегонные фитопрепараты и антибиотик в качестве антибактериальной профилактики). В итоге «почечная колика купирована». Больной жалоб не предъявляет, вроде бы все хорошо и врачу «спокойно». Наблюдение за больным ослабевает, что является опасным признаком. Это может быть острой застойной почкой. Особенно, когда больному, независимо от состояния, после купирования «почечной колики» выполняют экскреторную пиелографию, не зная функции этой почки, что может повлечь за собой тяжелое осложнение, такое

как потеря функции почки на стороне поражения и привести к острой недостаточности почек.

За последние три года, нами отмечено 19 случаев, когда при явных показаниях к ургентной пункционной нефростомии, и ее выполнении, возникал бактериемический шок.

До поступления в клинику больные по месту жительства получали пресловутую литокинетическую терапию, под наблюдением «семейного врача», хотя этот доктор даже не задумывается, что при заблокированной почке назначать антибиотики и мочегонные препараты категорически плохо, а «купирующая почечная колика» – это предел современной медицины? Выполнить УЗИ с доплеровским исследованием и решить вопрос эффективности купирования «почечной колики». С учетом того, что у поступавших больных были уже проявления гипертермии. Больным выполнялась перкутанная пункционная нефростомия, по стандартной методике, под ультразвуковым и рентген-телевизионным наведением, нефростомическим набором фирмы Rusch № 10 Ch. Во время манипуляции проблем не наблюдалось, пункция во всех случаях однократная. Антеградное исследование и попытки «отмыть» полость почки не выполнялись, т.к. из просвета пункционной иглы самостоятельно истекала гнойная моча или сливкообразный гной. После того, как из полости почки самотеком получено 10–15 мл отделяемого, по установленной J-струне в лоханку устанавливался дренаж pig teyl № 10–12 Ch.

Первыми признаками бактериемического шока являются: озноб, гипертермия, тахикардия, гипотония и в более поздние сроки олигоурия. Эти больные должны наблюдаться почасово, как персоналом, так и лабораторно. В нашей клинике

есть отделение анестезиологии и интенсивной терапии (ОАИТ № 3), куда и поступают данные пациенты. Разработаны схемы лечения таких пациентов, что заслуживает особого внимания. Все 19 больных с клиникой бактериемического шока поступали в ОАИТ № 3, где получали интенсивную терапию. Летальных исходов не было.

Выводы

1. Купированная «почечная колика» — не повод для прекращения интенсивного наблюдения за больным.

2. Необходимо доказать, что мы не имеем случая острой застойной почки. В этой ситуации может помочь неинвазивный метод — ультра-

звуковое исследование с использованием доплеровского эффекта, которое может четко отразить состояние кровотока в страдающей почке и пассаж мочи по мочеточнику.

3. Назначая литокинетическую терапию, не назначать антибиотики, т.к. они будут неэффективны и могут стать источником септицемии, что может повлечь бактериемический шок.

4. Если назначенная терапия будет неэффективна в 3–5 суток, мы считаем, что следует использовать стентирование или пункционную нефростомию, давая «обходной путь» для восстановления пассажа мочи.

ОБЛИТЕРАЦИЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧНОЙ УРЕТЕРОСКОПИИ ПО ПОВОДУ ВТОРИЧНОГО КАМНЯ МОЧЕТОЧНИКА И СУЖЕННОГО ПРОСВЕТА МОЧЕТОЧНИКА НА ФОНЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОСТОМИИ

*Э.А.Светличный², А.М.Фридберг^{1,2}, Д.И.Люлька²,
А.А.Можейко², Н.Н.Моисеенко¹*

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

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

Несмотря на то, что мочекаменная болезнь, гипотетически не является «урологическим заболеванием», она продолжает занимать ведущее место среди причин госпитализации в урологические стационары (А.В. Люлька и соавт., 2010; В.П. Стусь и соавт., 2013, 2015). С каждым годом количество пациентов, страдающих камнями мочевыделительных органов, прогрессивно возрастает. Возможно, еще не пришло то время, когда медицинский мир сможет решать проблемы этой болезни на этапе не образования камня. Но сегодня наша задача — показать современные способы борьбы с осложнениями.

Бурное развитие хирургического лечения мочекаменной болезни началось с середины XIX века. Но настоящей революцией стало использование открытых в начале XX века рентгеновских лучей для диагностики мочевых камней. Было разработано и внедрено множество методов и оперативных доступов к камням при различной их локализации и размерах. Но уже тогда было отмечено явное несоответствие больших оперативных доступов и незначительных размеров удаляемых камней. В урологии, как ни в какой другой специальности, находила свое

подтверждение поговорка «Большой хирург — большой разрез».

Начиная с 1993 г., в клинике урологии Днепропетровска была внедрена уретеролитоэкстракция «вслепую», используя экстракторы Пашковского или Клепикова. В 2006 г. в нашей клинике была создана «модульная операционная», которая позволила решать проблемы камней мочеточников, используя уретерореноскопию или УРС.

С этого момента мы осваивали УРС + КЛТ + экстракцию фрагментов, до сегодняшнего дня выполнено данное вмешательство у 2430 пациентов.

Перечень осложнений, с которыми мы сталкивались:

- Перфорация стенки мочеточника.
- Надрыв (скарификация) слизистой мочеточника.
- Рассечение устья мочеточника верхним краем тубуса уретерореноскопа.

Все эти осложнения возникали при форсированных действиях оператора.

По мере того, как мы набирались опыта, осложнений становилось все меньше и меньше,

пока они не исчезли в нашей работе и сегодня встречаются как казуистика.

Хотим поделиться одним своим наблюдением, когда к нам поступил пациент 40 лет с мочекаменной болезнью, камнем тазового отдела левого мочеточника и функционирующей пункционной нефростомой. Пациенту в санатории была попытка выполнить лазерную контактную литотрипсию, но не удалось провести уретерореноскоп к камню из-за отека слизистой. Также не удалось провести струну и стентировать мочеточник. Учитывая уретерогидронефроз слева и начавшуюся лихорадку, ему выполнили пункционную нефростому. К нам он поступил через 1 месяц с хорошо функционирующей нефростомой, за сутки отходило до 1 литра мочи. При антеградной пиелографии контрастное вещество выполняло полостную систему, а в мочеточник не поступало. Больному планово выполнена уретерореноскопия, уретероскоп удалось провести по струне на 3 см, где был обнаружен белесый рубец. При рентгеноскопии тень камня была на 2 см выше рубца. Попытка провести уретероскоп антеградно успеха не имела. Учитывая облитерацию мочеточника, было принято решение выполнить уретеролитотомию и прямую уретеронеоцистостомию слева, что и было выполнено. При выделении мочеточника ниже камня выявлен фиброзный

тяж. С нашей точки зрения, облитерация произошла в результате отсутствия «обтекания» мочи по просвету мочеточника.

Выводы

1. К выполнению уретерореноскопии следует допускать исключительно опытных урологов.

2. При выполнении уретерореноскопии движения должны быть выверенными и никаких форсированных движений, продвигать эндоскоп необходимо плавно и всегда помнить, что мочеточник — это легко ранимый орган.

3. Оптическая среда должна быть абсолютно прозрачной. Для проведения эндоскопа, несмотря на опытность уролога, следует использовать специальные проводниковые струны, которые проводят в пределах поля видимости.

4. В тех случаях, когда допущена скарификация слизистой или выражен воспалительный процесс в слизистой мочеточника, уретероскопию необходимо завершать стентированием.

5. Чем длительней камень находится в просвете мочеточника, тем выше показания к стентированию.

6. Если мочеточник не стентирован, то в течение трех суток уже может сформироваться стриктура, которая приведет к облитерации, а в последующем — к выполнению уретеронеоцистостомии.

ОСЛОЖНЕНИЯ В МАЛОИНВАЗИВНОЙ УРОЛОГИИ

*Э.А. Светличный¹, А.М. Фридберг^{1,2}, С.О. Косульников²,
К.В. Кравченко², С.А. Тарнопольский², Н.Н. Моисеенко¹*

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

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

За последние 20 лет урология, как специальность, стала активно развиваться. Появились новые способы и методики оперативных вмешательств при камнях почек и камнях мочеточников, «остро-застойной» почке.

Сложно определить дату и время зарождения малоинвазивной урологии. Так, исходно можно 1806 год считать началом малоинвазивной урологии, когда Боззини впервые создал аппарат «Lichtleiter» для исследования прямой кишки, шейки матки и уретры у женщин. А в 1941 г. Рюпель и Бровн впервые выполнили чрескожную перкутанную нефроскопию.

В X веке нашей эры арабский врач Серапион впервые в мире, с помощью раскаленного металлического прута сформировал фистулу, а

затем из почки извлек мочевой камень. Его подвиг в 1663 году повторил французский врач Доменик де Мархети.

Конечно же, пальму фундаторов малоинвазивной урологии следует отдать Амплацу и Алькену (1982 г.), которые уже поставили на «поток» перкутанную нефроскопию. В их строю заслуженно должно упоминаться имя Викхама, который внедрил перкутанную нефроскопию и удаление мочевых камней из почки в 1987 г. В НИИ урологии России был создан отдел эндоскопической урологии и дистанционной литотрипсии, который возглавил В.Я. Симонов. В 1993 г. издана первая монография по малоинвазивной урологии (А.В. Морозов, А.Г. Мартов, В.М. Перельман, О.В. Теодорович).

В клинике урологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины» внедрение малоинвазивной урологии было начато в 1993 году. И ныне это уже развитая «модульная операционная», которая позволяет выполнять любые перкутанные, трансуретральные и трансуретеральные вмешательства.

Но сегодня речь пойдет о возможных осложнениях в малоинвазивной урологии, что определяет актуальность нашего сообщения.

В 1993 г. был определен перечень возможных осложнений при малоинвазивных вмешательствах (А.Г. Мартов и соавт., 1993).

- Параренальная и парапельвикальная экставазация контрастного вещества и мочи.
- Сквозной прокол лоханки.
- Экстраренальное сворачивание дренажной трубки.
- Попадание поисковой иглой в органы брюшной полости.
- Кровотечение, тампонада лоханки.
- Септицемия, бактеремический шок.
- Пневмоторакс.
- Потеря пункционного хода.
- Пункция и дренирование кисты, принятой за ретенционно измененную лоханку.

В период с 2008 по 2018 г. нами выполнено 7966 операций, УРС + КЛТ + уретеролитоэкстракция – 2430; ПНС + КЛТ + уретеролитоэкстракция – 2768; ТУР + КЛТ + удаление фрагментов камня – 62; прочие – 1988; ДЛТ – 718.

При анализе зарубежной литературы мы отметили неотраженный момент осложнений в нашей литературе, так называемые осложнения технического порядка. Так, во время наших эндоскопических вмешательств, к примеру: отключалась подача электричества, перегорали предохранители аппарата, происходил «перелом» эндоскопа, «перелом световода», перелом кабеля заземления, внезапное помутнение на мониторе оптического изображения, независимо от повреждения оптической системы.

По этой причине Алексей Владимирович Люлько в 1991 г. в штатное расписание клиники, предложил ввести должность инженера-электронщика-радиолога для блокирования таких видов осложнений и технического обслуживания аппаратуры. И это положение сохраняется поныне.

За время функционирования «модульного комплекса» мы трижды столкнулись с попаданием «поисковой» иглы в брюшную полость при создании пункционного доступа в полость почки, без повреждения органов брюшной полости.

В первом случае мы выполнили люмботомию, ушивание ранения брюшины. Подобное осложнение в нашей практике было еще два раза, но в этих случаях мы из этой ситуации вышли консервативно, дренаж удерживался две недели и рана брюшины и фистула самостоятельно закрылись.

Недавно мы столкнулись с нестандартной ситуацией. К нам в плановом порядке поступил пациент 58 лет. Мочекаменной болезнью страдает в течение 7 лет. В анамнезе дистанционная литотрипсия (ДЛТ) камней левой почки. Контрольное исследование не проводилось и данных об эффективности ДЛТ нет. 22.03.18 г. по поводу острозастойной левой почки выполнена перкутанная пункционная нефростомия. В послеоперационном периоде пассаж мочи восстановился, за сутки по нефростоме отходило 1000 – 1100 мл мочи. Общие анализы крови и мочи были «спокойные». УЗИ – левая почка – паренхима сохранна в лоханке камень 21x9 мм, на фоне нефростомы, эктазии нет. Справа – паренхима почки сохранна, эктазии и конкрементов в почке нет. Тогда же, с целью контроля выполнена СКТ – левая почка – паренхима сохранна, в лоханке конкремент 20x21 мм, плотностью 1040 ед. Хунсвилда, в средней чашке левой почки камень 9x5 мм, на фоне нефростомы, эктазии нет. Нефростома проведена, минуя нижний край почки к верхнему краю почки и через верхнюю чашку в лоханку. Больной обследован, осмотрен анестезиологом, подготовлен к плановому оперативному вмешательству. 11.06.18 г. под эпидуральной анестезией выполнена операция – уретерореноскопия – премещение камня в лоханку. Камень подвергнут контактной литотрипсии. Фрагменты камня удалены. Операция завершена нефростомой с гемостатическим баллоном. То есть операция проходила в штатном режиме. Первые сутки послеоперационного периода протекали гладко, существенных жалоб не отмечалось, нефростома функционировала хорошо, по ней за 12 часов получено 700 мл прозрачной, светло-желтой мочи. Но при бимануальной пальпации в поясничной области слева стала определяться крепетация. 12.06.18 г. при контрольном СКТ – нефростома проходит рядом с нисходящей кишкой, в забрюшинном пространстве и брюшной полости определяется газ, без клинических проявлений «острого живота», крепетация в области нефростомы. Больной консультирован хирургом, принято решение о консервативном ведении, к назначенной терапии добавлен метронедазол. Через 12 суток нефростома заменена на забрюшинный дре-

наж. Отделяемое скудное. По дренажу в рану введена мазь с повидон-йодом. Через сутки дренаж удален. При выписке контрольное УЗИ левой почки отмечается «легкая пиелозктазия», теней подозрительных на конкременты нет. Свищевое отверстие самостоятельно закрылось. При контрольном осмотре через месяц, после выписки, состояние удовлетворительное, жалоб нет. Мочится самостоятельно,

естественным путем. На месте фистулы тонкий белесый рубец. Кишечник функционирует хорошо, перистальтика активная, оправляется регулярно 1 раз в сутки. Кал оформленный, естественного цвета.

Таким образом, плановое и динамическое наблюдение за больным при малоинвазивном вмешательстве позволило избежать «открытого» оперативного вмешательства.

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ МОЧЕТОЧНИКА, А ВОЗМОЖЕН ЛИ ОН? ЭКСТРАВАЗАЦИЯ МОЧИ В УСЛОВИЯХ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

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

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

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

В 2003 г. была опубликована статья профессора А.В. Люлько (и соавт.) о патогенезе экстравазации мочи и пиелоренального рефлюкса в условиях острого и хронического нарушения уродинамики верхних мочевых путей. Термин «экстравазация мочи» (экстра + vas (сосуд) — накопление серозно-геморрагического экссудата или небольшого количества крови около кровеносного сосуда) необходимо пересмотреть. Впервые на проникновение мочи за пределы чашечно-лоханочной системы на экскреторных урограммах при «почечной колике» обратил внимание F. Fuchs (1931). И с этого момента урологи очень часто отмечали при экскреторных исследованиях случаи экстравазации контрастного вещества за пределы полостной системы почки на фоне «почечной колики».

Возникновение такой специальности, как диапневтика, позволяет во многих случаях отказаться от старых оперативных способов лечения в урологической практике. В 1993 г. в монографии под редакцией А.В. Морозова «Диапневтика в урологии (чрескожная инструментальная)» впервые прозвучал тезис, что «жидкостное объемное образование» — обозначение патологического процесса, который характеризуется скоплением жидкого содержимого (гноя, крови, мочи, лимфы) в ограниченном пространстве, образовавшемся интра- или параренально. Являясь общепринятой характеристикой таких поражений, как киста, абсцесс, гематома, пионефроз и

пр., термин «жидкостное объемное образование» одновременно подразумевает, что по отношению к этим видам поражения может быть применено «катетерное» лечение — пункция, эвакуация содержимого, дренирование патологической полости, введение (при необходимости) антисептического или склерозирующего препарата.

Последние пять лет нами были выявлены множественные случаи, когда при «почечной колике» выполнялась литокинетическая терапия, на изгнание мочевого конкремента небольших размеров (от 3 мм до 5 мм) из мочеточника. Так называемое состояние, когда наши коллеги трактуют, как: «Камень мочеточника, с тенденцией к самоотхождению». В международной классификации такого диагноза нет. При этом клинически болевой синдром легко купируется, сохраняется нормотермия, общий анализ крови остается «спокойным», т. е., никаких признаков катастрофического процесса в течение 5–6 суток наблюдения.

Но нашими работами было показано, что в борьбу с «почечной коликой» включаются такие системы как ренин-ангиотензинная система, для усиления кровотока в микроциркуляторном русле почки и усиление диуретического эффекта. Но «обменное звено» микроциркуляторного русла не переносит внутрисосудистого повышения давления. Капиллярная сеть разрушается, и в микроциркуляторное русло идет мощный выброс калликрейна (депрессорный фак-

тор). Межклеточные промежутки расширяются, плазма крови выходит за пределы сосудов и становится источником интерстициального отека, что в скором времени становится «экстравазатом». Такой «экстравазат» современными сонологами трактуется, как мочево́й затек.

Но при контрольной экскреторной пиелографии или при выполнении спиральной компьютерной томографии с болюсным введением контрастного вещества определялось объемное жидкостное образование в забрюшинном пространстве, особенно в область почечного синуса или переуретерально. Мы были свидетелями, когда однозначно устанавливался диагноз: «спонтанный разрыв мочеточника или лоханки, мочево́й затек». Традиционное решение вопроса, это «открытое оперативное вмешательство — люмботомия на стороне поражения», давало провальный результат. Так, перфорационное отверстие или место разрыва, при явном «мочево́м затеке», обнаружить не удавалось. Таких случаев мы наблюдали 4 и такой мочево́й затек мы стали называть «экстравазат». Во всех 4 случаях больным выполнялось «традиционное» оперативное вмешательство, которое завершалось уретеролитотомией, нефростомией и дренированием забрюшинного пространства. Послеоперационный койко-день традиционно составлял в среднем 12–16. Диспансерное наблюдение за подобной группой больных показало, что в результате проведенного лечения возникали изменения в забрюшинной клетчатке, в виде перинефрита, периуретерита, как результат рассечения тканей. В последующем это проявлялось и клинически: «панцирный» перинефрит, стриктура мочеточника.

Для решения подобной проблемы мы перестали прибегать в этой ситуации к люмботомии. В этом случае мы стали выполнять пункционную нефростомию полостной системы почки и дополнительно устанавливать второй дре-

наж pig tail в полость «экстравазата». После нормализации состояния пациента, а это в среднем 21 сутки амбулаторного лечения, мы выполняем контактную литотрипсию камня мочеточника и экстракцию его осколков (при необходимости — стентирование, сроком до 1 месяца). Таких случаев за последние три года у нас было 19, осложнений в этой ситуации мы пока не наблюдали, все пациенты взяты на диспансерное наблюдение.

Выводы

1. Проведение литокинетической терапии должно выполняться при тщательном наблюдении за пациентом — ежедневный ультразвуковой контроль, с использованием доплеровского датчика, который позволяет определять нарушение кровотока в самой почке.

2. С помощью доплеровского датчика можно отслеживать пассаж мочи на стороне почечной колики и тем самым оценивать эффективность литокинетической терапии.

3. При отсутствии самоотхождения камня мочеточника в течение 4–5 суток, становится целесообразным выполнение уретерореноскопии, литоэкстракции или перкутанной нефростомии в качестве паллиативного вмешательства.

4. Тщательная термометрия, общий анализ крови, при показателях СКТ с болюсным введением контрастного вещества показаны оперативные методы оказания помощи.

5. Порой субъективное «хорошее» состояние пациента при экстравазации мочи в паранефральную и парауретеральную клетчатку, халатное наблюдение за пациентом, может завершиться острым гнойным процессом.

6. С нашей точки зрения, пациенты с острозастойными процессами в почке подлежат почасовому наблюдению, т.к. вопрос дальнейшей тактики может радикально измениться в любую минуту.

НАШИ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРОЙ УРЕТРЫ

В.П. Стусь¹, А.Л. Суварян^{1, 2}

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

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

Введение. Результаты лечения стриктур уретры зависят от адекватной предоперационной оценки и планирования оперативного вмешательства. Адекватная предоперационная оценка

и планирование оперативного вмешательства, более широкое внедрение современных методик пластики уретры, использование не этапного, а патогенетически обоснованного подхода к вы-

бору оптимального метода лечения позволяет в значительной степени повысить эффективность лечения стриктуры уретры.

Материалы и методы исследования. С 2008 по 2018 г. в клинике урологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины» на базе КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова» пролечено 161 больного со стриктурой мочеиспускательного канала, в возрасте от 18 до 88 лет (в среднем 49,72 лет), протяженность стриктуры от 2 до 145 мм (в среднем 39,42 мм). По локализации стриктуры были распределены следующим образом: в висячем отделе – у 39 (24,22%), в бульбозном – у 74 (45,96%), в мембранозном – у 48 (29,81%) пациентов. По этиологии: поствоспалительная 48 (29,79%), посттравматическая 75 (46,8%), lichen sclerosus 9 (5,59%), гипоспадия 8 (4,97%), эписпадия 1 (0,62%). Внутриоптическая уретротомия (ВОУ) произведена 39 (24,22%) пациентам при стриктурах различных отделов уретры (у 18 операция выполнена однократно, у 15 – двукратно, у 6 – 3 и более раз); анастоматическая пластика уретры – 47; заместительная уретропластика с использованием слизистой щеки (ЗУПСЩ) – 38 (23,6%); заместительная уретропластика с использованием влагалищной оболочки яичка (ЗУПВОЯ) – 2 (1,24%); заместительная уретропластика с использованием васкуляризованного кожного лоскута полового члена – 18 (11,18%); меатотомия – 8 (4,97%) пациентам; отказались от оперативного вмешательства по различным причинам – 10 (6,21%) пациентов.

На предоперационном этапе проводили стандартное обследование, которое включало изучение жалоб, анамнеза и физикального обследования больных, в том числе использование Международной системы суммарной оценки симптомов заболевания нижних мочевых путей (IPSS), лабораторные исследования, ультразвуковые исследования (УЗИ) органов мочевыделительной системы, уретрографию, уретроскопию.

ВОУ выполняли по общепринятой методике с использованием уретростомов с холодным ножом по Sachse. Стриктура уретры, после проведения дистальнее нее мочеточникового катетера, рессекалась на 12 ч до достижения максимального допустимого просвета уретры или появления интактной ткани спонгиозного тела. ВОУ выполнялась во всех отделах уретры по длине стриктуры от 2 до 27 мм.

Показанием к анастоматической пластике уретры являлись сужения бульбозного, бульбомембранозного отдела уретры до 30 мм. Замес-

тельную уретропластику с использованием буккальной слизистой или кожи полового члена применяли при рецидивных или длинных стриктурах бульбозного, бульбомембранозного (> 30 мм) и пенального (> 5 мм) отделов уретры. Забор трансплантата слизистой щеки проводился по методике Varbagli.

Послеоперационный мониторинг пациентов включал выполнение следующих видов обследования: уретрографии – сразу после удаления уретрального катетера (при открытых вмешательствах) и через 3, 6 и 12 мес. после операции; уретроцистоскопии – по показаниям при ухудшении качества мочеиспускания; исследования показателя IPSS и индекса QoL через 3, 6 и 12 мес. после операции; оценки половой функции с помощью анкеты ПЕФ через 3, 6 и 12 мес. после операции. После первого года наблюдений пациенты обследовались только после появления жалоб.

Критерием развития рецидива стриктуры уретры считали возобновление симптомов obstructивного мочеиспускания; наличие уретрографических или уретроскопических данных за сужение просвета мочеиспускательного канала до 10 и менее по Шарьеру, необходимость бужирования или повторных операций для восстановления нормального мочеиспускания.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ Statistica v.17.0 производства компании StatSoft.

Результаты и их обсуждение. Сроки наблюдения пациентов после оперативного лечения варьировали от 3 до 42 мес. Рецидив стриктуры уретры после ВОУ первые 12 мес. возник у 23 (58,9%) из 39 пациентов. У 14 пациентов с протяженностью стриктуры до 5 мм после операции рецидив стриктуры до 12 мес. возник у 3 (21,4%) пациентов, у 19 пациентов с протяженностью 5–15 мм – у 14 (73,68%) пациентов, у 6 пациентов с протяженностью 15 мм и более – у 6 (100%) пациентов. Среди осложнений после ВОУ: перфорация уретры у 3 (7,69%) пациентов, из них у одного на фоне консервативной терапии отек и гематома мошонки, удалось разрешить, у второго – осложнился парауретральным абсцессом, который был вскрыт через 3 мес. после операции, и через 6 мес. проведена анастоматическая пластика уретры с выздоровлением; выраженная уретроррагия у 2 (7,8%) пациентов, которую удалось разрешить консервативно; ложный ход у 1 (3,22%) пациента; уретральная лихорадка у 5 (12,82%) пациентов, отеки, гематомы мошонки и полового члена у 3 (7,69%). Всего осложнений было у 15 (38,46%) больных.

Анастоматическая пластика проведена 47 пациентам: в бульбозном отделе – у 26 (55,32%), в бульбо-мембранозном отделе – у 12 (25,53%), в мембранозном отделе – у 9 (19,15%). Протяженность стриктуры была от 8 до 37 мм. Осложнение в виде гнойного уретрита было у 1 (3,44%) пациента, что привело к рецидиву стриктуры уретры. Рецидив стриктуры возник у 3 пациентов (6,38%). Через 4 месяца первому больному проведена заместительная уретропластика слизистой щеки – выписан с выздоровлением; второму – ВОУ с восстановлением самостоятельного мочеиспускания, но периодически проводится бужирование; третьему – планируется повторная операция.

Заместительная уретропластика с использованием слизистой щеки произведена 38 пациентам: в висячем отделе – у 12 (31,57%), в бульбозном отделе – у 22 (57,89%), в бульбо-мембранозном отделе – у 4 (10,53%). Протяженность стриктуры варьировала от 38 до 145 мм. Осложнения: гнойный уретрит и нагноение раны у 1 (2,63%) пациента. Рецидив возник у 2 (5,26%) пациентов. Одному больному через 4 мес. проведена анастоматическая пластика уретры – выписан с выздоровлением. Второму больному проведена повторная заместительная уретропластика слизистой щеки – выписанный с выздоровлением. У 3 больных (7,89%) после вентральной «onlay» уретропластики, после удаления уретрального катетера отмечалась несостоятельность швов. У этих больных в последующем отмечено языковидное расширение и деформация уретры с сохранением удовлетворительно мочеиспускания. У 2 больных (5,26%) отмечен дриблинг мочи.

Заместительная уретропластика с использованием кожи полового члена произведена 18 пациентам. Локализация – висячий отдел. Протяженность стриктуры от 15 до 65 мм. Ос-

ложнений нет. У всех больных восстановлено адекватное самостоятельное мочеиспускание. У 1 больного через 3,5 года возник рецидив. Проведена повторная пластика уретры кожей полового члена – выписан с выздоровлением.

Заместительная уретропластика с использованием влагиалищной оболочки яичка произведена 2 пациентам. Локализация – бульбозный отдел. Протяженность стриктуры от 22 до 43 мм. У обоих больных возник рецидив стриктуры (у первого больного через 1 мес., у второго – через 3 мес.). У этих больных произошла частичная адаптация трансплантата влагиалищной оболочки яичка и уменьшение протяженности стриктуры, что дало возможность через 4 мес. провести анастоматическую пластику уретры. Осложнений нет.

Выводы

1. ВОУ сопровождается значительными осложнениями (38,46%) и высокой частотой рецидива (58,9%). Необходимо резко сузить показания к ВОУ. Применять только при сужениях протяженностью до 5 мм. ВОУ необходимо считать паллиативной операцией, приводящей только к временному улучшению состояния пациентов, не подходящих для открытой реконструктивной операции, или до момента, пока не станет возможным планирование и осуществление полноценной уретропластики.

2. Открытые операции дают хорошие ранние и поздние послеоперационные результаты. При этом значительно ниже послеоперационные осложнения (1,24%) и рецидивы (4,97%). В 99,4% случаев восстановлено самостоятельное мочеиспускание (у 3,73% после повторных операций).

3. Заместительная уретропластика с применением трансплантата влагиалищной оболочки яичка дает неудовлетворительный результат и не рекомендуется для лечения стриктур уретры.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕЙРОНИ

В.П. Стусь¹, А.Л. Суварян^{1, 2}

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

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

Болезнь Пейрони (БП) или фибропластическая индурация полового члена – заболевание, характеризующееся фиброзным поражением белочной оболочки кавернозных тел, при-

водящее к искривлению полового члена, развитию эректильной дисфункции и нарушению копулятивной функции. Учитывая, что БП страдают мужчины относительно молодого возраста,

заболевание часто приводит к снижению качества жизни, психологическим и психическим нарушениям у пациента, психо-сексуальным нарушениям в семье и распаду семьи.

Распространенность заболевания составляет, по данным разных авторов, от 0,3% до 13,9% (D.V. Dibenedetti и соавт., 2011). В разных странах эти показатели разные. В Украине распространенность БП составляет около 1% от количества мужчин сексуально активного возраста (А.В. Люлько и соавт., 1983, И.И. Горпинченко и соавт., 2004). В России, по данным П.А. Щеплева и соавт., в 1986 г. распространенность БП составляет 3–8% по обращаемости и до 25% по данным аутопсий. Так, в США распространенность составляет от 0,4% до 3,2%, в – Японии 0,6%. Высокие показатели в Италии (7,1%). В Германии у 2,7% из 4,432 опрошенных имели плотные бляшки в области полового члена и искривление полового члена, распространенность БП увеличивалась с возрастом: только 1,5% мужчин в возрасте 30–39 лет, по сравнению с 6,5% мужчин старше 70 лет (S.S. Gholami и соавт., 2003; D.V. Dibenedetti и соавт., 2011; K. Shiraishi и соавт., 2012; La Pera G. и соавт., 2015 и др.). Наибольшая распространенность заболевания приходится на возраст 55–60 лет. J.P. Mulhall и соавт. (2006) сообщили, что у 10% пациентов, включенных в их исследование, заболевание проявилось в возрасте до 40 лет. Последние годы все чаще с данной проблемой обращаются молодые люди в возрасте 19–22 лет (B.E. Мазо, 1985; M.K. Gelbard, 1995; M.B. Lindsay, 1991). Распространенность нозологии, по данным M.B. Lindsay (1991), составляет 0,4%, а с учетом субклинических и бессимптомных случаев заболевания – до 1%. J.P. Mulhall и соавт. (2006) у 534 мужчин при исследовании по поводу рака простаты, 6% пациентов сообщили об искривлении полового члена и у 8,9% выявлены бляшки в области полового члена при осмотре. U. Schwarzer и др. (2001), при опросе 4432 мужчин выявил, что 3,2% обнаружили у себя бляшки. Распространенность по возрастным группам 30–39, 40–49, 50–59 и 60–69 лет составила 1,5%, 3%, 3% и 4% соответственно. Максимальная распространенность (6,5%) была у мужчин старше 70 лет. Скорее всего, эти показатели занижены в связи с тем, что не все пациенты достаточно внимательны к своему здоровью или не обращаются из-за стеснения.

Факторами риска при БП являются возраст, сахарный диабет, курение, кавказское происхождение и генетическая предрасположенность. По данным многочисленных исследований, воз-

раст 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 Дююитрена. 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 (M.D. Vjekic и соавт., 2006; H.M. Nugteren и соавт., 2011).

Наиболее вероятная причина болезни Пейрони – это микротравмы с образованием микрогематом с отложением фибрина, что является пусковым механизмом воспаления (T.F. Lue, 2002). Воспалительно-аллергическое поражение соединительной ткани с пролиферацией фибробластов и активизацией клеточного медиатора воспаления, сопровождающееся избыточным образованием коллагена с последующим формированием плотных кальцифицированных бляшек, является причиной развития БП. Существует ряд гипотез, объясняющих недостаточный фибринолиз в тканях полового члена: функциональная недостаточность кровоснабжения белочной оболочки, генетически детерминированное усиление фибриногенеза, частые повторные микротравмы (K.D. Somers, 1997).

F. Iacono и соавт. (1993) предложили разделять течение фибропластической индурации на 3 периода по длительности процесса: до 6 месяцев – латентная стадия, от 7 до 12 месяцев – острая стадия и свыше 12 месяцев от начала заболевания – хроническая стадия или стадия стабилизации. Принято считать, что в течение первых 12 месяцев происходит стабилизация патологического процесса. Для этого периода характерно спонтанное исчезновение боли.

Диагноз БП ставится на основании жалоб, анамнеза, осмотра больного. Из дополнительных методов исследования применяется ультразвуковое исследование с доплерографией (УЗИ ДГ) полового члена. Применение других дополнительных методов клинически и финансово не целесообразно. В диагностике БП не применяются опросники (Рекомендации ЕАУ, 2018).

В лечении БП применяются консервативные и оперативные методы. В настоящее время консервативные методы лечения недостаточно эффективны или имеют ограниченное применение. Многие вопросы консервативной терапии БП до конца не решены. Несмотря на низкую эффективность консервативной терапии, большинство авторов придерживаются мнения, что

проводить ее следует. Цель консервативной терапии при болезни Пейрони – это стабилизация заболевания, купирование боли, улучшение и сохранение эректильной функции.

Основной метод лечения болезни Пейрони – оперативный. Оперативное лечение проводится в стадии стабилизации. Цель оперативного лечения – восстановление копулятивной функции пациента. Если вызванное искривление полового члена меньше 30° и не нарушает копулятивную функцию при отсутствии эректильной дисфункции – оперативное лечение не показано. Если нарушение копулятивной функции обусловлено искривлением полового члена с сохранной эрекцией, применяются пликационные операции или иссечение фибропластической бляшки с корпоропластикой. При эректильной дисфункции проводится эндофаллопротезирование с корпоропластикой 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) (Рекомендации ЕАУ, 2018).

При выраженных эректильных расстройствах применяется эндофаллопротезирование. Показанием к эндофаллопротезированию также можно считать небольшие размеры полового члена с умеренной эректильной дисфункцией; при неудачных результатах предыдущих операций – графтинг и инцизия; возраст старше 60 лет (П.А. Щеплев, 2002).

Материалы и методы исследования. С 2006 по 2017 г. в клинике урологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины» на базе КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И Мечникова» пролечены 108 пациентов с болезнью Пейрони в возрасте от 23 до 78 лет (в среднем $43,16 \pm 28,46$). Из них 47 пациентам (43,52%) выполнялось консервативное лечение, 61 пациенту (56,48%) – оперативное. Больным проводили стандартное обследование, включающее изучение жалоб, анамнеза и физикального обследования больных с измерением угла искривления полового члена, анкетирование по шкале МИЭФ-5, УЗИ ДГ сосудов полового члена. Искривление полового члена зафиксировано у 82 пациентов (75,9%). Средний угол искривления составил 71 ± 46 ($10-95^\circ$). У 64 (72,3%) больных имело место дор-

зальное искривление, у 9 (9,6%) – вентральное, у 18 (18,1%) – боковое. В 15 (14,9%) случаях имело место сужение по типу «песочных часов». Размеры бляшки варьировали от 0,5 до 5,6 см. Боли были у 76 пациентов (70,37%). У 45 (41,67%) пациентов имела место эректильная дисфункция разной степени выраженности (анкеты МИЭФ – $17,4 \pm 8,5$ балла).

Консервативная терапия проводилась всем больным в острой фазе с болевым синдромом, при угле искривления полового члена менее 30° , при отсутствии выраженной эректильной дисфункции, при отказе от хирургического лечения. В консервативной терапии применялись: НПВС, антиоксиданты, ингибиторы ФДЭ-5, блокаторы кальциевых каналов, протеолитики, ферментные препараты, иммуномодуляторы, венотоники, препараты, улучшающие микроциркуляцию, физиотерапия (электрофорез, ультразвук, магнитотерапия, лазеротерапия), ЛОД-терапия.

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° , длины полового члена менее 12 см и сохранения эректильной функции применяли корпоропластику.

Результаты. После консервативной терапии болевой синдром купирован у всех 47 (100%) больных, достигнута стабилизация искривления у 43 (91,49%) больных, уменьшение угла искривления (до 15°) у 11 больных (23,4%), сокращение объема бляшки у 12 больных (25,53%), улучшение эректильной функции у 35 больных (92,1%) (МИЭФ до лечения $18,4 \pm 1,5$ балла, после лечения $23,6 \pm 1,2$ балла). Рассасывание бляшки не отмечено ни у кого. Из 61 больного: пликационные операции применяли 8 пациентам (13,11%): операция Несбит-Щеплев 2 пациентам (3,28%), операция Essed-Schroder 6 пациентам (9,84%); 21 больному (34,43%); с сохранной эректильной функцией была выполнена заместительная корпоропластика с использованием участка широкой фасции бедра (ЗКПШФБ), 25 больным (40,98%) – влагалищной оболочкой яичка (ЗКПВОЯ). 7 пациентам (11,47%) с выраженной эректильной дисфункцией выполнено эндофаллопротезирование. Среднее время операции составило: при укорачивающих операциях – $60-115$ (72 ± 28) мин., в группе ЗКПШФБ – 112 ± 23 ($80-140$) мин., в группе ЗКПВОЯ – 105 ± 15 ($80-110$) мин., в группе эндофаллопротезирование 40 ± 15 ($30-50$) мин.; среднее время забора

участка широкой фасции бедра составило $25,2 \pm 6,1$ (20–40) мин., влагалищной оболочки яичка – $15,2 \pm 4,2$ (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).

У больных после пликационных операций достигнуто выпрямление полового члена, без значительной потери длины полового члена. У всех больных, перенесших заместительную корпоропластику участком широкой фасции бедра, достигнуто корригирование деформации полового члена без укорочения размеров полового члена и восстановление копулятивной функции. Только у 5 пациентов (3 (14,3%) в группе ЗКПШФБ, 2 (11,2%) – в группе ЗКПВОЯ) сохранилось остаточное искривление полового члена (менее 10°), не мешавшее проведению полового акта. В раннем послеоперационном периоде у 15 пациентов (8 (13,11%) в группе ЗКПШФБ, 7 (12,2%) – в группе ЗКПВОЯ) отмечено снижение чувствительности головки полового члена, у 12 (19,67%) (5 (19,04%) в группе ЗКПШФБ, 7 (16,7%) – в группе ЗКПВОЯ) в течение 3 мес. чувствительность восстановилась полностью, у 2 (3,28%) – сохранились жалобы. Подкожные гематомы полового члена, не требующие дополнительных хирургических вмешательств отмечены у 19 (31,15%) пациентов: (11 (18,03%) в группе ЗКПШФБ, 8 (13,11%) – в группе ЗКПВОЯ). Ухудшение эрекции отметили 5 пациентов (8,2%): (2 (3,28%) в группе ЗКПШФБ, 3 (4,92%) – в группе ЗКПВОЯ), что было корригировано дополнительной консервативной терапией. У 1

(2,1%) пациента в группе ЗКПВОЯ в связи с рецидивом заболевания и ухудшения эрекции, через год выполнено эндофаллопротезирование. У 1 пациента (1,64%) в группе ЗКПВОЯ отмечена деформация крайней плоти. Этому больному через 2 месяца проведено циркумцизио. Ретракция трансплантата отмечена у 3 (6,52%) пациентов: (2 (9,52%) в группе ЗКПШФБ, 1 (4%) – в группе ЗКПВОЯ). Однако у этих больных (у 2 в группе ЗКПШФБ) остаточное искривление составило менее 30° , что не мешало жить половой жизнью. После эндофаллопротезирования восстановлена копулятивная функция в 100% случаев. 2 больным интраоперационно для установки эндофаллопротезов произведено продольное рассечение бляшки без корпоропластики. Послеоперационный период у этих больных протекал без осложнений.

Выводы

1. Эффективность консервативной терапии при БП остается низкой. Но она необходима в целях стабилизации воспалительного процесса, купирования боли, улучшения и сохранения эректильной функции.

2. Оперативное лечение является высокоэффективным методом и в 100% случаев восстанавливается копулятивная функция пациента.

3. Пликационные операции при несложных искривлениях полового члена – это оптимальный метод лечения больных с БП.

4. 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 дают возможность замещения дефектов больших размеров без значительных функциональных и анатомических нарушений у пациента.

5. Корпоропластики не приводят к существенному ухудшению эрекции.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА УВЕЛИЧЕНИЕ ОРГАНОВ МОШОНКИ И ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ПОДРОСТКОВ С ВТОРИЧНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Е.А. Квятковский³, Н.Ю. Полион¹,
В.В. Коштура⁴, В.Н. Корягин⁵, Е.П. Украинаец⁶, В.Н. Краснов⁶*

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «Днепровская ГБ № 12»

³ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

⁴ КУ «Днепропетровская 6 ГКБ»

⁵ КУ «Днепровская ГП № 4»

⁶ КУ «Днепропетровская ОКБ им. И.И. Мечникова»

Диагностика гипогонадизма при выраженной симптоматике заболевания не представляет трудностей, особенно на поздних этапах полового созревания или в постпубертате. Гипогонадизм у взрослых, приводящий к прекращению или снижению половой функции, бесплодию, различного рода соматических и нервно-психических заболеваний, нередко начинается на самых ранних этапах онтогенеза.

Препубертатные формы вторичного гипогонадизма (врожденные или приобретенные) характеризуются выраженным недоразвитием половых органов и вторичных половых признаков. Однако при этом определенные трудности представляет дифференциальная диагностика первичных и вторичных форм тестикулярной недостаточности. Это необходимо для решения основного вопроса, а именно тактики лечения данного контингента пациентов. Для этой цели в настоящее время кроме анамнеза и оценки физических параметров полового развития, проводится определение содержания в сыворотке крови половых и гонадотропных гормонов: тестостерона (Т), эстрадиола (Э2), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина (ПРЛ). Одним из самых важных тестов диагностики гипогонадизма является исследование у пациентов уровней гонадотропинов в крови. По их уровню можно судить о генезе заболевания. Для установления степени андрогенной недостаточности необходимо определение содержания в крови общего и свободного Т.

При выявлении первичного гипогонадизма отмечается повышение уровня ФСГ и ЛГ в крови. При вторичном гипогонадизме и задержке полового развития уровни ФСГ и ЛГ снижены, а иногда находятся в пределах нормы.

Следует отметить, что в настоящее время отсутствуют четкие возрастные нормативы половых и гонадотропных гормонов у мальчиков и подростков. Поэтому приходится ориентироваться на нормы, установленные для взрослых мужчин.

Вторичному препубертатному гипогонадизму свойственно геноидно-евнухоидное телосложение с уменьшением размеров кистей, стоп, нижней части лица, с выраженной феминизацией, гипотрофией полового члена, мошонки, наличием фимоза. Яички имеют дрябловатую консистенцию, уменьшены в объеме. У больных гипогонадизмом пубертатного возраста окружность яичек не превышает 5 см (норма – 9–13 см).

С целью выявления гипогонадного гипогонадизма (ГГ) и других андрологических заболеваний у мальчиков, подростков и юношей мы проводим андрологические осмотры мальчиков от рождения и до окончания средней школы или средних специальных учебных заведений, при прохождении медосмотров, при оформлении на работу в районе обслуживания нашего КУ «Днепровской городской больницы № 12» ДГС».

При выявлении нарушения полового развития – динамическое наблюдение за этими мальчиками до 11–13 лет с устранением урологической патологии органов мошонки, полового члена и паховых областей. У пациентов в 13–14-летнем возрасте в зависимости от степени андрогенной недостаточности выполняется комплексное лабораторное обследование и иммуноферментное исследование гормонов гипофиза, щитовидной железы, надпочечников и половых гормонов.

В последние годы в связи с реформированием системы здравоохранения отмечены существенные затруднения в диагностике данной

патологии. Это во многом связано с малой осведомленностью семейных врачей с проблемой гипогонадных состояний у мальчиков и подростков и нарушением налаженной системы ежегодных медицинских школьных осмотров.

Лечение препубертатных форм вторичного ГГ начинаем с 14 лет. Применяем андрогеностимулирующую терапию для инициации развития и поддержания вторичных половых признаков. Однако терапия препаратами тестостерона не приводит к увеличению размеров яичек и восстановлению фертильности. Альтернативный метод лечения ГГ предусматривает назначение стимулирующей гормональной терапии препаратами гонадотропных гормонов.

С 14-летнего возраста при явлениях вторичного гипогонадизма проводим комплексную медикаментозную терапию препаратами хорионического гонадотропина (ХГ) в 3–4 цикла по 12 недель каждый.

Целью терапии ГГ является формирование вторичных половых признаков, половых органов, мужского строения тела, а в дальнейшем, по показаниям, назначение поддерживающей гормональной терапии андрогенами для обеспечения должной половой функции и сексуального поведения у подростков и молодых мужчин.

С 1985 года мы занимаемся лечением вторичного ГГ подростков и молодых мужчин. В своей практике мы применяли препараты ХГ Профази (фирма Serono), Прегнил (фирма Organon), ХГ (Россия). Последние 12 лет применяем препараты Хорагон и Менопур (Ferring).

В результате лечения Хорагоном и Менопуром у большинства подростков наблюдается увеличение яичек, мошонки и полового члена, развитие вторичных половых признаков, увеличение концентрации тестостерона в крови.

Согласно исследованиям ряда авторов и нашими данными монотерапия Хорагоном у пациентов с ГГ приводит к нормализации параметров спермограммы у 16,7–20% пациентов, которые начинали лечение в возрасте 14–15 лет. При этом уровни гонадотропинов в их крови достоверно повышались, наблюдалось существенное увеличение размеров яичек.

В то же время необходимо помнить, что применение Хорагона у больных с вторичным ГГ нормализует уровень тестостерона в крови большинства пациентов, но далеко не у всех иницирует сперматогенез.

Вводим Хорагон по 1500 МЕд 3 раза в неделю в течение 3 месяцев с перерывом 1 месяц. Лечение длится в течение 1–2 лет.

С целью усиления действия гонадотропинов в комплекс лечения включаем АТФ, Ретаболил, глютаминовую кислоту, Гепадиф, Метандростенолон, Тиосульфат Натрия, Аевит.

В перерывах между курсами стимулирующей терапии ХГ, уровень тестостерона может снижаться. В этот период необходимо назначать препараты тестостерона.

Препубертатные гипогонадные состояния с выраженной недостаточностью полового развития нуждаются в применении на первых этапах лечения ударных доз андрогенов. Они должны обеспечить соответствующее развитие половых органов и вторичных признаков мужского пола. При этом используем пролонгированные препараты тестостерона (Сустанон-250, Омнадрен-250, Тестостерон энантат). Рекомендуются начинать лечение у подростков при достижении костного возраста – 13–15 лет. Препараты вводим внутримышечно с интервалом 3–4 недели. В дальнейшем переходим на поддерживающий курс андрогенотерапии. В качестве поддерживающей терапии также назначаем таблетированные формы андрогенов (Андриол, Провирон).

С 2007 года пациентам с 15-летнего возраста назначаем Небидо по 1000 мг 1 раз в 3 месяца. Применяем комбинацию Небидо и Провирона.

С целью улучшения сперматогенеза и поддержания концентрации тестостерона на должном уровне последние годы этим пациентам в комплекс лечения включаем Трибекс (Базкид Фарм Групп, Украина). Терапия экстрактом Tribulus terrestris (Трибекс) при олигозооспермии улучшает подвижность, количество сперматозоидов, улучшает их морфологию, увеличивает уровень тестостерона крови и ЛГ при уменьшении ФСГ.

В комплексном лечении вторичного гипогонадизма у подростков важную роль играет гормоноредуцированная терапия:

- регулярное и полноценное питание;
- продукты пчеловодства;
- адаптогены растительного и животного происхождения;
- витамины и витаминные комплексы;
- вещества, влияющие на микроциркуляцию и сосудистый тонус половых органов;
- метаболиты и ферменты, регулирующие обмен веществ;
- системная энзимотерапия.

Гипогонадотропный гипогонадизм нуждается в своевременной диагностике и комплексном лечении. Самым благоприятным периодом для лечения является поздний препубертатный

и ранний пубертатный периоды. Наши наблюдения показывают, что эффективность терапии ХГ

существенно снижается, если начинать проводить лечение пациентов в 17–18-летнем возрасте.

К ВОПРОСУ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИМОЗОВ У МАЛЬЧИКОВ

*И.М. Русинко¹, Н.М. Русинко¹, Е.П. Украинаец², Е.А. Квятковский³,
В.В. Коштура⁴, В.Н. Корягин⁵, В.Н. Краснов²*

¹ КУ «Днепропетровская ГБ №12»

² КУ «Днепропетровская ОКБ им. И.И. Мечникова»

³ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

⁴ КУ «Днепропетровская 6 ГКБ»

⁵ КУ «Днепропетровская ГП №4»

Частым пороком развития полового члена является фимоз — сужение крайней плоти, препятствующее освобождению головки полового члена из препуциального мешка. Это состояние часто наблюдается у новорожденных мальчиков. При фимозе внутри препуциального мешка скапливается беловатое сальное вещество (смегма), продуцируемое железами, расположенными на головке полового члена. Смегма может сгущаться, инкрустироваться солями, а при присоединении инфекции — разлагаться, вызывая воспаление головки и крайней плоти полового члена (баланопостит), что в дальнейшем может привести к развитию рака полового члена. Выраженный фимоз может вызывать затруднения мочеиспускания у детей, задержку мочи и даже стать причиной уретерогидронефроза. Эти дети становятся капризными, у них появляется зуд в области крайней плоти, болезненные мочеиспускания, ночное недержание мочи. Очень часто при врожденной узости крайней плоти внутренний листок ее срастается с головкой полового члена. Частые воспаления, трещины крайней плоти способствуют развитию в ней рубцового процесса. В таких случаях говорят о рубцовом фимозе. Распознавание врожденного фимоза не представляет трудностей. Для установления правильного диагноза достаточно осмотра крайней плоти и попытки обнажить головку полового члена. К сожалению, мы располагаем наблюдениями, когда при фимозе была ложная пиурия, по поводу которой дети длительно и безуспешно лечились. При отсутствии атрофии и склероза крайней плоти показан терапевтический подход, особенно, если принять во внимание физиологические стадии головки члена (А.В. Бухмин, И.М. Антонян, Н.Б. Полякова). Доказано, что крайняя плоть является эрогенной зоной, связанной с осяза-

тельными центрами головного мозга, и играет важную роль в механическом возбуждении полового члена. Скудность чувствительности головки хорошо дополняется высокой чувствительностью эрогенной ткани крайней плоти. Обрезание неизбежно приводит к потере чувствительности полового члена, что приводит к снижению живого отклика на половое возбуждение. Постоянное раздражение неприкрытой головки вызывает кератинизацию эпителия. В связи с этим обрезание является наименее желательным выбором при лечении фимоза, особенно в детском возрасте.

Как свидетельствует статистика, в возрасте до 1 года головка полового члена открывается не более чем у 10–20% мальчиков. Некоторые авторы считают фимоз в возрасте до года физиологическим. При недосмотре физиологический фимоз трансформируется в патологический. В первый год жизни крайнюю плоть нужно бережно и правильно растягивать, лучше после принятия ребенком ванны, когда кожа становится мягкой и эластичной.

С сожалением констатируем, что в последние годы резко увеличилось количество фимозов у мальчиков. Видимо, это связано с неблагоприятной экологической ситуацией, а также повальным использованием одноразовых подгузников.

Физиологический детский фимоз всегда врожденный. Кожа крайней плоти новорожденных скреплена с головкой особыми спайками, не позволяющими головке высвободиться. Это защитный механизм, оберегающий внутреннее препуциальное пространство от проникновения болезнетворных бактерий и последующего воспаления (баланопостита). Патологический фимоз — следствие врожденного или приобретенного

(вторичного) фимоза. Независимо от этого, он бывает: рубцовый (атрофический) — на крайней плоти образуется множество рубцов; гипертрофический — наблюдается избыток кожи, мешающий открыть головку. Рубцовый (атрофический) фимоз характеризуется истончением крайней плоти, уменьшением эластичности кожи и появлением рубцов (белесого окраса). Возникает из-за травм (попыток оголить головку) или инфекционных воспалений. Во втором случае появляется отек крайней плоти. Кожа надрывается, и на месте ранок постепенно возникают рубцы. Данный вид проблемы лечится без операции только при условии отсутствия осложнений. Гипертрофический фимоз — покрытие головки полового члена избыточным количеством кожи, сужающимся на конце. Часто наблюдается у детей с лишним весом. Жировая клетчатка скапливается в области живота и лобка, удлиняя крайнюю плоть. В препуциальную область попадают микробы, которые размножаются в смазке и приводят к воспалению.

Мы являемся приверженцами консервативного устранения фимоза. В районе обслуживания КУ «Д ГБ №12» ДГС проводится тщательный осмотр мальчиков от рождения и до 18 лет с целью выявления андрологических заболеваний. Мы проанализировали 755 случаев фимоза у мальчиков с рождения и до 10-летнего возраста. В 730 (96,7%) случаях нам удалось консервативными мероприятиями устранить фимоз. В

25 случаях с явлениями рубцового фимоза и короткой уздечки выполнено круговое иссечение крайней плоти и френулопластика. Устранение сращений между внутренним листком крайней плоти и головкой полового члена производили под местной анестезией Инстиллагелем, Катеджелем и Эмлой. Эффект анестезии наступал с экспозицией 20–25 минут. Манипуляции производились в операционной поликлиники при помощи сосудистых зажимов и желобоватого зонда. В дальнейшем 7–10 дней мальчикам выполняли ванночки полового члена с настоем череды и коры дуба после каждого мочеиспускания при температуре раствора 38 °. В течение нескольких дней явления баланопостита исчезали. Крайняя плоть становилась эластичной, нежной, легко растяжимой.

При сочетании фимоза и короткой уздечки после психотерапевтической подготовки мальчикам в 7–8 лет под местной анестезией 2%-ным раствором лидокаина выполнялась френулотомия с френулопластикой. У 50 детей в возрасте до 1 года произведено устранение фимоза в связи с гнойным баланопоститом. Консервативное устранение фимоза у детей оправдано с точки зрения физиологии развития полового члена. Положительный эффект при консервативном устранении фимоза получен в 95,3% случаев, что позволяет нам рекомендовать данный метод лечения для широкого внедрения в клиническую практику.

К ВОПРОСУ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН

*И.М. Русинко¹, Е.А. Квятковский², В.В. Коштура³,
В.Н. Корягин⁴, Е.П. Украинец⁵, В.Н. Краснов⁵*

¹ КУ «Днепро́вская ГБ № 12»

² КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

³ КУ «Днепропетровская 6 ГКБ» ДООС»

⁴ КУ «Днепро́вская ГП № 4»

⁵ КУ «Днепропетровская ОКБ им. И.И. Мечникова»

Доброкачественные опухолевидные образования уретры у женщин обычно возникают на слизистой у наружного отверстия уретры и часто наблюдаются в постменопаузе, что связывают с нарушением гормонального баланса — дефицитом эстрогенов и с хроническими воспалительными заболеваниями мочевых путей инфекционной природы.

Изучение опухолей уретры, согласно сообщению К.Г. Вильгельм-Эллердта (1926), началось в начале XVIII века. Со времени введения эндоскопических методов исследования сообщения об опухолях уретры участились. В отечественной и зарубежной литературе имеется значительное количество сообщений, посвященных опухолям уретры, однако в каждой из них при-

водятся описания немногочисленных наблюдений. Опухоли уретры составляют около 4% всех новообразований мочеполовых органов, при этом доброкачественные опухоли встречаются чаще злокачественных (у женщин во много раз чаще, чем у мужчин). Объясняется это различиями в строении выстилки уретры у мужчин и у женщин, а также некоторыми половыми особенностями роста эпителиальных опухолей в этом органе.

Впервые доброкачественные опухоли уретры у женщин были описаны G.В. Morgagni (1719), W.В. Clarke (1814). До настоящего времени причины образования доброкачественных опухолей уретры у женщин окончательно не выяснены. Определенную роль играют длительно текущие гинекологические заболевания, в частности воспалительные процессы, которые постоянно поддерживают раздражение наружных половых органов и уретры, расстройства кровообращения в малом тазу, гормональные нарушения. Роль их в возникновении новообразований уретры несомненна, так как в климактерическом периоде создаются благоприятные условия для развития неопластических процессов. Доброкачественные опухоли уретры растут медленно. В большинстве случаев они вызывают ощущение зуда и жжение в уретре, неприятные ощущения во время акта мочеиспускания и после него, иногда могут давать клинику инфравезикальной обструкции. В случае присоединения инфекции пациенток беспокоят режущие боли в уретре и частые позывы на мочеиспускание. Дизурия проявляется в виде императивных позывов, отклонения или раздвоения струи мочи. Иногда бывает затрудненное мочеиспускание, недержание мочи.

Большинство доброкачественных опухолей уретры склонно к кровотечениям, которые могут быть как незначительные, так и обильные, а порой очень упорными и длительными.

Предложено несколько классификаций доброкачественных опухолей уретры. Морфологическая классификация эпителиальных опухолей уретры (Н.М. Аничков):

Доброкачественные опухоли:

I. Полип.

1. Фиброзный:

а) с очаговой или диффузной переходноклеточной дифференцировкой эпителия;

б) с плоскоклеточной или многослойно-многорядной выстилкой.

2. Железистый:

а) исключая переходно-клеточные структуры;

б) с эпителиальными структурами многослойно-многорядного, простатического и другого типа.

II. Полипообразная кистознорасширенная пара- или периуретральная железа.

III. Папиллома.

1. Полоскоклеточная.

2. Переходно-клеточная.

3. Выстланная многорядно-многослойным эпителием.

Злокачественные опухоли:

I. Рак.

1. Плоскоклеточный.

2. Переходно-клеточный.

3. Железистый.

4. Анапластический.

II. Редкие опухоли (карциноид, меланома).

Все доброкачественные опухоли уретры принято делить на эпителиальные (уретральные), берущие начало из слизистой мочеиспускательного канала и ее желез, и неэпителиальные (парауретральные), обычно исходящие из мышечных и соединительнотканых волокон. Встречаются также ангиомы и кисты.

Папилломы уретры – сосочковидные одиночные или множественные образования, возвышающиеся над слизистой оболочкой. Различают плоскоклеточные, переходно-клеточные и выстланные многорядным многослойным эпителием папилломатозные опухоли уретры. Папилломы имеют широкое основание и размеры – до 0,5–1 см. Поверхность папиллом гладкая, консистенция мягкая, форма – округлая или продолговатая, цвет – от серовато-белого до розового или темно-красного. При образовании конгломератов папилломы напоминают бородавки с множеством зернистых или ворсинчатых выростов. Папилломы уретры располагаются преимущественно в области наружного отверстия мочевого канала, на его задней стенке и растут в дистальном или проксимальном направлении.

Полип уретры – мягкая васкуляризованная опухоль уретры на ножке, покрытая плоским эпителием, но в последние годы практически все полипы уретры имеют широкое основание. Полипы имеют округлую или каплевидную форму, ярко-красный цвет, гладкую поверхность, иногда с участками изъязвления. Полипы располагаются проксимальнее или дистальнее наружного отверстия уретры и часто перекрывают просвет мочеиспускательного канала.

Разновидностью полипов уретры являются карункулы – небольшие опухоли на ножке ярко-красного цвета, мягкие по консистенции, с бороздчатой поверхностью. Из-за обильной васкуляризации карункулы склонны к кровоточивости; они располагаются на задней стенке возле наружного отверстия уретры.

Кондиломы уретры – разрастания конусовидной или сосцевидной формы, чаще располагающиеся кольцеобразно вокруг наружного отверстия уретры. По строению различаются бородавчатые и капиллярные кондиломы. Первые имеют беловато-серый или желтоватый цвет, широкое основание, плотную консистенцию. Второй тип кондилом отличается мягкой консистенцией, узким основанием, красным цветом. Капиллярные опухоли уретры легко кровоточат при контакте, часто сопровождаются выделениями, приводящими к мацерации и изъязвлениям слизистой.

Неэпителиальные опухоли уретры (фибромы, миомы, фибромиомы и др.) встречаются редко и обычно имеют смешанное строение. Их расположение – подслизистое между стенками уретры и влагалища, поверхность гладкая, размеры – от вишни до куриного яйца.

Ангиомы уретры – мелкие сосудистые опухоли синевато-красного цвета, локализующиеся близ наружного отверстия канала. Ангиомы легко травмируются и кровоточат.

Женская уретра по анатомо-гистологическому строению отличается от мужской. Она представляет собой короткую трубку длиной 3–5 см и имеет три отдела: проксимальный, средний и дистальный. Женская уретра в проксимальном отделе выстлана переходными и железистыми клетками, в среднем – преимущественно чешуйчатыми клетками, а в дистальном отделе – смешанными уротелиальными клетками, что и определяет локализацию доброкачественных опухолей уретры. Они чаще всего располагаются в области наружного отверстия уретры на ее задней стенке.

Клиническая картина характеризуется длительным течением и многообразием клинических симптомов. Основными жалобами у пациенток является чувство зуда и жжения в уретре, учащенное мочеиспускание, рези при нем. Папилломы и полипы уретры могут быть причиной затрудненного мочеиспускания вплоть до острой задержки или недержания мочи. У значительной части пациенток наблюдается контактное кровотечение. Могут быть кровянистые выделения из уретры, что заставляет пациентку обратиться к врачу.

У большинства пациенток имеется уретрит. Он выражается в гиперемии слизистой оболочки уретры, отека ее, грубой складчатости, серозно-гнойных выделениях. Особенно резко явление уретрита выражены в области опухоли. При цистоскопии у этих пациенток определяются воспалительные изменения со стороны сли-

зистой оболочки мочевого пузыря в 85–86% случаев.

Диагностика доброкачественных опухолей уретры в большинстве случаев не представляет затруднений. Ведущими методами диагностики являются: осмотр на кресле, пальпация, цистоскопия и уретроскопия.

Инфравезикальная обструкция, возникающая вследствие полипов уретры, сопровождающаяся длительно персистирующими циститами, нередко приводит к осложнениям – вторичным дивертикулам мочевого пузыря, уретерогидронефрозу, хроническому пиелонефриту. В последнее время, с целью выяснения уродинамики нижних мочевых путей и степени ее нарушения при полипах уретры, мы стали выполнять урофлоуметрию. Нами обследовано 76 женщин с полипами уретры в возрасте от 28 лет до 81 года (Т.А. Квятковская, Е.А. Квятковский, И.М. Русинко). Уродинамические исследования были выполнены с помощью урофлоуметра «Поток-К» (разработчик А.Е. Квятковский).

Большую роль играет морфологическое исследование опухолей. Основным методом лечения доброкачественных опухолей уретры у женщин является оперативное удаление опухоли в пределах здоровых тканей. В зависимости от величины и локализации новообразования производят циркулярную или клиновидную электрорезекцию уретры. Чтобы избежать стриктуры уретры, накладывают швы в поперечном направлении. Операцию производят в основном под местной анестезией или внутривенным наркозом с обязательным гистологическим исследованием.

Лечение доброкачественных опухолей уретры является важным звеном профилактики рака уретры у женщин. Важную роль играют профилактические осмотры женщин гинекологами и урологами, что способствует своевременному распознаванию новообразований уретры.

Мы провели анализ 800 историй болезни пациенток с доброкачественными опухолями уретры. Возраст пациенток от 18 до 84 лет. Большинство пациенток находились в климактерическом периоде. Всем им выполнена электрорезекция новообразований уретры. В последние 7 лет все доброкачественные опухоли уретры у женщин оперируем в условиях стационара под внутривенным наркозом. Удаление опухолей уретры, расположенных дистальнее наружного отверстия, выполняем трансуретрально через уретроскоп. Производим циркулярное или клиновидное иссечение опухолей уретры в пределах здоровых тканей. В послеоперационном периоде

устанавливаем постоянный катетер Фолея через уретру в мочевого пузыря на 4 суток.

Гистологически у 25 пациенток получена плоскоклеточная папиллома уретры, у 47 – карункул, у 728 – полип уретры с участками хронического воспаления. В послеоперационном периоде пациенткам были назначены ванночки с настоем череды, коры дуба сроком до 7–10 дней, 4–5 раз в сутки, анальгетики, антибиотики. Контрольные осмотры на кресле через день после операции, на 7-е, 21-е, 30-е сутки. Затем через 1, 3, 6, 9 месяцев с целью исключения рецидива опухоли. У 48 (6,8%) пациенток выполнена повторная электрорезекция в связи с

рецидивом полипа уретры. Все доброкачественные образования уретры находились на широком основании. В конце каждой операции проводилась инструментальная проверка проходимости уретры.

Как показывает наш опыт, лучшим методом оперативного лечения доброкачественных опухолей уретры у женщин является электрорезекция новообразований с обязательным дренированием мочевого пузыря через уретру катетером Фолея на 3–4 суток. С целью раннего выявления доброкачественных образований уретры показан профилактический осмотр всех пациенток на кресле у гинеколога и уролога.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАТЕСТИКУЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Е.А. Квятковский³,
В.Н. Корягин⁴, Н.Ю. Полион¹, В.Н. Краснов¹*

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровская ГБ №12»

³ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

⁴ КУ «Днепропетровская ГП №4»

Экстратекулярные опухоли, к которым относятся опухоли семенного канатика, оболочек яичка и придатка яичка, являются редкостью. Почти половина случаев этих опухолей составляют экстратекулярные липомы (ЭЛ), которые в 95% случаев локализуются в оболочках паховой части семенного канатика. Случаи ЭЛ оболочек яичка и придатка яичка относятся к казуистичным. ЭЛ оболочек семенного канатика по происхождению подразделяются на истинные и ложные (отшнурованные).

Истинные ЭЛ семенного канатика не сообщаются с забрюшинной клетчаткой, рассматриваются как врожденные депозиты жировой ткани в слепом влагалищном отростке брюшины (*processus vaginalis peritonei Halleri*) и встречаются крайне редко: в 0,6–8,0% всех опухолевых заболеваний семенного канатика. Ложные ЭЛ семенного канатика рассматриваются как приобретенные жиросодержащие косые паховые грыжи внебрюшинной клетчатки (*textus cellulosis extraperitonealis*).

Клинических и патоморфологических различий между истинными и ложными ЭЛ не существует. Дифференциальная диагностика этих

видов ЭЛ осуществляется интраоперационно, обычно во время паховой герниотомии.

ЭЛ встречаются в любом возрасте (несколько чаще в возрасте 40–60 лет), обычно в виде солитарных новообразований или значительно реже – в сочетании с множественным липоматозом подкожной жировой клетчатки (системным наследственным эндокринным заболеванием, известным как болезнь Деркума).

При макроскопическом изучении ЭЛ – это хорошо инкапсулированные мезенхимальные опухоли, разделенные соединительнотканными перегородками и представленные жировой желто-оранжевой тканью на разрезе.

Микроскопически ЭЛ состоят из зрелых адипоцитов, которые незначительно отличаются по размеру и форме от жировых клеток подкожной клетчатки. ЭЛ отличаются медленным экспансивным ростом и, как правило, не трансформируются в липосаркомы.

За 10-летний период (с 2007 по 2017 г.) мы наблюдали 13 случаев ЭЛ плюс 1 случай изолированного туберкулеза семенного канатика (описанный нами в более ранних публикациях) и 4 случая – сочетание ЭЛ с пахово-

мошоночными грыжами. Возраст пациентов варьировал от 39 до 70 лет.

Клинические проявления ЭЛ определяют зоной локализации и размерами образования. Мелкие ЭЛ протекают, как правило, бессимптомно и часто обнаруживаются случайно. Крупные ЭЛ могут вызывать дискомфорт и боли в зоне локализации. В 15 наших случаях ЭЛ вызвали боль и дискомфорт в зоне локализации, также в 3 случаях ЭЛ протекали латентно. Все пациенты прооперированы мошоночным доступом, а в 4 случаях – пахово-мошоночным. Размеры ЭЛ варьировались в длину от 40 до 155 мм. Среди способов неинвазивной диагностики ЭЛ лучевым методам принадлежит ведущая роль. Они помогают, прежде всего, дифференцировать ЭЛ от пахово-мошоночной грыжи и других образований пахового канала и мошонки, а также уточнить локализацию и границы распространения ЭЛ, определить объем предстоящего хирургического вмешательства. При УЗИ ЭЛ имеют типичную эхографическую картину и визуализируются как гипоэхогенные образования, чаще округлой или овоидной формы, слоистой структуры, имеющие тонкую гиперэхогенную капсулу [Е.А. Квятковский].

Ввиду того что экзогенность ЭЛ сопоставима с экзогенностью подкожной жировой клетчатки, а капсула ЭЛ невыраженная, они могут быть легко пропущены при рутинном УЗИ, особенно у тучных пациентов. При компрессии УЗ датчиком у ЭЛ обнаруживают мягко-эластическую консистенцию, и при локализации в оболочках семенного канатика или яичка они легко смещаются. При доплерографии внутрипухолевый кровоток в ЭЛ, как правило, отсутствует. Доплерография позволяет оценить отношение ЭЛ к сосудам, питающим яичко, что крайне важно для выбора тактики оперативного вмешательства. При КТ липомы определяются как гиподенсные образования с плотностью около 60–80 НУ, при МРТ – как гиперинтенсивные образования, которые становятся «неактивными» при супрессии сигнала от жира. Инвазивные методы диагностики ЭЛ применяются крайне редко (биопсия) и нами не применялись. В наших наблюдениях ЭЛ оболочек яичка и семенного канатика были выявлены пациентами самостоятельно, ЭЛ придатка яичка были обнаружены случайно при УЗИ. Во всех наших наблюдениях ЭЛ при пальпации обнаруживались в виде безболезненного образования мошонки мягкоэластической консистенции и были похожи на различные хирургические и урологические заболевания пахово-мошоночной области.

При УЗИ и МРТ ЭЛ обнаруживала признаки образования жировой плотности, характерные для ЭЛ и описанные выше. Лечение ЭЛ, как правило, хирургическое. Оперативное вмешательство в виде энуклеации ЭЛ проводится при наличии жалоб, снижающих качество жизни пациента, с лечебно-диагностической целью в клинически неясных случаях. Прогноз при лечении ЭЛ – благоприятный, рецидивы в послеоперационном периоде мы не наблюдали. Показаниями к операции в наших случаях были: боль и дискомфорт в мошонке, косметический дефект, подозрение на онкологическое заболевание.

Как уже отмечалось, клинические проявления ЭЛ являются неспецифическими и могут совпадать с таковыми при различных заболеваниях пахово-мошоночной области. ЭЛ семенного канатика часто приходится дифференцировать с пахово-мошоночными грыжами и жировой инфильтрацией семенного канатика у тучных пациентов, ЭЛ оболочек яичка – с гидроцеле, ЭЛ придатка яичка – с аденоматоидной опухолью и кистами придатка. При жировой инфильтрации семенного канатика, встречающейся обычно у полных пациентов, в отличие от ЭЛ, наблюдаются множественные жировые отложения между оболочками семенного канатика, которые легко обнаруживаются лучевыми методами исследования (УЗИ, МРТ). Водянка оболочек яичка и кисты придатка яичка легко диагностируются при рутинном УЗИ. Наибольшее внимания, по данным литературы и нашими наблюдениями, заслуживает дифференциальная диагностика ЭЛ с пахово-мошоночной грыжей. При диф. диагностике истинных ЭЛ и паховых грыж необходимо учитывать синтопию этих образований (в паховом канале ЭЛ всегда располагаются кпереди и латеральнее элементов семенного канатика, грыжи – кзади и медиальнее семенного канатика), подвижность образования при кашлевой пробе Гаккенбруха (ЭЛ, в отличие от неущемленных грыж, при кашлевой пробе неподвижны). Согласно собственному опыту отметим, что пахово-мошоночные грыжи характеризуются типичной клинико-эхографической картиной, резко отличающейся от ЭЛ, и обычно не вызывают вопросов при дифференциальной диагностике с ЭЛ. В наших наблюдениях пациенты с пахово-мошоночной грыжей были, как правило, пожилого возраста, с длительным грыжевым анамнезом. Ущемлению грыжи предшествовало физическое напряжение. При пальпации в мошонке определяется образование тугоэластической консистенции, не связанное с яичком. Наружное паховое кольцо на сто-

роне грыжи всегда расширено. В зависимости от степени и давности ущемления перистальтика грыжевого мешка и изменение его размеров при кашле и напряжении могут быть выражены в разной степени вплоть до полного их отсутствия, в тяжелых случаях наблюдаются перитонеальные симптомы. При УЗИ в мошонке визуализируется смешанной эхогенности образование, исходящее из пахового канала и содержащее элементы большого сальника или стенку кишки. Семенной канатик, придаток и яичко при пахово-мошоночной грыже всегда остаются интактными.

Аденоматоидная опухоль (АО), как и ЭЛ, является одной из наиболее распространенных доброкачественных экстраэпителиальных опухолей. Частота АО среди всех экстраэпителиальных опухолей достигает 30% и уступает только ЭЛ. АО наблюдается почти во всех возрастных группах, но наиболее часто – у лиц в возрасте от 30 до 50 лет. Размеры АО могут варьироваться от 5 до 50 мм, но обычно не превышают 20 мм в диаметре. Излюбленной локализацией АО является придаток яичка. По одним данным, АО чаще располагается в хвосте придатка, по другим – в головке придатка яичка. Крайне редко АО может встречаться в семенном канатике, семявыносящем протоке и предстательной железе. АО имеет мезотелиальное происхождение и она не склонна к малигнизации [2, 4]. Дифференциальная диагностика АО и ЭЛ клинико-лучевыми методами сложна и чаще невозможна. АО, как правило, протекает латентно и случайно обнаруживается либо самим пациентом, либо при клиническом осмотре, лучевом исследовании (чаще УЗИ) или операции. АО, как и ЭЛ, при физикальном исследовании характеризуется как тугоэластичное и безболезненное образование мошонки, а при УЗИ она также имеет четкие контуры, низкую эхогенность, сопоставимую с эхогенностью придатка яичка, однородную и бедную сосудами структуру. Уровни тестикулярных онкомаркеров (альфа-фетопротеина, бета-хорионического гонадотропина и лактатдегидрогеназы) при АО остаются нормальными. Окончательная диагностика АО возможна только при патоморфологическом исследовании.

Липосаркомы оболочек семенного канатика и яичка встречаются очень редко. Они относятся к агрессивным опухолям с высоким потенциалом злокачественного роста и метастазирования. Рецидивирование липосарком после радикальных операций наблюдается в 30–50% случаев. Диф. диагностика липосарком и ЭЛ является наиболее трудной задачей, клинические и лучевые проявления ЭЛ и липосарком схожи. Однако для липосарком в отличие от ЭЛ, характерны быстрый инфильтрирующий рост и богатая васкуляризация. Эти признаки позволяют предположительно высказаться в пользу липосаркомы.

Выводы

1. ЭЛ встречается крайне редко. Клинически ЭЛ может протекать латентно или вызывать дискомфорт и боли в паховой области и половых органах.

2. При физикальном исследовании ЭЛ может симулировать различные хирургические и урологические заболевания пахово-мошоночной области.

3. Основное место среди методов неинвазивной диагностики ЭЛ принадлежит лучевым методам УЗИ и МРТ, при которых ЭЛ выявляется как инкапсулированное образование жировой плотности.

4. Окончательная диагностика ЭЛ осуществляется инвазивными методами: при помощи биопсии или эксплоративной операции с последующей патоморфологической верификацией.

5. ЭЛ нуждается в дифференциации, прежде всего, с пахово-мошоночной грыжей, АО придатка яичка и липосаркомой оболочек семенного канатика и яичка.

6. Несмотря на типичные лучевые признаки ЭЛ, надежная дифференциация ЭЛ и других опухолей пахово-мошоночной области клинико-лучевыми методами не всегда возможна. В этих случаях, а также с учетом жалоб пациента (боль, дискомфорт, косметический дефект) методом выбора при лечении ЭЛ является хирургический – энуклеация ЭЛ.

7. Прогноз при оперативном лечении ЭЛ – благоприятный.

ПАРАУРЕТРАЛЬНАЯ КИСТА У ЖЕНЩИН. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Е.А. Квятковский³, В.Н. Корягин⁴, Н.Ю. Полион¹

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровская ГБ № 12»

³ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

⁴ КУ «Днепропетровская ГП № 4»

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

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

Касаясь вопросов анатомии, женский мочеиспускательный канал (уретра) окружен большим количеством парауретральных желез, подробно описанных в 1880 г. американским гинекологом Skene и названных Скиниевыми железами. Установлено, что эти гроздевидные железы по строению подобны простате у мужчин. Множественные протоки и пазухи, выстланные эпителием, образуют обширную сеть трубчатых каналов и желез, которые окружают женскую уретру, главным образом, по задней и боковым стенкам. Число протоков широко варьирует от 6 до 31. Обычно они сосредоточены и опорожняются в дистальную (нижнюю) треть женской уретры. Секрет Скиниевых желез играет роль защитного барьера для уретры во время коитуса.

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

Этиология (происхождение) парауретральных кистозных образований до настоящего времени остается спорной. С одной стороны, ряд авторов [Routh, 1890] полагает, что закупорка (обструкция) протока одной или более парауретральных желез может привести к формированию ретенционной (сохраняющейся) кисты на месте железы. Дальнейшее инфицирование и

абсцедирование кисты приводит к формированию разрыва стенки кисты и дренированию ее в просвет уретры. Другая этиологическая теория — теория травмы мочеиспускательного канала с обструкцией выводных протоков парауретральных желез в результате нее. Облитерация может возникнуть при травме во время родов (затяжного потужного периода, при несоответствии между головкой плода и тазом матери, при неправильном вставлении головки плода), а также вследствие хирургической травмы, такой как эпизиотомия (рассечение промежности), или хирургических вмешательств на мочеиспускательном канале.

Различают два типа парауретральных кист:

— Скиниевы парауретральные кисты — кистозные образования, возникающие при закупорке малых желез, расположенных вокруг уретры;

— Кисты Гартнероваго прохода — кисты, возникающие вследствие аномалии развития женской мочеполовой системы. В редких случаях зародышевые протоки между стенкой влагалища и мочеиспускательным каналом не зарастают, что приводит к скоплению в них жидкости и формированию кисты.

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

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

На ранних этапах, когда парауретральная железа первоначально инфицируется, преобладающие симптомы могут быть связаны с мочеиспусканием. На данном этапе пациентку мо-

жет беспокоить болезненное, учащенное мочеиспускание, наличие выделений из уретры. Позже, поскольку хроническое и текущее воспаление развивается вокруг кисты, может присоединиться тазовая боль, диспареуния (боль, связанная с половым контактом). Также могут присутствовать такие клинические симптомы как примесь гноя в моче, ощущение инородного тела в области уретры, уплотнение парауретральной зоны, и повышенная ее чувствительность.

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

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

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

К нам обратились за медпомощью 25 пациенток в возрасте от 18 до 79 лет с длительностью заболевания от 6 мес. до 30 лет. Большинство из пациенток обратились к нам по направлению гинеколога. При поступлении они предъявляли жалобы на наличие опухолевидно-

го образования у входа во влагалище, болезненный половой акт, дизурические расстройства, недержание мочи, реже — затрудненное мочеиспускание. Во всех случаях пациенткам выполнена радикальная кистэктомия. Т-образным или двумя полуовальными разрезами рассекается слизистая передней стенки влагалища до стенки кисты. Края разреза захватываются зажимами, острым и тупым путем выдвигается киста из окружающих тканей вплоть до хирургической ножки. Производится кистэктомия. Чтобы избежать повреждения уретры или мочевого пузыря, перед операцией в мочевой пузырь вводится эластический катетер Нелатона. Ложе кисты ушивается капроновыми швами, избыток слизистой влагалища резецируется и ушивается кетгутыми или викриловыми нитями. В мочевой пузырь устанавливается постоянный уретральный катетер Фолея на 3–4 дня. Тампонада влагалища марлевой салфеткой на 1–2 дня. В случае наличия у пациентки везикоцеле — выполнялась передняя кольпоррафия с проленовой сеткой. Операции выполнялись под внутривенным наркозом. Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не отмечено.

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

Парауретральная киста не возникает внезапно, она постепенно развивается вследствие различных факторов. Соблюдение некоторых правил поможет избежать женщинам этого неприятного заболевания:

- своевременное осуществление лечения воспалений органов репродуктивной и мочеполовой системы;
- внимательное отношение к половой жизни, исключение возможности заразиться инфекцией от партнера;
- отдавать предпочтение нижнему белью классических моделей и из натуральных материалов;
- соблюдение мер личной гигиены;
- регулярное посещение женской консультации;
- следует избегать стрессовых ситуаций и переутомлений.

При появлении тревожных симптомов — незамедлительное обращение к гинекологу. Во время поставленного диагноза — залог успешного лечения.

Парауретральные кисты — это патология, которая после выявления должна быть устранена.

на оперативным путем у уролога. С целью раннего выявления парауретральных кист у пациентов с дизурическими расстройствами и дру-

гими жалобами, характерными для патологии органов малого таза, показан осмотр на кресле у гинеколога и уролога 2 раза в год.

ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЯ СПЕРМАТОГЕНЕЗА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ МУЖЧИН

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Е.А. Квятковский³, В.В. Коштура⁴,
В.Н. Корягин⁵, Н.Ю. Полион¹, Е.П. Украинец⁶*

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «Днепровская ГБ № 12»

³ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

⁴ КУ «Днепропетровская 6 ГКБ» ДООС»

⁵ КУ «Днепровская ГП № 4»

⁶ КУ «Днепропетровская ОКБ им. И.И. Мечникова»

Варикоцеле расценивается как причина мужской инфертильности, которая поддается оперативной коррекции. Так, по оценке различных исследователей, нарушение сперматогенеза наблюдается у 20–90% мужчин с варикоцеле. Однако высказываемые предложения по лечению и профилактике сперматогенных нарушений при этом состоянии разнообразны. В частности, ставится под сомнение необходимость оперативной коррекции варикоцеле у подростков.

Впервые об улучшении спермограммы после хирургического лечения варикоцеле сообщили D. Mascomb и M. Sanders. Детальное исследование взаимосвязи варикоцеле с бесплодием провел W.S. Tulloch (1952–1955 гг.). Он доказал возможность восстановления сперматогенеза после перевязки яичковой вены.

Спорным вопросом остается тактика лечения. Одни исследователи указывают, что пациентов с варикоцеле необходимо оперировать в подростковом возрасте, поскольку патологическое состояние отрицательно влияет на морфологию яичка и репродуктивный прогноз в дальнейшем. Другие исследователи не обнаруживают значимого эффекта профилактики сперматогенной недостаточности от варикоцелэктомии и ставят под сомнение вопрос о правомочности профилактического оперирования репродуктивно сохраненных пациентов в подростковом возрасте. Возможно, столь диаметрально противоположные оценки эффективности лечения объясняются отсутствием критериев отбора и наблюдения пациентов. Улучшение сперматогенеза после оперативного лечения отмечается в среднем через 2–3 мес. после операции. Несмотря

на то, что положительные изменения в сперме наблюдаются у 50–80% больных, зачатие имеет место только у 20–40% пар.

Варикоцеле в течение длительного времени остается темой жарких споров и дискуссий в урологическом обществе. Этому вопросу было посвящено несколько докладов на съезде урологов в г.Трускавце и на конгрессе урологов Украины, посвященному 50-летию со дня основания Института Урологии.

Варикоцеле в подростковом возрасте сопряжено с высоким риском развития нарушения сперматогенеза с последующим исходом в нарушение фертильности.

Основной причиной развития осложнений в репродуктивной сфере при наличии варикоцеле называют нарушение гемодинамики в яичках. Однако качество эякулята зависит не только от состояния яичек, но и от функции предстательной железы. Секрет предстательной железы как составная часть спермальной жидкости выполняет трофическую и защитную функции для сперматозоидов, определяет их подвижность и предотвращает агглютинацию. Работ, освещающих состояние предстательной железы у подростков и молодых мужчин при варикоцеле и способы профилактики нарушений ее функций единичны. Имеются отдельные сообщения по лечению застойной простатопатии у подростков и молодых мужчин при варикоцеле.

Цель нашей работы – определение целесообразности проведения простатотропной терапии для улучшения функциональных результатов после оперативного лечения варикоцеле у подростков и молодых мужчин. Настоящая ра-

бота основана на результатах исследования эякулята у пациентов с варикоцеле, полученных до и после оперативного устранения варикоцеле с соблюдением всех условий получения эякулята у этих пациентов с обязательным согласием родителей у пациентов до 18 лет. Исследовали эякулят, полученный методом мастурбации после трехдневного воздержания. Оценку проводили в соответствии с критериями ВОЗ. Учитывали объем порции, концентрацию сперматозоидов в 1 мл, их жизнеспособность и активность. Изучали их морфологию с учетом нормы и патологических изменений в области головки, шейки и хвоста сперматозоидов. Проводили микроскопический анализ секрета предстательной железы с целью подтверждения или исключения в ней воспалительного процесса. Работа проводилась в соответствии с принципами Хельсинкской декларации ВОЗ по проведению биомедицинских исследований на людях. Исследования проводились в клинике Куликовича (г. Днепр).

Исследования выполнены у 46 юношей и молодых мужчин в возрасте 16–22 лет, страдавших левосторонним варикоцеле II–III степеней и имеющих опыт половой жизни. Пациентам выполнено оперативное лечение варикоцеле по Мармару, Иванисевичу, и лапароскопическое клипирование левой внутренней семенной вены. Помимо спермограммы в дооперационном периоде и через 3 месяца в послеоперационном периоде всем пациентам выполнена доплерография сосудов мошонки и малого таза, исследования гормонов: ЛГ, ФСГ, тестостерона, эстрадиола и пролактина.

Конгестивными расстройствами предстательной железы по данным УЗИ считали изменения эхогенности и неоднородность структуры железы, а также наличие на доплерографии расширенных вен перипростатического сплетения более 3,5–4 мм в диаметре с положительной пробой Вальсальвы (Е.А. Квятковский). При этом у пациентов с варикоцеле в сочетании с тазовой конгестией частота патоспермии составляла 49%.

Всем пациентам проводилась медикаментозная терапия, включающая в себя венотоники, рыбоксин, аэвит, а также ректальные суппозитории Простекс (Voifarma) с целью простатотропной терапии по 1 свече 2 р. в сутки ректально в течение месяца до операции и в течение 1 месяца после оперативного вмешательства как послеоперационная реабилитация.

На протяжении последних 10 лет опубликовано около 10 научных работ сотрудниками отдела сексологии и андрологии Института уро-

логии НАМН Украины под руководством профессора И.И. Горпинченко, где освещено положительное влияние *Tribulus terrestris* на организм мужчины с сексуальными нарушениями. Загадочный Трибулус известен с древних времен как «Вино молодости» и является естественным клеточным биостимулятором. Этим пациентам назначали препарат Трибекс (Базкид Фарм Групп, Украина).

Активные компоненты препарата Трибекс:

- Фуростаноловые сапонины – преимущественно протодиосцин;
- Спиростаноловые сапонины – диосгенин, тигогенин, руспогенин – регулируют уровень липидов крови, нормализует функцию эндокринных желез;
- Флавоноиды – кемпферол, кверцетин, рутин – снижают уровень липидов, оказывают мягкий мочегонный эффект;
- Алкалоиды – оказывают вазодилатирующее действие, активизируют кровообращение в половых органах;
- Ненасыщенные жирные кислоты, витамины, танины.

Протодиосцин – это фитомолекула фуростанолового сапонины со стероидной структурой. Основным механизмом действия связан с повышением выработки андрогенных и гестагенных гормонов и влияние на половую функцию. Дополнительный эффект – способствует увеличению высвобождения оксида азота (NO) – сосудорасширяющий эффект и, как следствие, улучшение эректильной функции, профилактика Протодиосцин влияет на половую функцию сердечно-сосудистых событий (инфарктов, инсультов).

Протодиосцин влияет на половую функцию:

- повышает уровень лютеинизирующего ЛГ и ФСГ ФСГ гормона (вырабатываемых гипофизом и регулируют естественный синтез половых гормонов):
- в клетках Лейдига повышает синтез тестостерона и других андрогенов (дигидротестостерон, дегидроэпиандростерон);
- потенцирует сперматогенез и активность сперматозоидов;
- стимулирует синтез прогестерона и андрогенов в желтом теле;
- вызывает Эстрогензависимую индукцию овуляции;
- метаболизируется в организме до дегидроэпиандростерона (ДГЭА);
- повышает проницаемость клеточных мембран;
- улучшает эректильную функцию;

— влияет на метаболизм холестерина (холестерин является исходным веществом для синтеза всех стероидов — мужских и женских).

Терапия экстрактом *Tribulus terrestris* при олигозооспермии улучшает подвижность, количество сперматозоидов, улучшает их морфологию, увеличивает уровень тестостерона крови и ЛГ при уменьшении ФСГ, улучшает сексуальную функцию.

Терапия экстрактом *Tribulus terrestris* (по 450 мг 2 р/д 3 мес.) улучшает эрекцию, эякуляцию и качество сексуальной жизни у пациентов с умеренной эректильной дисфункцией, в том числе и с умеренной артериальной эректильной дисфункцией.

Терапия экстрактом *Tribulus terrestris* (по 400 мг 2 р/д 2 мес.) доказано повышает либидо, улучшает сексуальную функцию у мужчин пожилого возраста.

Основными критериями эффективности проводимой терапии были качественные показатели эякулята и состояния предстательной железы.

В отсутствие трофической поддержки замедляется восстановление структуры и функ-

ции простаты, что проявляется малой подвижностью сперматозоидов, отсутствием увеличения фракции живых клеток и в конечном итоге является негативным фактором прогноза фертильности.

У всех пациентов с тазовой конгестией, имевших патоспермию и высокую степень риска субфертильности до начала лечения, после комплекса лечебных мероприятий наблюдалось улучшение состояния сперматогенеза и качества спермы, что демонстрирует необходимость проведения данного курса терапии у этих пациентов в до- и послеоперационном периоде. При недиагностированном сочетанном варикозном процессе в мошонке и малом тазу повышается риск репродуктивных нарушений в будущем вследствие развития дистрофических процессов в предстательной железе. В связи с этим диагностический алгоритм у пациентов с варикоцеле обязательно должен предусматривать проведение УЗИ почек, надпочечников, мочевыводящих путей, органов мошонки и предстательной железы, совместно с доплерографией вен гроздевидного и простатического сплетений, результаты которых будут определять дальнейшую лечебную тактику.

РОЛЬ ФИТОПРЕПАРАТОВ ПРОСТАПЛАНТА ФОРТЕ И ПРОСТАМЕДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ С ВЫРАЖЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ, ДИЗУРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Е.А. Квятковский³, Н.Ю. Полион¹,
В.В. Коштура⁴, В.Н. Корягин⁵, Е.П. Украинец⁶*

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «Днепровская ГБ № 12»

³ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

⁴ КУ «Днепропетровская 6 ГКБ»

⁵ КУ «Днепровская ГП № 4»

⁶ КУ «Днепропетровская ОКБ им. И.И. Мечникова»

Хронический простатит (ХП) поражает мужчин преимущественно молодого и среднего возраста, то есть наиболее сексуально активных, и нередко осложняется нарушением копулятивной и генеративной функций.

В настоящее время ХП рассматривается большинством специалистов, как воспалительное заболевание инфекционного генеза с возможным присоединением аутоиммунных нару-

шений, характеризующееся поражением как паренхиматозной, так и интерстициальной ткани предстательной железы.

По данным различных авторов от 10 до 80% мужчин старше 18–20 лет страдает этим заболеванием.

Современная медицина не располагает углубленными и достоверными сведениями относительно причинных факторов и механизмов

развития ХП (абактериального и бактериального). На долю абактериального простатита по литературным данным приходится около 80–90% всех случаев заболевания.

Ключевым звеном в патогенезе бактериального простатита является интрапростатический рефлюкс мочи, который встречается в 70% изученных случаев (Kirby, 1982).

В патогенезе абактериального простатита интрапростатический рефлюкс также играет важную роль.

Исследования предстательной железы показали целесообразность ее деления с учетом особенностей строения протоков, стромы и эпителия на центральную зону, расположенную краиниально, и периферическую, расположенную каудально. Протоки ацинусов центральной зоны впадают в уретру почти параллельно потоку мочи, а периферической – под прямым или острым углом. Это обстоятельство, по-видимому, определяет развитие воспалительного процесса преимущественно в периферической зоне простаты.

При ХП нарушается барьерная функция простаты (снижается содержание в ней цинка и лизоцима), страдают все звенья иммунитета. Было выявлено снижение активности ферментов антиоксидантной системы в секрете предстательной железы, повышение уровня интерлейкина.

Крайне важным в патогенезе воспалительного процесса в предстательной железе является повышение тонуса гладких мышц за счет увеличения активности α_1 -адренорецепторов. Основная роль в образовании турбулентного тока мочи отводится именно гипертонусу гладкой мускулатуры предстательной железы и задней уретры. Турбулентное течение мочи обуславливает интрапростатический рефлюкс и микробы попадают из уретры по протокам в предстательную железу, вызывая там воспаление. В результате этого в предстательной железе происходит повышение внутрипростатического давления. Увеличение давления в протоках приводит к нарушению дренирования, застою секрета и ее отеку, что, в свою очередь, приводит к активации арахидоновой кислоты.

Все вышеописанные процессы ведут к ишемии, а, с другой стороны, сама ишемия ткани предстательной железы в еще большей степени усугубляет воспаление в ней. Увеличение активности α_1 -адренорецепторов приводит к нарушению дренирования, застою и отеку простаты и нарастанию ишемии ввиду спазма сосудов, а воспалительный процесс, в свою очередь, приводит к активации α_1 -адренорецепторов, замыкая порочный круг, в котором тесно переплетены при-

чинно-следственные связи. Все это приводит к выраженному болевому синдрому и дизурическим расстройствам.

Последние исследования в области иммуногистологии и проточной цистометрии убедительно демонстрируют, что при ДГПЖ более чем в 95% наблюдений развивается хронический воспалительный процесс, характеризующийся инфильтрацией лимфоцитов и макрофагов в очаге воспаления. Прежде всего, это экссудативные (острые) формы воспаления, характеризующиеся интерстициальной или интраканаликулярной локализацией. Продуктивные формы воспаления при ДГПЖ чаще всего встречаются в виде интерстициального процесса, а воспалительный инфильтрат локализуется либо в строме органа, либо периацинарно. В ответ на воспаление происходит высвобождение цитокинов и активация иммунной системы вызывающих секрецию некоторых факторов роста, что лишний раз демонстрирует недавно установленную взаимосвязь между ДГПЖ и ХП. Высвобождение мембранных фосфолипидов на фоне воспаления усиливается аддитивным эффектом пролактина. Происходит активация каскада арахидоновой кислоты и усиление выработки его конечных продуктов – простагландинов и лейкотриенов, являющихся мощными медиаторами воспаления. Последовательные звенья этого метаболического каскада регулируются ферментами фосфолипазой А₂, липоксигеназой (лейкотриеновый, или липоксигеназный путь) и циклооксигеназой (простагландиновый путь или циклооксигеназный путь). Как известно, препараты, ингибирующие 5 α -редуктазу (Простаплант Форте, Простаплант, Простамол, Финастерид, Пермиксон, Пенестер) наряду с антипролиферативным действием обладают и противовоспалительным действием, влияя на различные показатели воспаления предстательной железы, что подтверждает их клиническую эффективность в лечении хронического воспалительного процесса при ДГПЖ и ХП.

В своей повседневной практике с 1998 года для лечения пациентов с ХП мы применяем Простаплант производства фирмы «Dr. Willmar Schwabe Pharmaceuticals». А с 2005 года – препарат Простаплант Форте этой же фирмы.

По данным лабораторного исследования Простаплант Форте оказывает ингибирующее влияние на 5 α -редуктазу 1-го и 2-го типов. Он препятствует превращению тестостерона в дигидротестостерон, в андростандион и в андростендиол. Следовательно, Простаплант Форте подавляет как 5 α -редуктазу, так и 17-гидроксистероид-дигидрогеназу.

Простаплант Форте, в отличие от Финастерида, по-другому действует на гормональный метаболизм, чем и объясняются их отличительные свойства.

Простаплант Форте обладает отчетливой противоотечной и противовоспалительной активностью. А из-за присутствия в составе экстракта крапивы также способствует улучшению сексуальной активности.

Противовоспалительные механизмы Простапланта Форте разнообразны, и складываются из его влияния на проницаемость капилляров, что способствует выведению продуктов воспаления, снимает сосудистый застой, восстанавливается микроциркуляция, а в сочетании с приемом антибиотиков быстро регрессирует воспалительный процесс в предстательной железе. Вслед за ликвидацией воспаления уменьшается отек и размеры предстательной железы, что в конечном итоге приводит к ликвидации мучительных расстройств уродинамики.

Эффективность фитопрепаратов при ХП обусловлена присутствием в них фитостеролов. Механизм действия фитостеролов совпадает с механизмом действия фитопростатопротекторов: ингибирование синтеза простагландинов в ПЖ; сокращение в печени продукции глобулина, связывающего половые гормоны; цитотоксическое влияние на клетки ПЖ; блокирующее действие на андрогеновые рецепторы; ингибирование пролиферации простатического эпителия, индуцированного факторами роста; блокада 5 α -редуктазы. Поэтому среди растительных средств важно выбрать препарат с максимальным количеством механизмов действия на патогенез ХП. Таковым является многокомпонентный фитопрепарат Простамед. Действие Простамеда многопланово. В состав препарата Простамед входит 200 мг экстракта семян лечебного сорта тыквы (в котором в 5,4 раза больше фитостеролов), 100 мг тыквенного глобулина, 2,6 мг сухого экстракта золотарника, 6,3 мг сухого экстракта листьев осины.

Тыква (*Cucurbita pepo* var. *styriaca*) в своем составе содержит следующие действующие вещества: фитостерол, β - и γ -токоферол, сквален, β -каротин, лютеин, Zn, Mn, Cu, Se, глутамин, аргинин, валин и лейцин. Они обладают антипролиферативным, иммуностимулирующим (выработка агглютиногенов) действием. Листья осины (*Populus tremula*) содержат такие действующие вещества: фенольные гликозиды (салицин, популин, салипопулин), флавоноиды (кверцетин, апигенин). Их фармакологические свойства: антиэкссудативное, противовоспалительное, мочегон-

ное действие, повышают тонус детрузора, уменьшают гиперестезию мочевого пузыря. Золотарник канадский (*Solidago canadensis*) содержит следующие действующие вещества: сапонины, флавоноиды, дитерпены, фенольные соединения. Их влияние на организм человека: антиэкссудативное, противовоспалительное, мочегонное, повышает тонус детрузора, уменьшает гиперестезию мочевого пузыря. В совокупности Простамед оказывает на организм мужчины при ХП следующие действия:

- Антипролиферативное.
- Иммуномодулирующее.
- Антиэкссудативное.
- Болеутоляющее.
- Противовоспалительное.
- Мочегонное.
- Антимикробное.
- Повышает тонус детрузора.
- Уменьшает гиперестезию мочевого

пузыря.

Нами проведена оценка эффективности приема Простапланта Форте и Простамеда у 175 пациентов с ХП. Возраст пациентов – от 20 до 48 лет. Средняя продолжительность заболевания – 4,5 года.

Простаплант Форте пациенты принимали по 1 капсуле 2 раза в сутки (утром и вечером). Длительность приема – 6 месяцев. После перорального приема препарат практически полностью всасывается в кишечнике. Биодоступность его составляет 98–99%. Переносимость препарата хорошая. Единичные пациенты отмечали незначительную головную боль, головокружение, которые самостоятельно исчезали после нескольких дней приема препарата.

Эффективность лечения оценивали через 30, 60, 90, 120 и 180 дней. К 30-му дню от начала лечения практически у всех больных исчезал болевой синдром, дизурические расстройства, улучшались показатели эрекции.

Назначение Простапланта Форте и Простамеда позволяло ликвидировать функциональный компонент патологического процесса: функциональную обструкцию шейки мочевого пузыря, положительно влиять на процессы нестабильности детрузора и псевдодиссенергии соответствующих сфинктеров. Значительно уменьшался риск возникновения уретропростатических рефлюксов, а если они существовали, то уменьшалась их степень. Препараты влияли на асептические процессы в предстательной железе, что обусловлено их противоотечным и противовоспалительным действием, улучшались трофические процессы в ткани, что положительно

влияло на течение патоморфологических процессов в простате.

Выводы

1. Назначение Простапланта Форте и Простамеда в комплексном лечении ХП обосновано патогенетически.

2. Применение Простапланта Форте и Простамеда в данной группе пациентов приводит к:

- полноценному раскрытию шейки мочевого пузыря;
- уменьшению степени турбулентности потока мочи в простатическом отделе уретры;
- восстановлению координированной функции детрузора и сфинктерного аппарата мочевого пузыря.

3. При наличии бактериального простатита пациентам необходимо проводить комплексную противовоспалительную терапию в сочетании с приемом Простапланта Форте и Простамеда.

4. При наличии абактериального воспаления в простате прием Простапланта Форте и Простамеда является основным действующим началом.

5. Применение Простапланта Форте и Простамеда в комплексной терапии ХП позволяет добиться положительного результата лечения и достичь стойкого клинического эффекта у пациентов, повышением качества их жизни, улучшением секрета предстательной железы, улучшением кровообращения в простате, эректильной функции, качества мочеиспускания, фертильности.

РОЛЬ ФИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Е.А. Квятковский³, В.В. Коштура⁴,
В.Н. Корягин⁵, Н.Ю. Полион¹, Е.П. Украинец⁶*

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровская ГБ № 12»

³ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

⁴ КУ «Днепропетровская 6 ГКБ» ДООС»

⁵ КУ «Днепропетровская ГП № 4»

⁶ КУ «Днепропетровская ОКБ им. И.И. Мечникова»

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) и хронический простатит (ХП) являются одними из самых распространенных урологических заболеваний у мужчин. В крупном эпидемиологическом исследовании ни у одного мужчины моложе 30 лет не найдено признаков ДГПЖ; среди мужчин в возрасте 31–40 лет ДГПЖ диагностирована у 8%, в возрасте 50–60 лет – у каждого второго. В 2015 г. в США было зарегистрировано 38,1 млн. больных ДГПЖ, из них 12,2 млн. получали лечение по поводу ДГПЖ с симптомами нижних мочевыводящих путей (СНМП). В их числе 54,8% пациентов лечились медикаментозно, 35% – пребывали в состоянии выжидательного наблюдения, 9,1% – после курса консервативного лечения перешли в режим наблюдения и 1,1% – были оперированы.

С появлением на рынке α 1-адреноблокаторов частота хирургических пособий по поводу ДГПЖ резко пошла вниз, однако после нескольких лет эйфории и оценки отдаленных резуль-

татов наступило некоторое разочарование, поскольку у многих пациентов монотерапия препаратами этой группы не давала желаемого эффекта. Наступила эра комбинированной терапии: α 1-адреноблокаторы сочетали с ингибиторами 5- α -редуктазы и М-холинолитиками. Однако и после такого лечения оставался большой процент неудовлетворительных результатов.

Известно, что применение α 1-адреноблокаторов и ингибиторов 5- α -редуктазы у больных ДГПЖ высокоэффективно, но часто вызывает развитие сексуальной дисфункции, существенно понижающей качество жизни мужчины фертильного возраста.

Сегодня нередко возникает вопрос об обоснованности применения в лечении ДГПЖ у пациентов фертильного возраста сочетание α 1-адреноблокаторов и ингибиторов 5- α -редуктазы растительного происхождения. Различные лекарственные растения применяли в лечении больных ХП и ДГПЖ, но наилучшие результаты показали экстракты вееролистной пальмы *Serenoa*

геренс (Простоплант и Простаплант Форте). Экстракты Serenoa геренс в монотерапии и в комбинации с α 1-адреноблокаторами применяются в Европе и США более 30 лет.

В отличие от класса финастеридов препараты на основе экстракта пальмы Serenoa геренс не оказывают центрального действия, а действуют на тканевом уровне. Одними из таких медикаментозных средств являются препараты Простаплант и Простаплант Форте (производства немецкой фирмы Dr. Willmar Schwabe Pharmaceuticals). Действие их многопланово. Простаплант содержит 320 мг экстракта пальмы Serenoa геренс, а Простаплант Форте содержит 160 мг экстракта пальмы Serenoa геренс и 120 мг экстракта крапивы двудомной. Действие препаратов проявляется уменьшением или устранением функциональных расстройств мочеиспускания (никтурии, поллакиурии) при заболеваниях предстательной железы (ПЖ). Препараты уменьшают воспалительную реакцию и отек в ткани железы за счет ингибиции синтеза простагландинов и лейкотриенов, обладают противомикробным действием, оказывают содействие усилению секреторной активности ПЖ. Экстракт пальмы Serenoa геренс ингибирует оба изофермента 5α -редуктазы, блокирует эстрогеновый каскад, подавляет обмен белков в ПЖ, что приводит к антипролиферативному действию, проявляет спазмолитическую активность, обусловленную блокадой α 1-адренорецепторов. Это комплексное действие препарата уменьшает дизурические проявления у больных ДГПЖ. Листья крапивы содержат гликозид уртицин, аскорбиновую кислоту, каротиноиды, флавоновые, дубильные и алкалоидоподобные вещества, хлорофилл, филлохинон, пантотеновую, кремниевую, муравьиную, галлусовую кислоты, рибофлавин, сахара, камедь, фитонциды, холин, гистамин, ситостерол, крахмал, белки, микроэлементы (железо, медь, марганец, хром). Экстракт крапивы ускоряет процесс свертывания крови, повышает содержание гемоглобина и эритроцитов, улучшает обмен веществ, снижает содержание глюкозы в крови, тонизирует гладкомышечную ткань, оказывает противовоспалительное и эпителизирующее действие. В совокупности фармакологическое действие препаратов Простаплант и Простаплант Форте оказывает на организм мужчин при ДГПЖ: антипролиферативное, иммуномодулирующее, антиэкссудативное, болеутоляющее, противовоспалительное, мочегонное, антимикробное, препарат повышает тонус детрузора и уменьшает гиперестезию мочевого пузыря (И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко, В.В. Спиридоненко).

Механизмы действия экстракта Serenoa геренс:

1. Оказывает периферический антиандрогенный эффект на орган-мишень без какого-либо влияния на общий гормональный фон (не влияет на гипоталамогипофизарный уровень), является ингибитором андрогенного действия (конкурентом на уровне ПЖ – андрогенный рецептор).

2. Влияет на метаболизм тестостерона и обладает ингибирующим действием на 5α -редуктазу.

3. Serenoa геренс оказывает ингибирующее действие на индуцированную факторами роста пролиферацию в культуре клеток ПЖ человека и препятствует продукции таких медиаторов воспаления, как простагландины и метаболиты 5-липоксигеназы типа лейкотриена B₄.

4. Антиэстрогенный эффект Serenoa геренс, который способен блокировать внутриклеточный эстрогеновый рецептор.

5. Serenoa геренс обладает ингибирующим эффектом на гормон пролактин, который способствует проникновению тестостерона в клетки ПЖ.

6. Serenoa геренс ингибирует клеточную пролиферацию, вызванную EGF и bFGF

7. Экстракт Serenoa геренс на масляной основе угнетает формирование дигидротестостерона (ДГТ) и не приводит к последующему повышению уровней тестостерона.

8. Экстракт Serenoa геренс вызывает угнетение обеих изоформ 5α редуктазы, в отличие от финастерида, который угнетает только одну изоформу.

9. Экстракт плодов пальмы сабаль WS® 1473 дозозависимо ингибирует ароматазу, имеет противоотечные свойства.

За последние 18 лет нами накоплен обширный клинический опыт лечения пациентов фертильного возраста, страдающих заболеваниями ПЖ в том числе ДГПЖ. Мы проанализировали применение α 1-адреноблокаторов в сочетании с фитопрепаратами на основе экстракта пальмы Serenoa геренс Простаплант и Простаплант Форте. Проанализированы результаты лечения 307 пациентов в возрасте 50–65 лет с ДГПЖ. Средний возраст их составил – 59 лет. У всех лечившихся пациентов была отмечена ирритативная симптоматика при умеренных проявлениях инфравезикальной обструкции. Все пациенты получали Силодозин (Урорек) производства итальянской фирмы Recordati по 8 мг 1 раз в сутки утром после еды в сочетании с Простаплантом по 1 капсуле 1 раз в сутки

утром или Простаплантом Форте по 1 капсуле 2 раза в сутки. Пациенты лечились амбулаторно. Перед началом лечения у всех них был собран подробный анамнез, оценивалось состояние фертильности, проводились обследования с применением клинических, инструментальных и лабораторных методов, проводился расчет индекса IPSS, пальцевой ректальный осмотр ПЖ, УЗИ почек, надпочечников, мочевого пузыря, ПЖ с выполнением урофлоуметрии (Е.А. Квятковский). Проводилось определение PSA крови, по показаниям – определение секрета ПЖ.

В процессе лечения у всех пациентов улучшилось общее состояние, уменьшились дизурические расстройства, улучшились показатели по данным контрольного УЗИ и урофлоуметрии. У 10 пациентов (3,25%) отмечалось временное снижение артериального давления. У 20 пациен-

тов (6,5%) отмечалась ретроградная эякуляция, которая исчезла после изменения времени приема Урорека (с утра на вечер).

Выводы

1. Эффективность использования комплексной терапии у пациентов фертильного возраста (Урорека, Простапланта или Простапланта Форте) составила 90,25%. Данные препараты хорошо переносятся пациентами и имеют незначительный процент устранимых побочных эффектов.

2. Проведенный нами анализ комплексного приема Силодозина (Урорека), Простапланта или Простапланта Форте у пациентов фертильного возраста позволяет рекомендовать комбинацию этих препаратов для длительного амбулаторного лечения ДГПЖ, что позволяет сохранить им трудоспособность и половую активность.

ЛІКУВАННЯ НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ, УСКЛАДНЕНОГО МЕТАТРОМБОЗОМ НИРКОВОЇ ТА ПОРОЖНИСТОЇ ВЕН

*В.І. Десятерик¹, О.В. Давиденко², І.Б. Білий², В.А. Слободянюк²,
В.Г. Желізняк², Ю.О. Дьоміна², М. С. Померанцев³*

¹ Дніпропетровська державна медична академія

² КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня №2» ДОР

³ КЗ «Криворізька міська лікарня № 10» КМР

Вступ. До недавнього часу хірургічне лікування пацієнтів із нирково-клітинним раком (НКР) вважалось недоцільним. Методи видалення пухлинних тромбів, особливо при їх поширеності в ретропечінковий відділ нижньої порожнистої вени (НПВ), завжди асоціюються з кровотечею та тромбоемболічними ускладненнями. НКР зустрічається в 2–3% серед усіх видів злоякісних пухлин із високим рівнем захворюваності в Європейських країнах (І.І. Кобза та спів., 2017).

Венозна інвазія зустрічається в 4–10% хворих, в 60% із яких тромб виходить за межі ниркової вени в просвіт НПВ. Слід сказати, що тромботичні ускладнення НКР частіше безсимптомні. У сучасному індустріальному місті методика хірургічного лікування – нефректомія та видалення пухлинних тромбів з НПВ – єдиний ефективний метод лікування цієї категорії хворих, і від того, настільки організовано надання спеціалізованої допомоги, залежить життя цієї категорії хворих. Взагалі діагностика та оперативне лікування НКР ускладнених мета-

тромбозом НПВ можливо віднести до категорії нестандартних ситуацій в хірургії, з урахуванням тяжкого стану в сучасній організації надання допомоги онкологічним хворим.

Щороку кількість пацієнтів з ускладненим тромбозом НКР в Україні зростає, про це свідчать дані Національного канцер-реєстру. В останні роки захворюваність на НКР становить 11,7 на 100 тис. населення (А.Ф. Возіанов та спів., 2001). Куріння, чоловіча стать та вік – ось три найважливіших фактори ризику розвитку НКР.

Мета: оптимізація лікувальної тактики на основі аналізу результатів хірургічного лікування НКР, ускладненого метатромбозом ниркової вени та НПВ (Мірошніченко П.В. та спів., 2012).

Матеріали і методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз результатів клінічного обстеження, лабораторних показників, сучасних інструментальних методів діагностики та інтраопераційних спостережень хірургічного лікування 12 хворих з ускладненим метатромбозом НКР, та вивчені результати різних підходів до підготовки та строків хірургічного

лікування хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня № 2» ДОР». Із 12 хворих, у період з 2016 до 2018 року, яким виконали нефректомію з метатромбектомією з НПВ, чоловіків було 9 (75%), жінок 3 (25%) віком від 54 до 76 років (середній вік $63,5 \pm 5,3$ року). Пухлини правої нирки були у 8 (66,6%), тоді як лівої — у 4 (33,3%) хворих. Симптоми, які клінічно спостерігались у цієї категорії хворих, переважали прояви росту пухлини: біль у попереку 7 (58,3%), гематурія 8 (66,6%), в 1 (8,3%) випадку наявність пульсуючого утворення в зоні пупка. Саме в цьому 1 випадку крім пухлини нирки з тромбозом НПВ, була діагностована неускладнена аневризма черевної аорти розміром $9 \times 6,5$ см. При обстеженні через 6 місяців розмір аневризми зріс до $12 \times 9,5$ см. Симптоми пов'язані з порушенням венозного відтоку. Гепатомегалія та асцит виявлено у 3 (8,3%), ілеофеморальний тромбоз, який, до речі, і став причиною обстеження і виявлення НКР спостерігались у 4 (33,3%) хворих.

Обсяг обстежень складав: УЗД органів черевної порожнини, нирок та доплерографію судин нирок з оцінкою ниркового кровотоку, ЕХО-кардіографію, СКТ або МРТ з в/в контрастним підсиленням органів черевної та грудної порожнини, екскреторну урографію, за показаннями, якщо дозволяли показники клубочкової фільтрації та креатинін виконували венокаваграфію (Б.М. Тодуров та спів., 2004).

Рівень поширення оклюзії ниркових вен та НПВ ми оцінювали за так званою класифікацією клініки Мейо за модифікацією (Ciancio et al. 2002 p.) (Tarakawa T. Miyake зі спів., 2007): рівень I-тромб у нирковій вені, рівень Па-тромб у каваренальному сегменті НПВ, рівень Пв-тромб у підпечінковому сегменті, рівень ППа-тромб у ретроперитонеальному сегменті НПВ нижче головних печінкових вен; рівень ПШв-тромб у ретропечінковому сегменті НПВ, але досягає гирла головних печінкових вен; рівень ПШс-тромб у ретропечінковому сегменті НПВ і поширюється над головними печінковими венами; але нижче діафрагми; рівень ПШд-тромб у надпечінковому та наддіафрагмальному сегменті НПВ, але поза правими відділами серця.

Інвазія пухлин у паранефральну жирову клітчатку була виявлена в 4 (33,3%), регіональні та віддалені метастази знайдені у 3 (25%) хворих.

Результати та обговорення. Для досягнення радикальності в хірургічному лікуванні НКР застосовували загальноприйнятні методи: нефректомія в комбінації з метатромбектомією

з басейну НПВ. При виконанні як судинного етапу операції, так і досягненні радикальної і розширеної нефректомії повинні використовуватися наступні принципи (Tarakawa T. Miyake зі співавторами, 2007):

- застосування оперативного доступу, який дозволяє виконати перев'язку ниркових судин (вени та артерії) до маніпуляції на нирці (оптимальним є трансабдомінальний та торакоабдомінальний доступи);

- видалення нирки єдиним блоком з пухлиною, жировою клітковиною та фасціями;

- адреналектомія на стороні ураження при пухлинах рТ3-Т4 виконується незалежно від локалізації пухлини в нирці. При пухлинах Т1-Т2 адреналектомія виконується при підозрі метастазування в наднирник за даними УЗД або МРТ;

- лімфодисексія в повному обсязі виконується при пухлинах р Т3-Т4. При раку правої нирки вона включає видалення латерокавальних, передкавальних, ретрокавальних та інтрааортокавальних лімфовузлів від діафрагми до місця розгалуження здухвинних вен. При раку лівої нирки лімфодисекція повинна включати видалення латероаортальних, преаортальних та ретроаортальних лімфовузлів від діафрагми до біфуркації аорти. При пухлинах рТ1-Т2 розширена лімфодисекція є методом вибору;

- при розповсюдженні пухлини на оточуючі тканини виконуються комбіновані операції з резекцією уражених органів і тканин з інтраопераційним дослідженням країв відсічення.

Тому в таких операціях, на нашу думку, повинні використовуватись лише мультидисциплінарні бригади із залученням уролога-онколога та судинного хірурга, бо лише за таких умов можливо виконати таку операцію радикально, навряд чи в Україні на базі онкологічних диспансерів є фахівці — судинні хірурги, які можуть бути залучені в таких операціях, тому доцільніше саме таких хворих оперувати в багатопрофільних лікарнях, де є судинна хірургія, урологія та база кафедр медичних закладів, які координують та спрямовують їх дію за сучасними стандартами, насамперед, доступними на базі державної підтримки навчальної платформи BMJ Best Practice.

Для досягнення адекватного доступу при виконанні метатромбектомії нашою кафедрою використані лапаротомні доступи в наступній модифікації: косопоперечний підреберний доступ — 2; трансабдомінальна лапаротомія — 7; тораколапаротомія — 1; «мерседес» — 2. Середній час операції за даними нашого невеликого дос-

лідження склав 156 хвилин. Крововтрата під час операції – 300–1500 мл (середня 450 мл).

У серії із 55 хворих (Тагакава Т. Міяке та спів., 2007) (Русін В.І. та спів., 2011), оперованих в університетській клініці Кобе 2005 р. три- та п'ятирічне виживання склало 51,4 та 30,3% відповідно при післяопераційній летальності 3,6%.

Задовільний результат за даними нашої клініки відзначений у 9 (75%) хворих із цією патологією. Різноманітні ускладнення виникли у 3 (25%) хворих. Ускладнення розподілились наступним чином: ТЕЛА 1 (8,3%); гостра ниркова недостатність 1 (8,3%) саме у хворого з аневризмою черевного відділу аорти, та 1 (8,3%) гостра серцева недостатність у хворого з кровотечею при тромбозі НПВ у ретропечінковому просторі, бо не вдалося використати реінфузію з застосуванням «Cell-Saver»(7). Летальність склала 2 випадки (16,6%). Основними причинами смерті є фрагментація тромбу, яка викликає тромбоемболію легеневої артерії, та масив-

на кровотеча з розвитком гострої серцевої недостатності. Термін спостереження в нашому закладі склав від 2 до 33 місяців. Дворічне виживання підтверджене у 66,6%.

Висновки

1. Найбільш ефективний метод лікування раку нирки – хірургічний. Хворим, які страждають на НКР, у тому числі з венозною інвазією, а також хворим із солітарними та поодинокими метастазами повинно застосовуватись хірургічне лікування із залученням судинного хірурга для радикального видалення всіх локалізованих вогнищевих осередків.

2. Радикальні операції при місцеворозповсюджених формах раку нирки, особливо з метатромбозом НПВ, як правило, можливо використовувати лише в мультидисциплінарних (багатопротифільних) медичних закладах, де є бригада різноспеціалізованих фахівців: уролога-онколога, судинного хірурга, синогола, рентгенологів СКТ або МРТ та анестезіолога, який має певний досвід операцій на судинах.

ВАРІАНТ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ЗАНЕДБАНОЇ ІНФРАВЕЗИКАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ

*І.Б. Білий¹, В.П. Борщ¹, Ф.М. Махлевич¹, С.В. Мойсеєнко¹,
Ю.А. Дьоміна¹, М.С. Померанцев², С.М. Сліпенький²*

¹ КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня №2» ДОР

² КЗ «Криворізька міська лікарня №10» КМР

Вступ. Склероз шийки сечового міхура – це розвиток сполучнотканинного рубцевого процесу внаслідок запалення в зоні шийки сечового міхура з частковим залученням у процес стінки органа.

Склероз шийки сечового міхура може бути вродженим і набутиим.

Коди за МКХ-10 «N32.0 Обтурація шийки сечового міхура. Стеноз шийки сечового міхура (набутий)» та «Q64.3 Інші види атрезії та стенозу уретри і шийки сечового міхура (вроджені)».

Що викликає склероз шийки сечового міхура? Основна роль в етіології належить ускладненому перебігу післяопераційного періоду після втручань (відкритих та ендоскопічних) з приводу ДГПЗ. При цьому слід зазначити, що в розвитку даної патології не грає ролі, яким методом здійснювалося оперативне втручання: відкритим чи ендоскопічним. Частота розвитку склерозу шийки сечового міхура неоднакова

після різних оперативних втручань. Так, після черезпузирної аденомектомії його спостерігають у 1,7–3,9% хворих, після ТУР – у 2–10% випадків, після біполярної плазмово-кінетичної резекції – у 1,28% хворих, після ТУР гольмієвим лазером – у 0,5–3,8% випадків.

Зустрічається також ідіопатичний склероз шийки сечового міхура, відомий в літературі як хвороба Маріона, котрий вперше описав його.

Склероз шийки сечового міхура може розвиватися у чоловіків, як наслідок хронічного запалення простати. Причиною звуження шийки сечового міхура слугує перехід запального процесу простати на стінки сечового міхура. Нині, запропоновано безліч концепцій, що пояснюють виникнення порушень акту сечовипускання у хворих на хронічний простатит (ХП). Одна з найпоширеніших концепцій розглядає виникнення порушень сечовипускання як ускладнення ХП. Інші дослідники вважають, що в більшості випадків відбувається неввірна постановка діаг-

нозу. Так, Stiven Kaplan зі співавт. (1994) вважають, що у таких хворих у першу чергу необхідно підозрювати склероз шийки сечового міхура, а початковий діагноз ХП у більшості випадків є помилковим.

Діагностика склерозу шийки сечового міхура заснована на скаргах хворого на утруднене сечовипускання або неможливість спорожнення сечового міхура природним шляхом, інформація про тривале лікування хронічного простатиту, про раніше перенесені операції та ускладнений перебіг найближчого післяопераційного періоду. Цей патологічний процес характеризується прогресуючим зростанням інфравезикальної обструкції з подальшим розвитком гострої затримки сечовипускання або парадоксальної ішурії.

До симптомів інфравезикальної обструкції (ІВО) належать скарги на ослаблення струменя сечі, часте сечовипускання малими порціями, відчуття неповного випорожнення сечового міхура, повторний акт сечовипускання через короткий проміжок часу після основного, ноктурія, імперативні позиви до сечовипускання. Якщо до вище описаної симптоматики приєднуються скарги на біль у низу живота, дискомфортні відчуття в промежині, різь при сечовипусканні, то, наймовірніше, мова йде про приєднання простатоцистити (N41.3). Поява гемоспермії свідчить про те, що запальний процес поширився на везикули. При склерозі шийки сечового міхура порушена евакуаторна функція, що призводить до наростання об'єму залишкової сечі. На тлі перерозтягування та порушення іннервації виникає атонія стінок сечового міхура, що ще більше посилює патологічний процес. Для визначення вираженості і локалізації ІВО застосовують УЗД нирок, сечового міхура, простати та об'єму залишкової сечі, висхідну контрастну уретрографію, а при збереженому сечовипусканні УФМ. Стан верхніх сечових шляхів оцінюється на підставі результатів екскреторної урографії або СКТ. Корисну інформацію дозволяє отримати трансректальна еходоплерографія. Також при склерозі шийки сечового міхура на висхідних уретрограмах визначають вільну прохідність сечівника до шийки сечового міхура, при стриктурі сечівника звуження виявляють у дистальному відділі сечівника (по відношенню до шийки сечового міхура). При наявності «передміхура» на уретрограмах контрастується додаткова порожнина між стенозованою шийкою сечового міхура і звуженою ділянкою сечівника.

У перебігу стенозу шийки сечового міхура виділяють три періоди:

1. Утруднене сечовипускання виражене незначно, залишкова сеча відсутня, функція нирок не порушена, періодично може спостерігатися лейкоцитурія.

2. Сечовипускання значно ускладнене, з'являється залишкова сеча, є ознаки циститу, пієлонефриту, порушення функції нирок, виникає ПСР, уретерогідронефроз.

3. Затримка сечовипускання за типом парадоксальної ішурії, розвиток ХНН.

Мета лікування склерозу шийки сечового міхура – відновлення прохідності міхурово-уретрального сегмента. Єдиний метод лікування при наявності ІВО – операція. В амбулаторному порядку може бути проведено лише медикаментозне лікування антибактеріальними препаратами для зниження активності інфекційно-запального процесу в органах сечової системи. При наявності цистостоми забезпечують своєчасну заміну дренажу, промивання сечового міхура антисептичними розчинами. Ефективний метод лікування склерозу шийки сечового міхура – трансуретральна електрорезекція рубцевої тканини. Показання до операції – ознаки ІВО.

Клінічне спостереження. Хворий Р., 1952 р.н., перебував на стаціонарному лікуванні в урологічному відділенні з 20.12.16 р. до 12.01.17 р. Госпіталізований ургентно зі скаргами на прискорене, утруднене, малими порціями, млявим струменем сечовипускання, біль над лоном. Погіршення якості сечовипускання зазначає тривалий час. Раніше до уролога не звертався. З 19.12.16 р. до 20.12.16 р. перебував на лікуванні в хірургічному відділенні Широківської ЦРЛ з діагнозом: СКХ, камені сечового міхура. ГЗС. Одноразово евакуйовано до 200 мл сечі. В анамнезі життя: виразкова хвороба шлунка. Інвалід ІІІ групи, перебуває на обліку у психіатра з 1970 р. діагноз: шизофренія, параноїдна форма, параноїдний синдром, виражений змішаний тип дефекту. З 1990 р. підопічний Стародобровільського психоневрологічного інтернату. Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Нормальної статури. Шкірні покриви бліді. Дихання везикулярне, серцева діяльність ритмічна. АТ 140/90 мм рт.ст. ПС 84 уд.за хв. Т тіла 36,7 °С. Живіт м'який, болючий над лоном, де пальпується об'ємне, округле, щільне утворення близько 15 см в діаметрі. Верхівка його досягає пупка. Симптом постукування негативний з обох сторін. Симптомів подразнення очеревини немає. Нирки, печінка та селезінка не збільшені. Сечовипускання малими порціями. Ректально – простата помірно збільшена, пружно еластична, незначно болюча. Терапевт 20.12.16 р. Д-з. ІХС: дифузний

кардіосклероз. СН-1. Виразкова хвороба шлунка. Кахексія. УЗД сечової системи 20.12.16 р. Права нирка 47, 6 см², ліва – 49,0 см². ЧЛС значно розширені, більше справа, паренхіма тонка. С/міхур – 900,0 см³, деформований у вигляді двох порожнин, у них визначаються відлунно позитивні структури з тінювими доріжками 11,0 і 4,3 см.

Висновок: камені в с/міхурі. Хр.цистит. Дивертикул с/міхура. Двобічна пієлокалікоектазія. Хр. пієлонефрит. Оглядова, в/в урограми 20.12.16 р.

На 7, 15, 25, 60 хв. у проекції порожнини таза визначаються рентгенконтрастні круглі тіні 10x10, 6,5x6, 4,5x3, 1x1 см та неправильної форми 5,5x2,5 см. Функція правої нирки різко знижена, зліва виражена дилатація порожнин нирки і сечоводу по всій протяжності. СКТ СС від 21.12.16 р. Уростаз справа, розмір правої нирки дещо збільшений. Диференціації структур правої нирки немає (капсула з рідинним неоднорідним вмістом). Зліва розмір нирки дещо збільшений, МС розширена, сечовід розширений, сечовий міхур – дивертикул розміром близько 101 мм x 117 мм x 84 мм у ньому два конкременти – перший овальної форми, розміром близько 90 x 73 мм, щільність + 1013 од., другий – неправильної «квадратної» форми, розмір близько 39 мм x 30 мм x 26 мм, щільність +1447 од. У проекції сечового міхура, також два конкременти – розмір круглого в діаметрі близько 57 мм, щільність + 1386 од., другий неправильної «квадратної» форми, розмір близько 31 x 27 x 20 мм, щільність + 835 од. Передміхурова залоза 59 x 32 x 31 мм, множинні камені 1–2,5 мм. Лабораторні обстеження: РВ від 20.12.16р. ФГ– 05.09.16, №11 б/о. 20.12.16 р. ЗАК: Ер-3,0.Нв-80. Т-420,0. Л-10,7. п-32, з-64, л-2, м-2. Цукор крові –7,2. Сечовина – 8,0. 26.12.16 р.

ЗАК: Ер-3,2. Нв-86. Т-475,0. Кол. показ.– 0,81. 27.12.16 р. ЗАК: Ер-4,3. Нв-120. Л-15,5. ШОЕ-38. е-2, п-6, с-71, л-16, м-5. 20.12.16 р. ЗАС: білок– 1,16. Еп. пл – 0–2 в п/з. Л-покривають п/з. Ер. незм. 10–20 в п/з. 27.12.16 р. ЗАС: білок–0,24. Л 5–15 в п/з. Еп. пл 2–5в п/з. Ер. покривають все п/з.

Діагноз: хронічний калькульозний простатит. Склероз шийки сечового міхура. Хронічна затримка сечовипускання. Парадоксальна ішурия. Дивертикул сечового міхура. Камені сечового міхура та дивертикула. Хронічний гнійний цистит. Двосторонній уретерогідронефроз. Хронічний пієлонефрит. ХНН-1ст. Анемія. ІХС: дифузний кардіосклероз. Виразкова хвороба шлунка. Кахексія. Шизофренія, параноїдна форма, параноїдний синдром, виражений, змішаний тип дефекту. 26.12.16 р. проведено операцію – цистолітомію, дивертикулектомію, епіцистостомію. ГВ № 18677-82 від 03.01.17 р. Стінка дивертикула вистелена багат шаровим плоским епітелієм з наявністю в стінці хронічного запалення. Післяопераційний перебіг на тлі антибактеріальної, дезінтоксикаційної терапії та замісної гемотрансфузії гладкий. Загоєння рани до дренажу первинним натягом. Сечоміхурова норича сформувалася, дренаж функціонує добре. Виписаний з відділення в задовільному стані 12.01.17 р. для подальшого амбулаторного лікування.

Висновки

Наведений випадок демонструє грубі морфо-функціональні зміни сечової системи при несвоєчасному усуненні інфравезикальної обструкції.

Незважаючи на те, що хворий постійно перебував під наглядом медичних працівників, якість реального спостереження залишає бажати кращого.

РОЛЬ МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ В ПАТОГЕНЕЗІ ГОСТРОГО НЕУСКЛАДНЕНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ ТА ЗАПАЛЬНИХ ХВОРОБ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПЕРІОДУ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ

А.В. Руденко², С.П. Пасечніков^{1,2}, О.В. Ромащенко², П.О. Самчук¹, Л.Ф. Яковенко³

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

² ДУ «Інститут урології НАМН України»

³ Інститут молекулярної біології і генетики НАН України

Мета дослідження: вивчити показники імунітету у жінок репродуктивного віку (ЖРВ) з гострим неускладненим пієлонефритом (ГНП) у поєднанні із запальними хворобами органів малого тазу (ЗХОМТ) з урахуванням періоду і тривалості менструального циклу.

Матеріали та методи дослідження. Нами було проведено комплексне мікробіологічне обстеження та досліджено фактори, що характеризують стан місцевого імунітету у 90 ЖРВ, у тому числі 30 (І група) – із запальними хворобами органів малого тазу; 30 (ІІ група) – з ГНП, поєднаних з ЗХОМТ: 14-пацієнток з ГНП та ЗХОМТ, початок захворювання у яких припав на період з 20-го по 5-й день ОМЦ (ІА підгрупа), та 16 жінок (ІБ підгрупа) – з ГНП та ЗХОМТ, початок захворювання у яких припав на період з 6-го по 19-й день. Для порівняльного аналізу отриманих результатів паралельно було обстежено 30 клінічно здорових жінок, яких ми включили в контрольну групу.

Результати. Отримані результати імунологічних досліджень за середніми значеннями показали, що у хворих обох груп спостерігались статистично достовірні зміни. У 28,5±2,2% жінок І групи відповідно до 33,1±2,4% контрольної групи спостерігається зниження вмісту Т-хелперів. У жінок ІІ групи достовірно вищий вміст Т-супресорів ніж у групі порівняння (23,0±1,54% та 16,1±1,2% відповідно). В порівнянні з контрольною групою жінок відмічено достовірне підвищення ІgМ у хворих І групи (1,42±0,16% та 0,97±0,22% відповідно) та ІgМ

та ІgА у хворих ІІ групи (1,68±0,27% та 0,97±0,22%; 1,85±0,25% та 1,35±0,22%) відповідно контролю. Даний факт свідчить про зниження місцевого імунітету хворих жінок, який залежить від біологічних властивостей збудників. У хворих ІІ групи відмічається достовірно частіше підвищення ІgМ та ІgА ніж у жінок І групи (p<0,001), що свідчить про вагоме зниження місцевого імунітету та прогнозовано важчий перебіг захворювання. У період з 20-го по 5-й день ОМЦ у 1,4±0,41% жінок із ГНП та супутніми ЗХОМТ у порівнянні з 4,1±1,2% жінок з 6-го по 19-й день МЦ достовірно нижчий показник sІgА та достовірно вищий показник ІgА свідчать про більш виражену імунну відповідь, обумовлену важким перебігом захворювання.

Висновки. В цілому отримані результати дають змогу стверджувати, що фактори гормональної регуляції менструального циклу та зміни в місцевому імунітеті відіграють суттєву роль в патогенезі гострого пієлонефриту. Саме в зв'язку з цим у період з 20-го по 5-й день ОМЦ ризику розвитку ГНП максимальні. Це дає можливість по-новому оцінити принципи профілактики даного захворювання у жінок репродуктивного віку. На наш погляд, саме в цей період доцільно назначати протирецидивні курси антибактеріальної та імунокорегуючої терапії хворим на ГНП у поєднанні з ЗХОМТ. Подібний підхід дозволить підвищити ефект протирецидивної терапії та зменшити соціально-економічні втрати, пов'язані з лікуванням та реабілітацією жінок репродуктивного віку.

ВПРОВАДЖЕННЯ МУЛЬТИМЕДІА ТЕХНОЛОГІЙ В ПЕДАГОГІЧНИЙ ПРОЦЕС МЕДИЧНИХ ВНЗ

*А.О. Губарь, Г.В. Бачурін, М.А. Довбиш,
І.М. Довбиш, С.С. Ломака, Ю.С. Коломоєць*

Запорізький державний медичний університет

Активне впровадження мультимедіа технологій в освітній процес загальноосвітньої і професійної школи – найважливіший фактор модернізації освіти. Нині ці технології належать до тих, які найбільш динамічно розвиваються і перспективних напрямків в області інформатизації.

Зміст пропонованої статті не вичерпує весь спектр проблем, пов'язаних з впровадженням мультимедіа в освітній процес і ми пропонуємо розглянути лише деякі можливості їх застосування при навчанні студентів.

До основних відмінних ознак мультимедіа технологій належать:

- об'єднання апаратних і програмних засобів у багатокomпонентне інформаційне середовище (текст, відео, фото, графіка, звук);
- забезпечення надійності зберігання, передачі і використання великих обсягів інформації;
- уніфікація і простота переробки інформації.

Зупинимося на сутності поняття «мультимедіа» (від лат. *Multum* – багато і *media* – засоби). У Великій Енциклопедії мультимедіа – це «Комплекс апаратних і програмних засобів для роботи з відеозображенням і звуком» [1, с. 68]. У Новітньому словнику іноземних слів і виразів «мультимедіа – різноманітні засоби передачі інформації – текст, звук, зображення, анімація тощо» [3, с. 546].

Таким чином, під мультимедіа в широкому сенсі слід розуміти комплекс апаратних і програмних засобів, що дозволяє користувачеві працювати з різноманітними даними, організованими у вигляді єдиного інформаційного середовища. Апаратне та програмне забезпечення є визначальними аспектами мультимедіа.

До теперішнього часу склалися й інші варіанти тлумачення даного поняття:

- мультимедіа як ідея – новий підхід до зберігання інформації різного типу. Мультимедіа ідеологія – це прагнення збільшити ефективність спілкування людини і комп'ютера за рахунок застосування нових каналів передачі інформації;

- мультимедіа як технологія – сукупність організаційних технічних і програмних засобів,

що служитимуть для розробки мультимедіа-продуктів.

Мультимедіа техніка є конкретним елементом комп'ютера, що забезпечують запис, обробку, зберігання та відтворення мультимедійних даних (плати, комплекси і центри мультимедіа).

Подальший розвиток мультимедіа йде в напрямку об'єднання різноманітних типів даних у цифровій формі на одному носії в рамках однієї системи. Новий стандарт оптичного носія Blu-ray має ємність порядку одиниць і десятків гігабайт і замінює всі попередні: DVD і CD;

П% мультимедіа як продукт – організована сукупність мультимедіа елементів, пов'язаних певною темою, забезпечена засобами навігації і розрахована, в першу чергу, на зорове і слухове сприйняття. Характерною особливістю мультимедіа продукту є наявність в його змісті кількох сюжетних ліній (у тому числі і вибудовується самим користувачем на основі «вільного пошуку»).

Вище сказане дозволяє зробити висновок, що мультимедіа є одним з найбільш перспективних напрямків використання комп'ютерних технологій в освіті. Область застосування мультимедіа дуже широка і їх можливості в навчанні ще повністю не вивчені.

Актуальність застосування мультимедіа технологій в освітньому процесі пов'язана з подальшим розвитком інформатизації та повсякденним поширенням глобальної комп'ютерної мережі Інтернет.

Необхідність застосування мультимедіа технологій обумовлена також переходом від парадигми освіти знань до компетентнісної, що передбачає розвиток творчих здібностей учнів через інтерактивність, мультимедіа в цьому плані відкривають ні з чим не співмірні пізнавальні можливості.

Мультимедіа дозволяють об'єднати в комп'ютерній системі текст, звук, графічне зображення, відеозображення, анімацію (мультиплікація) і є сукупність технологій, що дозволяють комп'ютеру вводити, обробляти, зберігати, передавати і відображати такі типи даних, як текст, графіка, анімація, оцифруванні нерухомих зображень, відео, звук, мова тощо.

Однак не всі форми подання інформації та синтезу різних мистецтв можуть бути названі терміном «мультимедіа». Даним поняттям можуть бути позначені тільки ті комбінації двох або більше засобів передачі інформації, представлені в цифровому вигляді, які ефективно інтегровані для управління за допомогою єдиного інтерактивного інтерфейсу або комп'ютерної програми, що керує.

До педагогічних умов, які сприяють впровадженню мультимедіа технологій в освітній процес вищої школи, можна віднести наступні:

- створення особливого освітнього середовища, спрямованого на підвищення ефективності навчання за допомогою мультимедіа технологій;
- надання навчальної інформації в поєднанні з інтерактивністю, що забезпечує підвищення якості навчання;
- використання мультимедіа технологій, що сприятимуть підвищенню ініціативи і самостійності учнів в опануванні інновацій;
- забезпечення взаємодії викладача та студентів за допомогою інтерактивного діалогу з комп'ютером, що розширює межі пізнання нового, невідомого.

Комп'ютер і мультимедіа ресурси можуть стати не лише потужним засобом становлення і розвитку студента, а й, навпаки, сприяти формуванню «шаблонного» мислення, формального і безініціативного відношення до діяльності тощо. Тому в обговоренні перспектив використання мультимедіа ресурсів в освіті не повинна зменшуватися, як іноді це робиться, ані роль предметного навчання, ані роль викладача, який добре знає свій предмет і вміє керувати розвитком навчально-пізнавальної діяльності студентів. Тільки зробивши викладача своїм союзником, озброївши його конкретними мультимедіа ресурсами, придатними для використання на навчальному занятті, і методиками їх застосування, можна сподіватися на успішний розвиток педагогічних технологій на новій технологічній базі. Використання мультимедіа технологій в навчанні зазвичай розглядається в чотирьох основних напрямках:

- комп'ютер і мультимедіа технології як об'єкти вивчення;
- комп'ютер і мультимедіа технології як засоби представлення, зберігання і переробки навчальної інформації;
- комп'ютер як засіб організації навчальної взаємодії студентів;
- комп'ютер як засіб управління навчальною діяльністю [2].

Мультимедіа як форма представлення інформації різних видів мають величезний потенціал організації навчальної діяльності.

Мультимедіа ресурси за рахунок збільшення частки інформації, представлені у візуальній формі, відкривають перед викладачем нові можливості подання навчального матеріалу (кольорові динамічні ілюстрації, звуковий супровід, фрагменти «живих» навчальних занять тощо). Електронні засоби отримання, зберігання і переробки інформації несуть з собою нові види навчальної діяльності (створення навчальних сайтів, електронних посібників, складання словників, довідників тощо).

У навчальних закладах з'являється можливість створення електронних бібліотек з готовими мультимедіа ресурсами, автоматизованого подання різноманітних дидактичних матеріалів.

При використанні мультимедіа ресурсів на навчальному занятті викладач може гнучко змінювати форми навчальної взаємодії зі студентами (варіювання фронтальних, групових та індивідуальних форм, поля самостійності учнів, індивідуалізація навчання на основі врахування пізнавальних інтересів студентів, надання можливості працювати в індивідуальному режимі і темпі тощо), а також застосовувати нові форми навчальної взаємодії студентів з собою і між студентами.

Принциповим питанням у створенні і практичному застосуванні мультимедіа ресурсів для системи освіти є спрямованість методики навчання на формування позитивних мотивів, заснованих на інтересі і потребах студентів. Тільки в разі високої мотивації до використання мультимедіа ресурсів можливо результативне навчання студентів цілеспрямованому використанню освітнього потенціалу таких ресурсів.

Дослідження підтверджують, що застосування мультимедіа ресурсів у навчанні стимулює мотивацію учнів. Освітні засоби мультимедіа сприяють розвитку у студентів інтересу до навчання і підвищенню якості професійної підготовки, а також допомагають їм формувати уявляючі образи і моделі, особливо при вивченні технічних об'єктів. Таким чином, у більшості випадків застосування мультимедіа позитивно позначається на мотивації студентів.

Мультимедіа технології покликані зробити студента не лише спостерігачем готового навчального матеріалу, а й учасником його створення, перетворення, оперативного використання.

Нині для навчальних закладів найбільш доступними мультимедіа засобами навчання є різні мережеві версії – мультимедійні мережеві

диски. На жаль, ці матеріали за рідкісним винятком поки мало відрізняються від звичайних друкованих видань і, як правило, розраховані на позаурочну індивідуальну самостійну роботу, тому основний теоретичний матеріал, як і раніше, надається в знаково-символьній формі і супроводжується звичними готовими статичними кресленнями і малюнками.

Але наявні мультимедійні курси та освітні програмні продукти дозволяють вже сьогодні поновому будувати навчальне заняття. Одним з перспективних і важливих може стати комплексний підхід до використання мультимедіа тех-

нологій при вивченні деяких розділів вузівської програми (з досить стабільним вмістом і усталеними методиками навчання) в умовах аудиторії з інтерактивною дошкою.

Як зазначалося раніше, мультимедіа технології незмірно розширюють можливості в організації та управлінні навчальної діяльності і дозволяють практично реалізувати величезний потенціал перспективних методичних розробок, знайдених у рамках традиційного навчання, які, однак, залишалися незатребуваними або в силу певних об'єктивних причин не могли дати належного ефекту.

РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ РАННЕГО ПОВРЕЖДЕННЯ ПОЧЕК ПРИ МОЧЕКАМЕННОЇ БОЛЕЗНІ

Г.В. Бачурин, Ю.С. Коломеец

Запорожский государственный медицинский университет

Важность проблемы мочекаменной болезни огромная, поскольку это одно из самых распространенных урологических заболеваний, склонное к рецидивам и нередко к упорному, тяжелому течению (В.В. Черненко, 2015).

Мочекаменная болезнь – болезнь обмена веществ, вызванная различными эндогенными и экзогенными причинами, нередко носит наследственный характер и определяется наличием камня в мочевыводящей системе (В. В. Черненко, 2015).

Распространение мочекаменной болезни в Украине занимает второе место среди всех урологических заболеваний после инфекции мочевых путей (Возианов А.Ф., Пасечников С.П., 1999, Баранник С.И., 1997, Ahlawat R., Bhandari M., 1991) и составляет более 40% от всей урологической патологии (Ahlawat R., Whitfield H., 1996).

До назначения консервативного и/или оперативного лечения необходимо провести обследование для определения функционального состояния почек, печени, сывороточной концентрации и почечной, суточной экскреции камнеобразующих веществ и микробиологического состояния мочевыводящей системы (В. В. Черненко, 2015).

При наличии инфекционно-воспалительного процесса в мочевыводящей системе 1 раз в 3 месяца проводится микробиологический анализ мочи с определением чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам. В дальнейшем, комплексный контроль проводится 1 раз каждые 6 месяцев (В. В. Черненко, 2015).

В настоящее время маркерами повреждения почек принято считать протеинурию, креатинин сыворотки крови и скорость клубочковой фильтрации. При хронической болезни почек данные маркеры выявляют уже позднюю стадию поражения почек, когда лекарственная терапия не всегда эффективна и процесс поражения почек не обратим. Поэтому в последние годы большое внимание уделяется поиску так называемых биомаркеров острого и хронического почечного повреждения, позволяющих проводить раннее выявление патологических изменений в почках и определять их характер, дифференцировать поражение разных отделов нефрона, точно установить стадию процесса, оценить выраженность воспаления и интенсивность фиброгенеза (Л.И.Уразаева, А.Н. Максудова, 2014).

Белки, проходящие через клубочковую базальную мембрану почек, подвергаются фильтрации, объем которой обратно пропорционален молекулярному весу (для альбумина – 0,6%, для миоглобина – 75%). Тем не менее, только минимальные количества белков детектируются в моче, потому что большая их часть реабсорбируется в канальцах. Повышенная клубочковая проницаемость и большая тубулярная потеря плазменных белков могут быть дифференцированы при измерении количества и спектра элиминированных белков разного молекулярного веса в моче. Поражение клубочков диагностируется в том случае, если в моче преобладают альбумины (м.м. 66 кДа) и более высокомолекулярные бел-

ки. Канальцевый тип нарушений характеризуется наличием в моче низкомолекулярных белков – микроглобулинов (β_2 -, α_1 - и ретинолсвязывающий белок; м.м. <40 кДа), которые фильтруются клубочками и практически полностью реабсорбируются и катаболизируются в проксимальных канальцах. Смешанное поражение (клубочков и канальцев) выявляется в случае присутствия в моче и высоко- и низкомолекулярных белков.

Определение концентрации и спектра белков в моче используется в диагностике нефропатий, дифференциальной диагностике гломерулопатий, бактериальных и абактериальных тубулоинтерстициальных нефритов.

Структура выделяемых с мочой белков дает информацию о типе протеинурии: клубочковой или канальцевой:

1. Белки, проходящие через клубочковую базальную мембрану почек, подвергаются фильтрации.

2. Величина обратно пропорциональна молекулярному весу (для альбумина около 0,6%, для миоглобина около 75%).

3. Минимальные количества детектируются в моче, потому что большая часть белков реабсорбируется в канальцах.

4. Потери плазменных белков могут быть дифференцированы при измерении количества и спектра белков в разной ММ в моче.

Поражение клубочков – если в моче преобладает альбумин (ММ 66 кДа) и более высокомолекулярные белки;

Канальцевый тип нарушения – если в моче обнаруживают низкомолекулярные белки – микроглобулины (β_2 -, α_1 – ретинолсвязывающий белок; ММ≤40 кДа), которые фильтруются клубочками и в норме практически полностью реабсорбируются и катаболизируются в проксимальных канальцах.

Смешанное поражение (клубочковой и канальцевой) выявляется в случае присутствия в моче и высоко- и низкомолекулярных белков.

Структура выделяемых с мочой белков дает информацию:

1. О повышенной элиминации белков.

2. О дифференциации протеинурии по количеству белка в моче.

3. О предварительной диагностике нарушений почечной функции.

4. О типе протеинурии: клубочковой или канальцевой.

Как описано несколькими авторами, не менее важно то, что многие биомаркеры раннего повреждения почек могут приобрести важное

клиническое значение, если рассматривать их в качестве прогностических факторов тяжести и прогрессирования заболеваний, связанных с острой и/ или хронической болезнями почек.

KIM-1 (Kidney Injury Molecule – 1, молекула повреждения почек – 1). KIM-1 – трансмембранный протеин с доменами иммуноглобулина и муцина. Впервые описан в 1998 г. (J. Biol. Chem., 1998). В неповрежденной почечной ткани содержится в небольшом количестве, но после ишемии уровень в регенерирующих проксимальных каналах значительно возрастает. Как было показано на экспериментальных моделях, повышение уровня KIM-1 связано с ишемическим воздействием на почки и не всегда сопровождается повышением содержания азота мочевины и креатинина в крови (Vaidya V.S., Bobadila N.A., Bonventre J.V., 2006; Vaidya V.S., Ford G.M., Waikar S.S. et al., 2009). KIM-1 определяют с помощью иммуноферментного анализа. Информативность KIM-1 как биомаркера острого ишемического некроза канальцев почек у людей была впервые продемонстрирована авторами в 2002 году (Han W.K., Bailly V., Bonventre J.V., 2002). KIM-1 – признанный маркер канальцевого повреждения почек при острой патологии почек. На данный момент KIM-1 исследуется как маркер повреждения почек при различных хронических заболеваниях. Femke Waanders и соавт. провели исследование среди группы пациентов с недиабетической протеинурической нефропатией и показали, что KIM-1 значительно повышен среди пациентов с протеинурией по сравнению с контрольной группой и имеет прямую корреляцию с уровнем протеинурии – снижается в ответ на лечение иАПФ. Но даже при достижении целевого уровня белка в моче (1 г/л), KIM-1 не достигает нормального значения, что подтверждает продолжающееся повреждение канальцевого аппарата почек (Femke Waanders M.D. et al., 2009). Jungbauer C.G. и соавт., обследовав группу пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), определили, что KIM-1 был значительно повышен в группе пациентов с ХСН по сравнению со здоровыми лицами. KIM-1 значительно вырос со снижением функции левого желудочка. KIM-1 был также предиктором смертности от всех причин и повторной госпитализации по сердечной недостаточности. Jungbauer C.G. и соавт. предположили, что канальцевые поражения почек при ХСН могут присутствовать и у пациентов с нормальной функцией почек. Таким образом, KIM-1 является потенциальным маркером кардиоренального

синдрома с дополнительной прогностической ценностью (Jungbauer C.G., Birner C., Jung B., Buchner S., Lubnow M., von Bary C., Endemann D., Banas B., Mack M., Wцger C.A., Riegger G., Luchner A., 2011).

L-FABP – белок, связывающий жирные кислоты, печеночная форма. Печеночная форма белка L-FABP экспрессируется не только в печени, а также и в почках (в извитой и прямой частях почечных канальцев). L-FABP в моче (yL-FABP) – чувствительный маркер повреждения. При острой патологии почек, вызванном цисплатиной, L-FABP растет в первые 24 часа, а сывороточный креатинин – только через 72 часа. Концентрация L-FABP коррелирует с временем ишемии трансплантированной почки и перитубулярным капиллярным кровотоком (в обоих случаях $p \leq 0,0001$), а также со временем госпитализации ($p \leq 0,05$). L-FABP увеличивается с 20 до 1885 нг/мл креатинина за 4 часа у пациентов с острой патологией почек после операции на сердце. Концентрация L-FABP в моче повышена у пациентов с недиабетической хронической болезнью почек, ранней диабетической нефропатией, идиопатическим фокальным гломерулосклерозом и поликистозом почки. Другое обстоятельство, связанное с его ограниченным применением как маркера острой патологии почек, заключается в том, что белок значительно экспрессируется в печени, свободно фильтруется клубочками, но большая часть быстро реабсорбируется мегалинзависимым механизмом в проксимальных канальцах. Появились первые обнадеживающие данные о том, что вклад L-FABP из плазмы при хронической болезни почек – только около 3%, что свидетельствует о специфичности определения маркера именно для повреждения почек. В клинических исследованиях среди пациентов с хронической болезнью почек, yL-FABP точно отражает степень тубулоинтерстициального повреждения и коррелирует со скоростью прогрессирования хронической болезни почек. Кроме того, многоцентровое исследование показано, что yL-FABP более чувствителен, чем протеинурия в прогнозировании прогрессирования хронической болезни почек. В отношении диабетической нефропатии и острой патологии почек, yL-FABP является маркером ранней диагностики заболевания почек или предиктором ранней почечной патологии (Л.И. Уразаева, А.Н. Максудова, 2014). После многих клинических исследований, yL-FABP был утвержден в качестве нового канальцевого биомаркера, обнародованного Министерством здравоохранения, труда и благосостояния Японии (Kamijo-

Ikemori A., Ichikawa D., Matsui K., Yokoyama T., Sugaya T., Kimura K., 2013).

Коллаген IV типа в моче. Коллаген IV типа является основным компонентом базальной мембраны, считается, что он составляет основу ее структуры. В почках коллаген IV формирует большую часть гломерулярной базальной мембраны. Коллаген IV – новый, чувствительный маркер почечного фиброза и повреждения почечных клубочков. Уровень белка в моче увеличен при ренальных фиброзах и хронической почечной недостаточности. Определение коллагена IV имеет значение у пациентов на ранней стадии нефропатии, когда еще не выражена микроальбуминурия. Уровень коллагена коррелируется со стадией болезни.

π -глутатион S-трансфераза (π -GST) в моче. В почках π GST находится в дистальных канальцах и в норме экскретируется в мочу. Повышенные уровни π GST в моче являются индикаторами повреждения дистальных канальцев при отторжении трансплантата почки, нефротоксичности, инфекции, диабете и хронических заболеваниях почек.

α -глутатион S-трансфераза (α -GST) в моче. α GST локализуется в проксимальных канальцах нефрона, тогда как π GST содержится в основном в дистальных канальцах. α GST экскретируется в мочу здоровых людей и повышается при повреждении проксимальных канальцев при нефротоксичности, связанной с внешними факторами, ишемической реперфузией, диабетом, острой почечной недостаточностью, трансплантацией почки.

Уровень GSTs в моче – очень чувствительный индикатор текущего повреждения почки и может выявлять патологию почек тогда, когда другие маркеры, например, креатинин в сыворотке или азот мочевины крови, остаются неизменными. Таким образом, одновременное определение концентрации π GST и α GST позволяют проводить дифференциальную диагностику нарушений проксимального и дистального канальцев.

Вышерассмотренные в данном обзоре KIM-1, L-FABP – белок, связывающий жирные кислоты, печеночная форма, коллаген IV типа в моче, π -глутатион S-трансфераза (π -GST) в моче, α -глутатион S-трансфераза (α -GST) в моче принимают непосредственное участие в развитии и прогрессировании острой и /или хронической болезни почек при различных заболеваниях почек и обладают достаточно весомым диагностическим потенциалом. Внедрение биомаркеров раннего повреждения почек в клиничес-

кую практику суттєво розширило б можливість діагностики гострої і /або хронічної хвороби нирок, дозволило б проводити неінвазивний моніторинг прогресування даної патології і контроль ефективності проведеної терапії. Однак в даний момент недостатньо вивчена ступінь участі KIM-1, L-FABP – білок, зв'язуючий жирні кислоти, печеночна форма, колаген IV типу в моче,

π -глутатіон S-трансфераза (π -GST) в моче, α -глутатіон S-трансфераза (α -GST) при вторинних нефропатіях (гіпертонічна, діабетична, подагрична нефропатія), роль яких в структурі хронічної хвороби нирок неуклонно зростає. В зв'язі з цим перспективним є подальше вивчення значень даних біомаркерів в діагностиці гострої і /або хронічної хвороби нирок.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЕТІОТРОПНОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ІНФІКОВАНИХ ЗБУДНИКАМИ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ

С.П. Пасечніков^{1,2}, В.С. Грицай¹, С.В. Нашеда²

¹ Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

² ДУ «Інститут урології НАМН України»

Мета дослідження. Покращити результати черезміхурової простатектомії у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ), інфікованих збудниками інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), методом застосування етіотропної профілактики ранніх післяопераційних ускладнень (РПУ).

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовано результати лікування 389 хворих на ДГПЗ, яким було виконано черезміхурову простатектомію. Усі пацієнти отримували в ранньому післяопераційному періоді левофлоксацин 500 мг один раз на добу. I група – 204 пацієнти, не інфіковані збудниками ІПСШ, II група – 89 хворих, інфіковані збудниками ІПСШ без *Trichomonas vaginalis*, III група – 60 пацієнтів, інфікованих *Trichomonas vaginalis*. IV група – 36 хворих, інфікованих *Trichomonas vaginalis*, які додатково отримували орнідазол 500 мг 2 рази на добу – 10 днів.

Результати. За даними наших досліджень відсоток ускладнень у хворих на ДГПЗ, інфікованих збудниками ЗПСШ без *Trichomonas vaginalis*, достовірно вищий у порівнянні з хворими неінфікованих збудниками ЗПСШ ($32,5 \pm 5,0\%$ проти $20,1 \pm 2,8\%$, $p < 0,05$). Порівнюючи результати лікування у групах II та III встановлено, що у пацієнтів інфікованих урогені-

тальним трихомоніазом у ранньому післяопераційному періоді, достовірно частіше виникали ускладнення у порівнянні з групою хворих, де були виявлені збудники ЗПСШ без *Trichomonas vaginalis* у 2,1 разу ($p < 0,05$). Аналіз результатів лікування у групах III та IV свідчить, що застосування орнідазолу після трансвезикальної простатектомії у хворих з урогенітальним трихомоніазом, дозволив знизити частоту ускладнень у ранньому післяопераційному періоді у 2,2 разу ($p < 0,05$).

При порівнянні груп I та IV, II та IV достовірної різниці у розвитку ускладнень у ранньому післяопераційному періоді не виявлено.

Висновки. Враховуючи отримані дані, можна констатувати, що інфікованість збудниками ЗПСШ, без *Trichomonas vaginalis*, підвищує ймовірність розвитку РПУ в 1,6 разу. Також встановлено, що інфікованість урогенітальним трихомоніазом, хворих на ДГПЗ, відіграє важливу роль у розвитку ранніх післяопераційних ускладнень після трансвезикальної простатектомії, а використання препарату орнідазол, як етіотропної профілактики в ранньому післяопераційному періоді, дозволяє суттєво покращити результати оперативного втручання та знизити вірогідність розвитку ускладнень у даній категорії пацієнтів у 2,2 разу.

РЕНТГЕНОСТРУКТУРНИЙ АНАЛІЗ СЕЧОВИХ КАМЕНІВ

В.П. Стусь¹, М.М. Моїсеєнко¹, В.В. Коштура¹,
Є.О. Світлічний², О.О. Можейко², Д.І. Люлька²

¹ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

Вступ. Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації урологів необхідно досліджувати склад сечових каменів у кожного пацієнта (С. Turk, T. Knoll, 2015). Рекомендовано два методи дослідження каменів: рентгеноструктурний аналіз та інфрачервона спектроскопія. Нами був використаний метод рентгеноструктурного аналізу у 73 хворих, які лікувались у клініці урології ДЗ «ДМА МОЗ України» на базі КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова». Спираючись на отримані дані, та порівнюючи їх із зарубіжними дослідженнями, можна зробити висновок про переважання мінералів оксалату кальцію при сечокам'яній хворобі серед населення. Про це свідчать дослідження 1747 сечових каменів у Саудівській Аравії (А. Amir, В. Matlaga, 2014), де оксалат кальцію склав 85,2% від загальної кількості. Схожа ситуація спостерігалася при дослідженнях у Туреччині (О. Karabasak, А. Dilli, 2016), де 80,4% склав оксалат кальцію, 4,8% сечова кислота, 3,1% цистинові і 3,3% фосфати. А також в Алжирі (S. Bouslama, А. Boutefnouchet, 2014): 68,5% оксалату кальцію, 15% фосфат кальцію і 29,8% уратних каменів. Подібні дані спостерігалися: в Китаї при дослідженні 2383 сечових каменів, де було виявлено найбільший відсоток 84,1% оксалату кальцію (X. Yang, С. Zhang, 2014). При дослідженні 434 сечових каменів в Індії, було виявлено, що 97% каменів складаються з оксалату кальцію (D. Vergauwe, R. Verbeek, 2016). У Норвегії було виявлено, що 90,4% каменів містять кальцій (В. Otne, 2015). В Японії ситуація була схожою, при аналізі 2755 сечових каменів більшість з них складалася з оксалату кальцію (М. Ohkawa, S. Tokunaga, 2016). Так само варто зазначити, що в зарубіжних дослідженнях велика частина захворюваності СКХ припадала на чоловіків (J. Lieske, А. Rule, 2015). Також метод дав дуже малий відсоток похибки, що так само визначалося при аналізі, проведеному у Франції на прикладі аналізу 10 617 сечових каменів, з яких найчастішим компонентом (86,48%) був оксалат кальцію, потім фосфат кальцію (79,75%) і пуринів (18,64%) [M. Daudon, R. Donsimoni, 2014].

Також далі зображений розподіл елімінованих сечових каменів за хімічним складом (СаОх – чистий оксалат кальцію, СаОх+СаР – змішані оксалатні та фосфатні камені, СаР – кальцій фосфат, струвіти, камені сечової кислоти та уратні камені, цистинові) у таких країнах світу: Білорусь (151 камінь), Норвегія (500 каменів), Англія (243 каменів), Бельгія (239 каменів), Франція (322 каменів), США (10 000 каменів), Ізраїль (1000 каменів), Йорданія (128 каменів), Ірак (146 каменів), Індія (431 камінь), Австрія (226 каменів), Судан (32 каменів), Швеція (623 каменів), Україна (73 каменів).

Мета дослідження: за допомогою рентгеноструктурного аналізу вивчити якісний і кількісний склад сечових каменів, у хворих, пролікованих у клініці урології ДЗ «ДМА МОЗ України» на базі КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова».

Матеріали та методи дослідження. При дослідженні використовувався метод рентгеноструктурного аналізу, який досліджує кристалічну структуру речовини по розподілу в просторі та інтенсивності розсіяного на аналізованому об'єкті рентгенівського випромінювання (А. И. Китайгородский, 2015). Таким чином було проаналізовано 73 сечових каменів, вилучені у хворих.

Результати та їх обговорення. У дослідженні взяли участь 39 жінок і 34 чоловіки. Вік пацієнтів від 20 до 85 років. Найбільша кількість пацієнтів була віком 50–59 років – 22%, найменша у 80±8%.

Мінеральний аналіз складу каменів виявив наступне. Зміст речовин: найбільше оксалату кальцію – 59%; на другому місці урат кальцію – 36%; менше за все гідрофосфату кальцію – 2%. Також у всіх випадках мала місце невизначена фаза – близько 3%.

Висновки. При дослідженні методом рентгеноструктурного аналізу 73 сечових каменів, вилучених у пацієнтів клініки урології ДЗ «ДМА МОЗ України», нами була виявлена переважна кількість оксалату кальцію – 59%, на другому місці урату кальцію – 36% та найменше гідрофосфату кальцію – 2%.

РАДИКАЛЬНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА РАК СЕЧОВОГО МІХУРА ЗА 6 РОКІВ

В.П. Стусь¹, В.М. Краснов^{1,2}, М.Ю. Поліон^{1,2}, І.А. Осінній², С.А. Дяговець²

¹ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

У 28 країнах Європейського союзу (ЄС), щорічно більш ніж у 120 000 людей діагностується рак сечового міхура (РСМ) та понад 40 000 людей помирає (він є шостою причиною смертності). Рак сечового міхура коштував ЄС 4,9 мільярда за 2012 рік, при цьому вартість послуг охорони здоров'я була 2,9 мільярда (59%), складаючи 5% від усіх витрат на онкологічну допомогу. На лікування раку сечового міхура у 2012 році витрачено 3% усієї вартості онкологічних захворювань у ЄС (143 мільярди).

Покази до цистектомії (ЦЕ):

- при м'язово-інвазивному РСМ;
- рецидив після органозберігаючого лікування;
- неперехідно-клітинні пухлини;
- з паліативною метою при кровотечі з сечового міхура;
- при розпаді пухлини;
- пухлинні нориці.

Вибір способу деривації сечі залежить від онкологічного статусу хворого, стану верхніх сечових шляхів та кишківника, самопочуття пацієнта, досвіду та уподобань хірурга. Як інконтинентні типи

деривації у нашій клініці виконували уретерокутанеостомію та операцію Брікера, а як континентну деривацію – операцію Штудера.

Протягом 6 років спостереження (2012–2017 рр.) у нашій клініці виконано 225 цистектомій, з них деривацій за Брікером – 27, за Штудером – 21, тобто відсоток уретерокутанеостомій склав 78,7% (n=177). Проте у порівняльному аспекті відсоток уретерокутанеостомій нашої клініки зменшився з 88,6% у 2012 році до 53,1% у 2017 році, а кількість деривацій за Штудером та за Брікером, відповідно, зросла в 3,7 разу (з 11,4% до 46,9%).

Середній бал за Карновським у хворих, яким виконали уретерокутанеостомію – $68,1 \pm 0,6$, деривацію за Брікером – $72,5 \pm 2,2$ ($p < 0,05$ порівняно з уретерокутанеостомією), для деривації за Штудером – $81,4 \pm 1,7$ ($p < 0,001$).

Таким чином, своєчасна діагностика захворювання, застосування сучасних підходів до лікування та вдосконалення хірургічної техніки є важливим елементом удосконалення роботи, що дозволило збільшити кількість «кишкових» деривацій у 4 рази за 6 років.