

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

м. Дніпро
3–4 жовтня 2019 р.

ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ МЕГАЦИСТУ ВНАСЛІДОК ТРИВАЛОЇ ІНФРАВЕЗИКАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ

Л.П. Саричев, Р.Б. Савченко

Українська медична стоматологічна академія

Впродовж останніх десятиліть відмічається стійкий крен у бік медикаментозного лікування ДГПЗ, яке усуває симптоми нижніх сечових шляхів (СНСШ), але не завжди перериває патологічний ланцюг і у ряді випадків призводить до невиправданого затягування оперативного лікування. За даними К.Е.Andersson і співавт. (2011) у післяопераційному періоді майже у 50% пацієнтів, а у віддалені строки у 60% пацієнтів залишаються СНСШ. J.Sonksen і співавт. (2015) відмічають пряму кореляційну залежність між тривалістю інфравезикальної обструкції і порушенням функції детрузора. Нерідко внаслідок утворення мегацисту після усунення обструкції не вдається відновити випорожнення сечового міхура.

В 2017–2019 рр. в урологічній клініці перебувало на лікуванні 5 хворих з декомпенсованим сечовим міхуром внаслідок тривалої інфравезикальної обструкції, яким проведено успішну хірургічну корекцію мегацисту. Наводимо приклад.

Хворий Д., 60 років, госпіталізований зі скаргами на неможливість самостійного сечовипускання, періодичний ниючий біль над лоном. Вважає себе хворим впродовж 7 років. Із анамнезу, 6 років тому з приводу ДГПЗ виконана ТУРП. Сечовипускання відновилося, Q_{\max} – 14,1 мл/сек, об'єм залишкової сечі не перевищував 100 мл. Через рік з приводу збільшення об'єму залишкової сечі до 450 мл, інтермітуючої сечової інфекції хворому накладена цистостома, а через 6 тижнів виконана ТУР стриктури шийки сечового міхура. Впродовж наступних 5 років хворому двічі на рік проводилось комплексне лікування, спрямоване на відновлення мікроцир-

куляції та іннервації сечового міхура, лікування сечової інфекції. При госпіталізації Q_{\max} – 3,1 мл/сек, I-PSS – 35 балів, QoL – дуже невдоволений, PSA – 0,9 нг/мл. За даними УЗД розміри та структура нирок у межах норми, об'єм сечового міхура 720 см³, візуалізуються множинні конкременти, об'єм передміхурової залози – 27 см³, об'єм залишкової сечі – 480 см³. Встановлено діагноз: Рецидив стриктури шийки сечового міхура. Хронічна затримка сечі. Мегацист. Хронічний цистит. Каміні сечового міхура. Під спинальною анестезією, розтином над лоном витончена передня стінка сечового міхура у ділянці верхівки розсічена впоперек на 10 см. Видалено до 20 конкрементів розмірами до 15 мм. Виконано клиноподібну резекцію шийки сечового міхура. Далі стінка сечового міхура впродовж 6 см методом гідропрепаровки лібералізована від адвентиції в напрямку шийки сечового міхура та впродовж 6 см від слизової в напрямку дна сечового міхура. Лібералізовану від адвентиції нижню частину сечового міхура підшито по краю безперервно-вузловим швом VICRYL 3/0 до лібералізованої від слизової верхньої частини сечового міхура. Далі верхня частина стінки сечового міхура накладена на нижню і також підшита по краю безперервно-вузловим швом VICRYL 3/0, утворивши дублікатуру. Стінки сечового міхура додатково зшиті між собою поодинокими вузловими швами VICRYL 3/0. Сечовий міхур дреновано уретральним катетером Foley 20 F, який видалений на 8 добу. При контрольному обстеженні через 6 місяців максимальний об'єм сечового міхура – 320 см³, об'єм залишкової сечі не перевищував 70 см³, Q_{\max} – 17,6 мл/с, I-PSS – 8 балів, QoL – вдоволений.

Таким чином, шляхом утворення дублікації стінки вдається зменшити об'єм сечового міхура при максимальному збереженні м'язової

тканини, тим самим підвищити скоротливу здатність детрузора і відновити спорожнення сечового міхура.

Адреса для листування

Л.П. Саричев

E-mail: leonid.sarychev@gmail.com

Тел.: +380978438055

АВТОМАТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ УРОФЛОУМЕТРИИ МЕТОДОМ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ

А.Е. Квятковский¹, Е.А. Квятковский¹, Т.А. Квятковская²

¹ КУ «Днепропетровская ГKB № 9 ДОС»

² ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

Вступление. Исследование уродинамики нижних мочевых путей является неотъемлемой частью обследования больных с заболеваниями, сопровождающимися симптомами нижних мочевых путей. Эффективным и относительно простым методом объективной оценки мочеиспускания является урофлоуметрия (УФМ). Анализ урофлоуграм требует затрат времени, зависящих от опыта врача, и сопряжен с субъективным фактором в интерпретации полученных данных. Существующая количественная оценка параметров урофлоуграм должна сопоставляться с качественным анализом кривых. Этот процесс до настоящего времени не автоматизирован. Субъективная оценка зависит от способностей наглядно-образного мышления оператора и его навыков сопоставления всего массива уже освоенных образов/паттернов, в данном случае урофлоуграм. Поэтому автоматический анализ характерных особенностей кривых может не только сэкономить время, но и сделать оценку урофлоуграм более надежной. Данная статья призвана улучшить эту ситуацию. Существует большое количество работ, посвященных разработке методов анализа и классификации медицинских временных рядов, таких как ECoG, ECG, EMG, EOG, EEG (J. van der Westhuizen и соавт., 2016, S. Min и соавт., 2017, O. Faust и соавт., 2018). Несмотря на это, классификации урофлоуметрических и уродинамических данных до сих пор посвящено считанное количество исследований (S. Altunay и соавт., 2009, А.Е. Квятковский и соавт., 2011, Vaas, 2016). Вместе с тем, вначале 2010-х годов, с появлением достаточных вычис-

лительных мощностей, во многих задачах машинного обучения выдающиеся результаты начала показывать концепция нейронных сетей. Важным преимуществом применения нейронных сетей является отсутствие необходимости использования для классификации каких-либо эмпирически подобранных признаков. Это позволяет избежать ситуации, когда признаки построены неудачно или процесс их подбора слишком трудоемок.

Цель исследования: разработка метода автоматической классификации урофлоуграм с использованием нейронных сетей для оптимизации процесса урофлоуметрии и скрининговых исследований состояния мочеиспускания.

Материал и методы исследования. Для обучения и тестирования нейронной сети использовался набор из 3830 результатов УФМ, вручную классифицированных по 9 классам (таблица). Урофлоуграммы были получены на урофлоуметре «Поток-К» (разработчик аппарата и компьютерного обеспечения А.Е. Квятковский). Было обследовано 2640 мужчин и 1190 женщин, что составило 69% и 31% от общего количества исследований соответственно. Возраст пациентов варьировал от 18 до 90 лет. Данные случайным образом разбивались на обучающую и тестовую выборку в соотношении 70% и 30%. Вычислительные эксперименты проводились на GPU Nvidia GTX 1080 и CPU Intel i7-4790. Использовался язык программирования Python и библиотеки Tensorflow и Keras.

Результаты и их обсуждение. Проведенное на наших данных тестирование нейронных сетей

показало, що сеть FCN (Z. Wang и соавт., 2016) имеет результаты, сходные с сетями ResNet и LSTM-FCN, при значительном уменьшении времени на обучение, что позволило отдать ей предпочтение. Нами были внесены некоторые улучшения в оригинальную архитектуру FCN: увеличение размера фильтров в 2 раза, а также учет 13 численных параметров, что дало прирост точности классификации на 7%.

Наиболее высокая точность (84,1–95,58%) достигнута в определении самых важных для диагностического процесса позиций: норма, обструктивное мочеиспускание (инфравезикальная обструкция), обструктивно-прерванное мочеис-

пускание («брюшное» мочеиспускание) и прерывистое мочеиспускание (детрузорно-сфинктерная диссинергия). Существует возможность определения нормального типа урофлоуграм с точностью 96,64%. Для совершенствования программы необходимо устранение влияния несбалансированности набора данных по классам.

Выводы. Полученные результаты достаточны для практического применения. Возможна выдача автоматических заключений при массовых скрининговых исследованиях, рекомендаций врачу в процессе освоения урофлоуметрии и ускорение его работы в дальнейшем, облегчение анализа большого количества урофлоуграм.

Адреса для листування

Т.А. Квятковская

E-mail: tatiana.kvyatkovskaya@gmail.com

МОЛЕКУЛЯРНІ МАРКЕРИ VEGF, TNF- α ТА TNF- β У ХВОРИХ НА РАК СЕЧОВОГО МІХУРА СТАДІЇ T₃N₀M₀ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК ЗІ СТУПЕНЕМ НЕОПЛАЗІЇ ПУХЛИНИ

В.С. Федевич, Ю.О. Мицик, Ю.Б. Борис

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Незважаючи на сучасні досягнення у діагностичній та лікувальній тактиці хворих на рак сечового міхура, актуальність цієї онкоурологічної проблеми залишається по дійсний час. Згідно з даними національного канцер-реєстру, у 2018 році показник захворюваності на рак сечового міхура складав 11,4 осіб на 100 тис. населення України. З числа вперше виявлених стадію T₃ мали 14,7% хворих, а показник смертність становив 8 на 100 тис. чоловіків та 1,3 – жінок.

Накопичено безліч даних, що підтверджують участь VEGF (фактор росту ендотелію судин) і TNF (фактор некрозу пухлини) у розвитку та прогресуванні злоякісних новоутворень і, отже, є перспективними мішенями при використанні таргетної терапії.

Мета дослідження: визначення молекулярних маркерів VEGF, TNF- α та TNF- β у сечі хворих на рак сечового міхура стадії T₃N₀M₀ і встановлення їх зв'язку зі ступенем неоплазії G.

У дослідження було залучено 47 хворих на РСМ стадії T₃N₀M₀ (основна група), серед яких було 27 чоловіків та 20 жінок. Середній вік чоловіків складав 58,1 \pm 7,8 року, жінок – 59,4 \pm

1,3 року. У якості контролю були використані клінічні дані 30 здорових осіб.

За результатами проведеного статистичного аналізу, у досліджуваних хворих середній рівень VEGF у сечі складав 245,65 \pm 7,90 пг/мл і суттєво перевищував даний показник у контрольній групі, який становив 131,23 \pm 7,80 пг/мл. При цьому, така різниця була статистично достовірною (p=0,04).

Як впливає з отриманих даних, дещо частіше ми спостерігали низький ступінь неоплазії G1, він був виявлений у 19 з 47 хворих, що становило 40,43%, G1 було діагностовано у 34,04% пацієнтів, а ступінь G3 – у 25,53% хворих на РСМ стадії. Слід наголосити, що у зв'язку із ретроспективним характером дослідження, наведені вище дані не цілком відображують дійсну епідеміологічну ситуацію щодо частоти ступенів неоплазії РСМ стадії T₃N₀M₀. При вивченні рівня VEGF у сечі хворих із ступенями неоплазії G1, G2, G3, було виявлено, що у згаданих підгрупах пацієнтів його середнє значення дорівнювало 239,59 \pm 9,84 пг/мл, 246,84 \pm 8,79 пг/мл та 251,57 \pm 7,22 пг/мл відповідно.

Отримані в ході дослідження дані щодо рівнів TNF- в сечі хворих на РСМ стадії T₃N₀M₀ не мали принципових відмінностей від результатів отриманих при вивченні стадій T1 та T2: у хворих на РСМ середній рівень TNF-а в сечі складав 361,51±6,76 пг/мл, а у контрольній групі – 352,68±6,75 пг/мл, така різниця не була статистично достовірною (p>0,05).

При визначенні рівнів TNF-α у хворих із різним ступенем неоплазії було виявлено, що у підгрупах пацієнтів із G1, G2, G3, середні значення цього маркера в сечі склали 360,04±5,97 пг/мл, 361,92±6,89 пг/мл та 363,07±7,50 пг/мл відповідно.

Середній рівень TNF-β в сечі досліджуваних хворих складав 38,27±4,68 пг/мл, при цьому даний показник у контрольній групі становив 33,82±4,62 пг/мл, а така різниця не була статистично достовірною (p>0,05). При ступеню неоплазії G1 середній рівень TNF-β в сечі хворих становив 37,01±4,46 пг/мл, при G2 – 38,30±4,49 пг/мл та при G3 – 40,01±4,83 пг/мл.

Проведене нами дослідження щодо визначення молекулярних маркерів VEGF, TNF-α та TNF-β у сечі хворих на рак сечового міхура стадії T₃N₀M₀ і встановлення їх зв'язку зі ступенем неоплазії G довело, що хворих на РСМ стадії T₃N₀M₀ середній рівень VEGF в сечі складав 245,65±7,90 пг/мл і суттєво перевищував даний показник у контрольній групі, який становив 131,23±7,80 пг/мл. При цьому, така різниця була статистично достовірною. У діагностиці РСМ чутливість та специфічність рівню в сечі TNF-α, були невисокими та склали 30% та 20% відповідно, а рівню TNF-β ще нижчими – 25% та 20% відповідно, що не є репрезентативним для даного захворювання.

Таким чином, визначення вмісту молекулярних маркерів VEGF, TNF-α та TNF-β у сечі хворих на рак сечового міхура стадії T₃N₀M₀ може слугувати підставою для розробки нових методів ранньої діагностики захворювання, а також прогнозування перебігу та оцінки ефективності лікування.

Адреса для листування

В.С. Федевич

E-mail: fedevychvit@gmail.com

ГІДРОНЕФРОТИЧНА ТРАНСФОРМАЦІЯ І ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ВЕРХНІХ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ УРЕТЕРОЛІТІАЗОМ ДО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИМИ МЕТОДАМИ

Б.-Б.О. Білоруський

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Нині, уретерореноскопія є стандартною маніпуляцією, яку можна використовувати як і з діагностичною, так і з лікувальною метою. Основним полем для діяльності є суправезикальна ендоскопія при лікуванні уретеролітазу, сьогодні, наявність напівжорстких та гнучких уретерореноскопів сприяє кращому доступу до проксимальних відділів сечоводу і нирки, а в поєднанні з гольмієвим лазером – це ефективний та безпечний метод інтракорпоральної літотрипсії. Сучасні покоління уретероскопів робить будь-яку частину сечовидільного тракту доступною, при лікуванні уретеролітазу.

Метою роботи стало вивчення функціонального стану верхніх сечовивідних шляхів (ВСВШ) у залежності від ступеня уретерогідронефротичної трансформації. Встановлення кореляції між змінами функціонального стану ВСВШ та тривалістю перебування конкремента в сечоводі

Дослідження провели 62 хворим із конкрементами сечоводів, котрим виконувалась контактна уретеролітотрипсія. Серед 62 пацієнтів було 24 чоловіки та 36 жінок. Середній вік чоловіків становив – 54±0,46; жінок – 56±0,5 років. Розміщення конкрементів: у верхній тре-

тині сечоводу – 14 пацієнтів, в середній третині – 19 пацієнтів, у нижній третині – 29 пацієнтів. Розміри конкрементів: від $>2\pm 0,13$ см у 11 хворих, до $1,5\pm 0,43$ см у 33 хворих, до $1\pm 0,13$ см у 18 хворих. Виявлений хімічний склад конкрементів: 24 хворих – змішаний оксалатно-уратний літіаз, 23 хворих – уратний літіаз, у 8 хворих – оксалат моногідрату, в 6 хворих – фосфатний літіаз, в 1 хворого – цистиновий літіаз.

Із 62 пацієнтів односторонній гідронефроз I ступеня виявлено у 21 хворого, гідронефроз II ступеня – у 26 хворих, Гідронефроз III ступеня – у 15 хворих. Пацієнти із термінальним гідронефрозом не включалися в дане дослідження.

83 хворим із конкрементами сечоводів виконувалась лазерна уретеролітотрипсія. Серед 83 пацієнтів було 38 чоловіків та 46 жінок. Середній вік чоловіків становив – $57\pm 0,5$; жінок – $54\pm 0,48$ року. Розміщення конкрементів: у верхній третині сечоводу – 21 пацієнта, в середній третині – 23 пацієнтів, у нижній третині – 39 пацієнтів. Розміри конкрементів: від $>2\pm 0,14$ см у 16 хворих, до $(1,5\pm 0,14)$ см у 52 хворих, до $1\pm 0,1$ см – у 15 хворих. Виявлений хімічний склад конкрементів: 39 хворих – змішаний оксалатно-уратний літіаз, 20 хворих – уратний літіаз, у 18 хворих – оксалат моногідрату, в 5 хворих – фосфатний літіаз.

Із 84 пацієнтів односторонній гідронефроз I ступеня виявлено у 24 хворих, гідронефроз II ступеня – у 38 хворих, гідронефроз III ступеня – у 22 хворих. Пацієнти із термінальним гідронефрозом не включалися в дане дослідження.

Контрольну групу склали 30 здорових осіб відповідних статі та віку.

При аналізі ренограми брались до уваги такі показники: кліренс крові за Вінтером, відносна секреторна активність, час максимального накопичення, час напіввиведення.

У хворих уретеролітіазом з наявним гідронефрозом I ступеня, при лікуванні яких використовували пневматичний літотриптор, тривалість перебування конкрементів у сечоводі найчастіше становила до 3 місяців (11 з 21 випадку), до 6 місяців – 6 випадків, більше 1 року – 4 випадки. При гідронефрозі II ступеня тривалість перебування конкременту становила: до 3 місяців – 10 випадків, до 6 місяців – 9 випадків, більше 1 року – 7 випадків. При гідронефрозі III ступеня спостерігалась зворотна ситуація: найчастіше конкремент перебував у сечоводі понад 1 рік (7 з 15 випадків), до 6 місяців – 5 випадків, до 3 місяців – 3 випадки.

Дані свідчать, що при лікуванні з використанням лазерного літотриптора, у хворих уре-

теролітіазом з наявним гідронефрозом I ступеня, тривалість перебування конкрементів у сечоводі найчастіше становила до 3 місяців (14 з 24 випадків), до 6 місяців – 7 випадків, більше 1 року – 3 випадки. При гідронефрозі II ступеня тривалість перебування конкременту становила: до 3 місяців – 13 випадків, до 6 місяців – 20 випадків, більше 1 року – 5 випадків. При гідронефрозі III ступеня найчастіше конкремент перебував в сечоводі понад 1 рік (11 з 22 випадків), до 6 місяців – 7 випадків, до 3 місяців – 4 випадки.

Оцінка функціонального стану нирок у хворих з уретеролітіазом, яким виконували лазерну уретеролітотрипсію, за даними радіоізотопної ренографії, виявила погіршення функціональної здатності ураженої нирки в порівнянні із контрольною групою. Зростання кліренсу крові за Вінтером від 58,3% при уретерогідронефрозі I ступеня, до 64,7% та 72,5% при уретерогідронефрозі II та III ступенів відповідно, сприяло подальшому розвитку хронічної ниркової недостатності. Показник часу максимального накопичення у даній групі пацієнтів теж зростає у порівнянні з контрольною групою та паралельно із ростом ступеня уретерогідронефрозу, від $6,3\pm 0,43$ хв. при уретерогідронефрозі I ступеня до $7,4\pm 0,4$ хв. та до $8,2\pm 0,5$ хв. при уретерогідронефрозі II та III ступенів відповідно. Відносна секреторна активність має тенденцію до зниження при збільшенні ступеня уретерогідронефрозу (46,8% – при уретерогідронефрозі I ступеня; 37,9% – при уретерогідронефрозі II ступеня; 30,1% – при уретерогідронефрозі III ступеня). У контрольній групі цей показник складає 52,9%. Час напіввиведення теж зростає паралельно з наростанням уретерогідронефрозу: 11,8 – при I ступені, 41,4 – при II ступені, 90,8 – при III ступені уретерогідронефрозу.

У хворих із уретеролітіазом, котрим виконували пневматичну уретеролітотрипсію, отримано схожі показники функціонального стану нирок, як і в попередній групі, пролікованої методом лазерної уретеролітотрипсії. Кліренс крові за Вінтером зростає паралельно із наростанням уретерогідронефрозу (59,7% – при уретерогідронефрозі I ступеня, 66,2% – при уретерогідронефрозі II ступеня, 69,5% – при уретерогідронефрозі III ступеня). У контрольній групі – 49,3%. Показник часу максимального накопичення у даній групі пацієнтів теж зростає у порівнянні з контрольною групою, від $6,2\pm 0,37$ хв. – при уретерогідронефрозі I ступеня до $7,2\pm 0,41$ хв. та до $7,8\pm 0,52$ хв. – при уретерогідронефрозі II та III ступенів відповідно. Віднос-

на секреторна активність, як і в попередній групі, має тенденцію до зниження при збільшенні ступеня уретерогідронефрозу (46,2% – при уретерогідронефрозі I ступеня; 38,4% – при уретерогідронефрозі II ступеня; 33,7% – при уретерогідронефрозі III ступеня). У контрольній групі цей показник складає 52,9%. Час напіввиведення теж зростає паралельно з наростанням уретерогідронефрозу: 12,9 – при I ступені, 38,6 – при II ступені, 84,3 – при III ступені уретерогідронефрозу.

Таким чином, наше дослідження довело, що зі зростанням ступеня уретерогідротичної трансформації, у пацієнтів із уретеролітіазом погіршуються показники функціонального стану нирок, що сприяє розвитку хронічної ниркової недостатності. У хворих з уретеролітіазом спостерігається пряма залежність між ступенем уретерогідротичної трансформації та тривалістю перебування конкременту в сечоводі. У більшості пацієнтів з уретерогідронефрозом III ступеня, тривалість перебування конкременту в сечоводі була більше 1 року.

ПАРЦІАЛЬНА ЦИСТЕКТОМІЯ З АД'ЮВАНТНОЮ ХІМІО- АБО ПРОМЕНЕВОЮ ТЕРАПІЄЮ ПРИ М'ЯЗОВО-ІНВАЗИВНОМУ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

*С.О. Возіанов¹, В.С. Сакало¹, З.В. Гацереція², В.В. Мрачковський²,
А.В. Сакало¹, Ю.Ю. Куранов², А.В. Кондратенко², П.М. Салій²,
Я.В. Левчишин², Б.М. Навроцький²*

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Київський міський клінічний онкологічний центр

Вступ. Рак сечового міхура (PCM) посідає 9 місце в структурі онкологічної захворюваності у світі і 2 місце серед усіх онкоурологічних захворювань. У 30% випадків вперше виявленого PCM визначається інвазія в м'язовий шар. Лікувальні опції є дискусійними та визначаються значною варіабельністю і включають трансуретральну резекцію пухлини сечового міхура, радикальну або парціальну цистектомію, неоад'ювантну або ад'ювантну хіміотерапію чи променевою терапію [NCCN guidelines, 2018]. Радикальна цистектомія з тазовою лімфаденектомією є золотим стандартом у лікуванні м'язово-інвазивного раку сечового міхура, проте, висока частота ускладнень радикальної цистектомії, соціальна дезадаптація, зниження якості життя після цистектомії, а також наявність супутньої патології і категорична відмова пацієнтів від запропонованої цистектомії, роблять актуальним вивчення комбінацій різних методів лікування м'язово-інвазивного раку сечового міхура. Важливо зазначити, що використання лише одного з вищезазначених методів лікування в якості монотерапії, дає гірші онкологічні результати.

Мета дослідження: покращити безпосередні та віддалені результати лікування хворих на МІPCM, шляхом обґрунтування показань до

вибору органозберігаючих оперативних втручань з ад'ювантною хіміопроменевою терапією.

Матеріали і методи дослідження. Протягом 2008–2018 рр. було виконано 228 парціальних цистектомій. У всіх випадках діагноз встановлено за результатами УЗД, КТ або МРТ та підтверджено морфологічно дослідженням біоптатів. У подальшому був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів. Згідно з TNM-класифікацією розподіл пацієнтів був наступним: T1 – 47 (20,6%), T2a-b – 138 (60,5%), T3 – 43 (18,9%). За ступенем диференціювання виявлено: з високим ступенем (G1) – 22 (9,6%), помірним (G2) – 145 (63,6%), низьким (G3) – 61 (26,8%) пацієнтів. У ході проведеного лікування 140 (61,4%) пацієнтам виконано парціальну цистектомію, 47 (20,6%) – парціальну цистектомію з ад'ювантною променевою терапією, 41 (18%) – парціальну цистектомію з ад'ювантною хіміотерапією (цисплатин+гемцитабін). Пацієнтам, у яких була клінічна стадія T2b – T3 і ступінь диференціювання G3, проведена тазова лімфаденектомія з метою стадіювання захворювання та визначення показань для проведення ад'ювантної хіміопроменевої терапії. Всім пацієнтам перед операцією з метою верифікації діагнозу та визначення розповсюдженості пухлинного процесу, була

виконана трансуретральна ревізія, біопсія пухлини сечового міхура.

Результати. В процесі ретроспективного вивчення віддалених результатів у 88 пацієнтів на МІРСМ після парціальної цистектомії з тазовою лімфаденектомією та ад'ювантною хіміопротерапією було досягнуто 5-річної загальної виживаності у 51,75%, канцерспецифічної виживаності – у 62%, безрецидивної виживаності – у 39% пацієнтів. Середня тривалість спостереження складала 6 років. Середній вік пацієнтів, яким було проведено парціальну цистектомію, становив 65,6 (діапазон 60–90 років). Співвідношення чоловіків і жінок становило 5:2. Застосування ад'ювантної хіміопротерапії впливало на загальну виживаність. Порівняння результатів лікування хворих, які пе-

ренесли тільки оперативне втручання з пацієнтами після оперативного і/або хіміопротерапевтичної терапії показала, що після комбінованого лікування канцерспецифічна виживаність була на 8,6% вища.

Висновки. Потенційними перевагами органозберігаючих втручань в комбінації з ад'ювантною поліхіміотерапією і/або протерапією є покращення якості життя хворих при задовільних безпосередніх і віддалених онкологічних результатах. Для пацієнтів, які перенесли парціальну цистектомію з тазовою лімфаденектомією, одночасне проведення ад'ювантної хіміопротерапії може привести до більш сприятливих довгострокових результатів з точки зору загальної виживаності і тривалості життя пацієнтів.

НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

В.П. Стусь¹, А.Л. Суварян², О.Ю. Крижановська^{1,2}

¹ Дніпропетровська державна медична академія

² Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова

Вступ. Варикоцеле є однією з причин безпліддя, яку можна лікувати хірургічним шляхом. Зустрічається, за даними різних авторів, у 3,9–39,6% у дорослій чоловічій популяції, у хлопчиків до 15 років у 0,7–16,2%. Серед чоловіків, що страждають безпліддям, хворі на варикоцеле становлять від 19% до 41%. Порушення сперматогенезу у дорослих хворих на варикоцеле виявлено в 20–83% спостережень. Частота вторинних безплідь серед чоловіків з варикоцеле складає 70–80%. Корекція варикоцеле сприяє покращенню параметрів сперми в 50–80% хворих, частота настання вагітності 31–71%, і значно збільшується частота випадків вагітності й народження при внутрішньоматковій інсемінації (Таневський В., 2001; Першуков А.І., 2002; Щеплев П.А. і співавт., 2003; Люлько О.В. і співавт., 2009, Dubin and Amelar, 1977, Gorelick and Goldstein, 1993, Witt and Lipshultz, 1993, Dailch J.A., 2000).

Основним методом лікування варикоцеле є оперативне лікування. На сучасному етапі застосовується мікрохірургічна субінгвінальна варикоцелектомія за методикою J.L. Marmar. Цю операцію можна застосовувати при всіх типах венозного рефлюкса за класифікацією V.L. Coombs. Використання мікроскопії поліпшує можливість ідентифікації й збереження лімфа-

тичних судин. Ця методика практично повністю усунула ризик розвитку гідроцеле в післяопераційному періоді, а кількість рецидивів значно нижча.

Матеріали та методи. З 2010 до 2019 р. в клініці урології Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова методом J.L. Marmar прооперовано 642 хворих на варикоцеле, у віці від 19 до 48 років (ср. 29,45±12,34 року). З метою уточнення ступеня порушення сперматогенезу, гормональних порушень, ступеня варикоцеле проводили: огляд і пальпацію органів калитки в положенні стоячи та лежачи, сперміологічне дослідження, визначали рівень гормонів крові (тестостерон, лютеїнізуючий, фолікулоstimулюючий, естрадіол, пролактин), ультразвукове дослідження органів калитки, флюорографію. Для діагностики типу гемодинамічних порушень проведена ортостатична проба за методикою G. Flati. А також проводили загальноклінічні аналізи (загальний аналіз крові й сечі, біохімічний аналіз крові).

Найбільше звернень хворих на варикоцеле у віковому діапазоні 21–28 років 439 (68,42%). Частою причиною звернень хворих на варикоцеле за медичною допомогою є болісний синдром в області калитки, що посилюється при фізичному навантаженні (379 хворих, 59,12%), і

безпліддя (223 хворих, 34,56%). 203 хворих (31,58%) не пред'являли скарг і варикоцеле було виявлено випадково під час проведення профілактичних оглядів. У хворих превалювали варикоцеле III 266 (41,46%) і II 220 (34,21%) ступенів виразності, рідше зустрічалось варикоцеле I ступеня 156 (24,23%). Чистота виявлення I (реносперматичного) типу венозного рефлюкса склала 489(76,3%), II (ілеосперматичного) типу венозного рефлюкса – 81 (12,6%), III (змішано-го) типу венозного рефлюкса – 72 (11,2%).

107 (15,9%) хворих були прооперовані під місцевою анестезією, 535(84,3%) – під внутрішньовенною анестезією. Контрольне обстеження проводили через рік після оперативного лікування.

Статистична обробка даних проводилась за допомогою пакета програм Statistica v.17.0 виробництва компанії StatSoft.

Результати. Тривалість операції склала від 16 до 40 хв. (сер. $24 \pm 9,56$). У післяопераційному періоді з метою анальгезії не застосовувались наркотичні анальгетики, ін'єкційні ненаркотичні анальгетики застосовувались тільки в 42 (6,48%) випадках, таблетовані анальгетики в 561 (87,46%), відмовились від анальгетиків 22

(3,46%). Пацієнти виписувались через декілька годин або на наступний день після операції. Тільки в 3 випадках відзначений рецидив захворювання (на ранньому етапі освоєння методики). У жодному випадку в післяопераційному періоді не були діагностовані гідроцеле, атрофія яєчка або інші ускладнення.

У контрольних дослідженнях через рік купірування болі відзначено у 557 (86,72%) хворих, збільшення у розмірах яєчка 274 (42,68%), покращення показників сперми у 401 (62,41%), настання спонтанної вагітності у 121 (18,82%), рецидив зареєстровано у 30 (4,6%) хворих.

Висновки. Отримані результати лікування варикоцеле методом J.L. Marmar дозволяють вважати, що дана методика є високоефективним засобом усторонення варикоцеле, патогенетично обґрунтована при всіх видах гемодинамічних порушень і в усіх випадках рецидивного варикоцеле, а також мінімальна інвазивність і, як наслідок, короткий післяопераційний період, зменшення часу перебування у стаціонарі, короткий відновлювальний період. Оперативне лікування варикоцеле сприяє покращенню показників сперми і спонтанним вагітностям.

РОЛЬ ФАЗ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ ТА ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ГЕНІТАЛІЙ У ПАТОГЕНЕЗІ ГОСТРОГО НЕУСКЛАДНЕНОГО ЦИСТИТУ У ЖІНОК

С.П. Пасечніков^{1,2}, П.О. Самчук¹

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

² ДУ «Інститут урології НАМН України»

Мета дослідження: визначення ролі фаз оваріально-менструального циклу та хронічних запальних хвороб органів малого таза у патогенезі гострого неускладненого циститу у жінок.

Матеріали та методи. У роботі наведено результати обстеження 232 жінок, хворих на гострий необструктивний пієлонефрит (ГНП). Проаналізовано частоту виникнення гострого неускладненого циститу (ГНЦ), який передував ГНП. З загального числа хворих, на наявність симптомів ГНЦ на початку захворювання вказали 178 (76,7%). З них у 135 (I група) виявлено супутні хронічні запальні хвороби органів малого таза (ХЗХОМТ), а саме – вагініт, ендометрит, сальпінгіт, оофорит та 43 жінки (II група) без супутніх ХЗХОМТ. Дані групи були розділені в залежності від дня ОМЦ, в який розпочалося захворювання.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними 83,2 \pm 2,8% загальної групи хворих жінок репродуктивного віку, ГНЦ починається з 20-го по 5-й день ОМЦ. Отримані результати дослідження в групах свідчать про те, що у 60,7% жінок I групи та у 22,5% жінок II групи у період з 20-го по 5-й день ОМЦ частота виникнення ГНЦ у 4 та 13 разів відповідно вища, ніж у інші дні циклу. У період з 20-го по 5-й день ОМЦ ГНЦ майже у 3 рази частіше виникає за наявності ХЗХОМТ (60,7 \pm 3,7% проти

22,5±3,1%, $p < 0,001$). У період з 6-го по 19-й день ОМЦ ГНЦ майже у 9 разів частіше виникає за наявності хронічних запальних хвороб органів малого таза ($15,2 \pm 2,7\%$ проти $1,7 \pm 1,0\%$, $p < 0,001$). Це свідчать, що ХЗХОМТ реалізують свій патогенетичний потенціал й поза межами періоду, в який ризики виникнення або загострення ГНЦ є максимальним для жінок репродуктивного віку.

Висновки. У цілому отримані результати дають змогу стверджувати, що період з 20-го по 5-й день ОМЦ, який об'єднує гестагенову та менструальну фази, є найбільш небезпечним для

виникнення ГНЦ, незалежно від наявності або відсутності супутньої інфекційно-запальної гінекологічної патології. Це дає можливість по-новому оцінити принципи профілактики даного захворювання у жінок репродуктивного віку. На наш погляд, саме в цей період доцільно призначати протирецидивні курси антибактеріальної та імунорегуючої терапії хворим на ГНЦ та у поєднанні з ХЗХОМТ. Подібний підхід дозволить підвищити ефект протирецидивної терапії та зменшити соціально-економічні втрати, пов'язані з лікуванням та реабілітацією жінок репродуктивного віку.

Адреса для листування

П.О. Самчук
E-mail: doctorspa@ukr.net
Тел.: +380979518675

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО НЕУСКЛАДНЕНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ХВОРИХ ЗА НАЯВНОСТІ ЗБУДНИКІВ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ РІЗНОЇ ТАКСОНОМІЧНОЇ НАЛЕЖНОСТІ

С.П. Пасечніков, М.В. Мітченко, А.В. Руденко

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Гострий пієлонефрит за частотою займає друге місце після запальних захворювань органів дихання і складає 14% всіх захворювань нирок. Жіночі статеві шляхи, є одним із джерел інфікування сечових шляхів, а ІПСШ – чинниками запалення сечових і статевих шляхів.

Мета дослідження: з'ясувати питому вагу інфікованості біоматеріалу із сечовивідних та статевих шляхів збудниками різної таксономічної належності та визначити їх вплив на перебіг гострого неускладненого пієлонефриту (ГНП) у жінок репродуктивного віку.

Обстежено та проліковано 246 жінок репродуктивного віку від 18 до 49 років, хворих на ГНП. Діагностику проводили згідно з вітчизняним та міжнародним протоколами ведення хворих на гострий пієлонефрит. Комплексне мікробіологічне дослідження включало посіви не тільки сечі, а й зіскрібків слизової сечівника, цервікального каналу та мазків із піхви. Додатково хворі були обстежені гінекологом.

З урахуванням анамнезу хворі були розподілені на 3 групи. I групу склали пацієнтки,

що вперше хворіли на гострий неускладнений пієлонефрит, у тому числі – із супутнім гострим циститом; II групу – жінки з вперше діагностованим ГНП та хронічним рецидивуючим циститом; III групу – жінки з діагнозом рецидивуючого ГНП.

Аналізували наступні клінічні та лабораторні показники: гіпертермія, дизурія, лейкоцитурія, лейкоцитарний показник. Отримані дані були формалізовані і, залежно від результату, виділені три варіанти клінічного перебігу: легкий, середньої важкості та важкий.

За результатами мікробіологічної діагностики, в залежності від виявлених в сечових шляхах збудників різної таксономічної належності, хворі були розподілені на 4 групи. В I групу увійшли жінки, у яких виявлялись тільки класичні бактерії; в II групу – хворі, в сечі та зіскрібках сечівника яких виявлені бактерії разом з молікутами – мікоплазмами та уреоплазмами; в III групу – жінки з наявністю тільки молікутів. У хворих IV групи не було виявлено вищевказаних збудників.

Всі пацієнтки, відповідно до протоколу ведення хворих на ГП, отримували невідкладну «стартову» антибактеріальну терапію, яка призначалася емпірично. Перші 5 діб застосовували цефтриаксон або інший цефалоспорин третього покоління та фторхінолони – ципрофлоксацин або левофлоксацин. Надалі залишали фторхінолоновий препарат протягом 10–15 діб.

Загальна інфікованість урогенітального тракту обстежених жінок становила 94,3%. Сечові шляхи були інфіковані у 91,9% хворих, статеві – у 81,7%. Важливо наголосити, що збіг видового спектра збудників в сечових і статевих шляхах склав 80,9% випадків.

При аналізі інфікованості сечових шляхів у хворих різних груп відповідно до анамнезу, спектр збудників був майже однаковим. Оцінка інфікованості хворих встановила суттєве збільшення питомої ваги асоціацій бактерій з молікутами при зростанні ступеня важкості перебігу запального процесу. Для пацієнток з легким перебігом було характерним виділення з біоматеріалу сечових шляхів бактерій і молікутів в монокультурі – 33,3 та 42,8% відповідно, а мікстинфекція спостерігалася як виключення – у 8,5%. Більш детальний аналіз легкого перебігу гострого пієлонефриту показав, що для носіїв моноінфекції молікутів характерним був торпідний та затяжний перебіг.

Важливим був розгляд окремих симптомів і лабораторних показників. Оцінка проводилася за тими ж клініко-мікробіологічними паралелями. Висхідний механізм розповсюдження сечової інфекції вважається одним з основних у патогенезі ГНП. Дизуричні прояви, що свідчать про наявність гострого циститу, документовано у 67,9% пацієнток. Дизурія найбільш характерна для легкого перебігу ГНП і документована у 78,1% хворих проти 52,9% випадків з важким перебігом. Залежності частоти дизурії від результатів мікробіологічної діагностики не виявлено.

Адреса для листування

М.В. Мітченко
E-mail: kulibasukr@ukr.net
Тел.: +380674984304

Важливим показником для оцінки лабораторних даних є лейкоцитурія. Достовірні відмінності за її абсолютним значенням були засвідчені за показником інфікованості між групою «бактерії та молікути в асоціації» та групою – «моноінфекція обумовлена молікутами» – 106 проти 79 лейкоцитів у полі зору. Найчастіше невисокі значення лейкоцитурії зустрічались у пацієнтів, інфікованих лише молікутами, порівняно з групою, де були виявлені класичні бактерії, та групою з мікст-інфекцією.

Важливі клінічні висновки отримано при розгляді лейкоцитарного показника гемограми, що є добутком рівня лейкоцитів крові та питомої ваги незрілих форм нейтрофілів. Найбільша кількість випадків з високим лейкоцитарним показником, який перевищив 120 у.о., що відповідає гнійній стадії ГНП, спостерігалася серед хворих з мікст-інфекцією. Вони склали дві третини хворих з високим лейкоцитарним показником. А серед тих, що були інфіковані лише класичними бактеріями, таких хворих було менше майже втричі.

Висновки. Інфікованість сечових та статевих шляхів у жінок репродуктивного віку мікст-інфекцією класичних бактерій та молікутів обтяжувала перебіг ГНП та сприяла більш інтенсивним та тривалим клінічним проявам останнього. Серед хворих, інфікованих лише молікутами, достовірно переважав легкий перебіг ГНП. Інфікованість сечових шляхів молікутами достовірно частіше супроводжувалась невисоким рівнем лейкоцитурії, порівняно з інфікуванням бактеріями або поєднаною інфекцією бактерій та молікутів. За оцінкою лейкоцитарного показника визначено низький відсоток жінок, хворих на гнійну стадію ГНП на тлі рецидивуючого хронічного циститу, що майже виключає можливість гнійної стадії запалення у цієї категорії хворих. Мікст-інфекція бактеріями та молікутами у хворих на ГНП, несе загрозу розвитку гнійної стадії ГП.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ЛОХАНОЧНЫМ ЛОСКУТОМ

*В.Н. Лесовой, В.Н. Демченко, Д.В. Шужин,
П.В. Мозжаков, А.И. Гарагатый, В.А. Лийченко*

*Харьковский государственный медицинский университет
Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шановала*

Введение. Хирургическая коррекция протяженных дефектов верхней трети мочеточника в большинстве случаев представляет собой сложную техническую задачу. При этом хирург зачастую оказывается перед необходимостью выполнения нефрэктомии или таких сложных и рискованных методик, как кишечная пластика мочеточника, аутотрансплантация почки или уретерокаликаноанастомоз. Восстановление верхней трети мочеточника тубулярным лоскутом лоханки (тубулопластика) является одним из выходов из этой проблемной ситуации.

Хотя антевазальный пиелоуретероанастомоз является стандартной хирургической техникой коррекции гидронефроза при добавочных сосудах, идущих к нижнему полюсу почки, он имеет существенный недостаток – новый анастомоз располагается на уровне того же сосуда, но с другой стороны. Именно это обстоятельство можно считать основной причиной рецидивов при выполнении данных операций. Перемещение зоны анастомоза ниже перекреста с нижнеполярными артериями или венами за счет использования тубулярной пластики лоханки фактически исключает патологическое влияние на него этих сосудов. Поэтому с нашей точки зрения тубулопластика лоханки должна рассматриваться в качестве стандартной методики хирургического лечения гидронефроза, обусловленного уретеро-вазальным конфликтом.

Мы провели ретроспективную оценку результатов использования тубулярной пластики лоханки у пациентов с патологией лоханочно-мочеточникового сегмента или верхней трети мочеточника

Материал и методы. В исследование вошли 26 пациентов (14 женщин и 12 мужчин), которые были оперированы в клинике с 2009 по 2017 годы. Все пациенты были разделены на две группы: 1 – протяженные стриктуры верхней трети мочеточника (n=9) и 2 – патология лоханочно-мочеточникового сегмента, связанная с уретеро-вазальным конфликтом (n=17).

В первой группе все стриктуры имели ятрогенное происхождение (одна предшествующая

операция – 5 (55,6%), две – 3 (33,3%), три – 1 (11,1%). В 7 (77,8%) случаях формирование стриктур было связано с операциями по поводу гидронефроза, в 2 (22,2%) с хирургическим лечением мочекаменной болезни. Протяженность стриктур варьировала от 3,0 см до 9,0 см и составляла в среднем 4,2 см.

Во второй группе 5 (29,4%) пациентам ранее проводились хирургические вмешательства по поводу гидронефроза, тогда как 12 (70,6%) больным каких-либо вмешательств предварительно не выполнялось.

У всех пациентов обеих групп имелась лоханка внепочечного типа. Техника операции включала мобилизацию почки, отсечение мочеточника от лоханочно-мочеточникового сегмента и герметичное ушивание последнего обвивными викриловыми швами. После этого из лоханки выкраивали трапециевидный лоскут максимальной возможной длины, отворачивали книзу и выполняли его тубуляризацию. Далее осуществляли наложение пиелоуретерального анастомоза на мочеточниковом стенке. Уретеральный стент удаляли через 2 месяца с момента операции. Средний период наблюдения за пациентами составил $22,8 \pm 4,2$ месяца.

Результаты оценивали через 3, 6 и 12 месяцев после операции на основании анализа жалоб пациентов, клинической картины, данных ультрасонографии, МСКТ или экскреторной урографии.

Функциональные результаты разделяли на три вида: хорошие (отсутствие жалоб и обструктивных изменений при визуальных методах исследования, почечная функция хорошая), удовлетворительные (отсутствие жалоб, хорошая почечная функция, умеренные обструктивные изменения) и плохие (обструктивные изменения, ухудшение почечной функции, частые обострения пиелонефрита, жалобы на боли в области почки).

Результаты. Длина пузырного лоскута варьировала от 2,5 до 7,0 см и составляла в среднем $3,6 \pm 0,4$ см.

Общая частота интраоперационных осложнений не превышала 7,7% (2 пациента из 26). В

большинстве случаев они были связаны с тяжелыми рубцовыми и воспалительными изменениями в забрюшинном пространстве после предшествующих неоднократных операций и заключались в повреждении почечных сосудов при мобилизации лоханки. Данное осложнение отмечалось только у пациентов первой группы. В обоих случаях дефекты сосудов были успешно ушиты проленовыми швами.

Суммарный уровень ранних послеоперационных осложнений был небольшой (23,1%). К тому же, они не являлись тяжелыми, разрешались консервативно и не требовали хирургической коррекции. Частота послеоперационных осложнений достоверно не отличалась в обеих группах ($p > 0,05$). Наиболее частой проблемой было обострение пиелонефрита. Подтекание мочи

из раны имело место у 3 из 26 (11,5%) пациентов и купировалось самостоятельно в среднем через 14 суток.

Общее число позитивных отдаленных результатов (хороший + удовлетворительный результат) составило 96,2%. Один плохой результат был зафиксирован у пациента первой группы с протяженностью стриктуры 9,0 см.

Выводы. Хирургическая коррекция верхней трети мочеточника тубулярным лоскутом лоханки является высокоэффективным и безопасным методом реконструкции верхних мочевых путей. Мы рекомендуем его использование не только у пациентов с протяженными стриктурами верхней трети мочеточника, но и у больных с гидронефрозом, связанным с уретероанастомозом.

ТЕХНІКА ОПЕРАЦІЇ БОАРІ – ЩО МАЄ ЗНАЧЕННЯ?

В.М. Демченко, Д.В. Щукін

*Харківський національний медичний університет
Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала*

Складність відновлення пасажу сечі з верхніх сечових шляхів залежить від довжини та локалізації дефектів сечоводу. З описаних в літературі, ефективних оперативних способів корекції дефектів сечоводу найбільш поширеними є прямі уретероцистостомії, при необхідності доповнені *soas hitch*. При протяжних дефектах сечоводу пропонуються більш складні варіанти реконструкції: трансуретероуретероанастомоз, операція Боарі та інші клаптеві методики, кишкову пластику або ауто-трансплантацію нирки. Кожний з наведених методів має певні суттєві ризики: втрата нирки, сепсис, неспроможність анастомозу, мікробіот та інші.

За останній час операцію Боарі почали використовувати для корекції подовжених дефектів сечоводу. Але об'єктивні результати такого підходу ще потребують вивчення.

В нашому випадку, ми для відновлення сечоводу до середньої та іноді до верхньої третини використовували техніку, яка декілька відрізнялась від класичної операції Боарі за рахунок мінімальної кількості швів для з'єднання кукси сечоводу та клаптиком сечового міхура та відсутність фіксації до поперекового м'язу. Вона включала мобілізацію верхівки та бокових стінок сечового міхура, об'єм мобілізації

залежав від довжини клаптика, що ми передбачаємо. При необхідності формування клаптика довжиною більш 5 см мобілізували протилежну та задню поверхні сечового міхура. Ширина дистальної вільної частини клаптика складала не менше 2,0 см, ширина фіксованої основи – не менше 4,0 см. Для антирефлюксного захисту, дистальній частині формували поздовжній підслизовий тунель довжиною не менше 1,0 см. Куксу стентованого сечоводу проводили через сформований тунель і фіксували, без натягу, одним вузлуватим швом до слизової оболонки сечового міхура. Після цього клаптик тубуляризували та фіксували до адвентиції сечоводу двома, максимум чотирма швами. Далі ушивали сечовий міхур досягаючи герметизації з послідуною його катетеризацією. Уретральний катетер видаляли через 2 тижні, а уретральний стент через 2 місяці з моменту операції.

Результати хірургічного лікування розділялися на: гарні – відсутність скарг та проявів обструкції при обстеженні, задовільна ниркова функція; задовільні – відсутність скарг та помірні прояви обструкції при обстеженні, задовільна ниркова функція; незадовільні – скарги на болі або дизурію, часті загострення піелонефриту, прояви обструкції при обстеженні, погіршення ниркової функції.

При аналізі, загальна кількість позитивних віддалених післяопераційних результатів (гарний, задовільний результат) склало 91,5%. Таким чи-

ном мінімізація кількості швів при з'єднанні сечоводу та клаптика сечового міхура дає досить велику кількість позитивних результатів.

СУЧАСНА АПАРАТНА ФІЗІОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕЗАПАЛЬНОЇ ФОРМИ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ ІЗ СУПУТНЬОЮ ЕРЕКТИЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Л.І. Красилук, Ф.І. Костев, О.В. Руденко

Одеський національний медичний університет

Актуальність проблеми хронічного простатиту (ХП) пов'язана із багатофакторністю етіопатогенезу, зниженням якості життя, психологічним дискомфортом, що відчувають чоловіки у зв'язку із цим захворюванням. В Україні хронічний простатит зустрічається в 19% чоловіків молодого віку, досягаючи 90% у чоловіків старших вікових категорій. В 30% хворих молодого віку може розвинути передчасна або недостатня еякуляція, для виконання статевого акту ерекція, пригнічення статевого потягу, а при тривалому перебігу захворювання – еректильна дисфункція (ЕД).

Мета даного дослідження – оцінити ефективність низькодозової ударно-хвильової терапії (НУХТ) у комплексному лікуванні чоловіків з незапальною формою синдрому хронічного тазового болю (СХТБ) (категорія ІІВ по NIH) ускладненого еректильною дисфункцією.

Обстежено 27 пацієнтів з незапальною формою ХП/СХТБ, ускладненою еректильною дисфункцією, у віці від 28 до 45 років (середній вік склав – $34,28 \pm 6,81$ року). Тривалість захворювання становила не менш 6 місяців. Обстеження включало: анкетування за шкалою симптомів ХП (NIH-CPSI); Міжнародний індекс еректильної функції (MіЕФ-5); Міжнародна система сумарної оцінки захворювань передміхурової залози (IPSS); пальцьове ректальне дослідження (ПРД); мікроскопічне й бактеріологічне дослідження секрету передміхурової залози; визначення рівня загального тестостерону (Т) у плазмі крові, рівня загального ПСА крові; трансректальне ультразвукове дослідження передміхурової залози (ТРУЗД). Терапія ХП/СХТБ у перебігу одного місяця включала: нестероїдні протизапальні препарати, альфа-адреноблокатори, антидепресанти або протиепілептичні препарати в стандартних дозуваннях і схемах прийому.

Аналіз результатів лікування показав наступне розходження показників у групах. Так, сума балів за шкалою NIH-CPSI після лікування та через 2 місяці після лікування в пацієнтів першої групи зменшилися на 19,07% й 62,88% відповідно в порівнянні з вихідними показниками. Сума балів за даними опитувача MіЕФ-5 після лікування та через 2 місяці після лікування в пацієнтів першої групи збільшилася на 24,54% й 35,79% у порівнянні з вихідними показниками. IPSS після лікування та через 2 місяці після лікування в пацієнтів першої групи зменшилися на 10,26% й 43,89% відповідно в порівнянні з вихідними показниками. Обсяг передміхурової залози після лікування та через 2 місяці після лікування в пацієнтів першої групи зменшилися на 17,82% й 31,47% відповідно в порівнянні з вихідними показниками. Показники рівня загального тестостерону в першій групі вірогідно не змінилися. У другій групі пацієнтів сума балів за шкалою NIH-CPSI після лікування та через 2 місяці після лікування зменшилися на 15,16% й 42,83% відповідно в порівнянні з попередніми показниками. Сума балів за даними опитувача MіЕФ-5 після лікування та через 2 місяці після лікування в пацієнтів другої групи збільшилася на 9,32% й 6,37% у порівнянні з вихідними показниками. IPSS після лікування та через 2 місяці після лікування в пацієнтів другої групи зменшилися на 18,68% й 27,21% відповідно в порівнянні з попередніми даними. У пацієнтів другої групи об'єм передміхурової залози після лікування та через 2 місяці після лікування зменшився на 9,92% й 14,49%. Показники рівня загального тестостерону у хворих другої групи вірогідно не змінилися.

Таким чином, через 2 місяці лікування в пацієнтів обох груп прояви больового синдрому

стали незначно вираженими, проте, у хворих основної групи через 2 місяці після лікування сума балів за шкалою NIH-CPSI була майже на 30,0% нижче ніж у групі контролю; порушення еректильної функції у пацієнтів основної групи не було відзначено, а у хворих групи контролю відзначалось деяке покращення еректильної функції, статистично не достовірне, яке в балах відповідало ЕД легкого ступеня важкості; показник Міжнародної системи сумарної оцінки захворювань передміхурової залози (IPSS) покращився у пацієнтів обох груп, але в основній групі через 2 місяці після лікування він був на 17,7% нижчим, ніж у хворих групи контролю; аналогічні зміни були відмічені при визначенні

об'єму ПЗ, який у пацієнтів основної групи через 2 місяці після лікування був на 15% меншим, ніж у хворих групи контролю.

При застосуванні НУХТ не було відзначено жодного випадку значимої побічної дії або небажаного явища. У деяких пацієнтів в місці впливу аплікатора відзначалися локальні, незначно виражені, поверхневі синці екхимозного характеру, що, як зазвичай, самостійно зникають до наступного сеансу.

Використання НУВТ у комплексному лікуванні чоловіків з незапальною формою ХП/СХТБ, ускладненою еректильною дисфункцією, є ефективним, неінвазивним і безпечним методом фізіотерапії.

МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ ПЕЙЗАЖ ОРТОТОПІЧНИХ ТА ГЕТЕРОТОПІЧНИХ СЕЧОВИХ РЕЗЕРВУАРІВ

Р.В. Савчук, О.М. Колосов, П.С. Філіппов

Одеський національний медичний університет

Основним методом лікування м'язово-інвазивного раку сечового міхура (МІРСМ) є радикальна цистектомія (РЦЕ) у різних модифікаціях. У статті проведена оцінка бактеріального спектра ортотопічних і гетеротопічних сечових резервуарів у ранньому і пізньому післяопераційному періоді після РЦЕ. У дослідженні брали участь 54 пацієнти: чоловіки 46 (85,2%), жінки – 8 (14,8%). Для відведення сечі після РЦЕ досліджуваним пацієнтам була виконана ортотопічна реконструкція сечового міхура за Штудером у 19 (35,2%) хворих, деривація сечі за Бриккером – у 35 (64,8%). Протягом першого року після ортотопічної або гетеротопічної пластики відбуваються функціональна адаптація і морфологічна трансформація кишкового епітелію до нового агресивного середовища (сечі).

У цей період слизова найбільш сприйнятлива до колонізації і життєдіяльності патогенних й умовно-патогенних мікроорганізмів. Мікроорганізмом, що найчастіше зустрічається у нашому дослідженні, була *Escherichia coli*, яка визначалася в обох групах незалежно від виду деривації сечі. Серед інших збудників були верифіковані: *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella species*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus species*.

Неоцист більш сприйнятливий до персистенції та розвитку інфекційно-запального процесу, що потребує ретельнішого контролю за уродинамікою, об'ємом залишкової сечі, а також проведення курсів антибактеріальної терапії відповідно до результатів бактеріологічного дослідження сечі, особливо при цукровому діабеті.

УЛЬТРАСТРУКТУРНА ТРАНСФОРМАЦІЯ СТІНКИ КЛУБОВОЇ КИШКИ В УМОВАХ ФУНКЦІОНУВАННЯ АРТИФІЦІАЛЬНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Р.В. Савчук, Д.О. Жуковський, А.І. Задорожнюк

Одеський національний медичний університет

Морфологічні зміни стінки артіфіціального сечового міхура різноманітні та їх дослідження триває з моменту створення першого кондуїту з ділянки клубового кишечника. Метою роботи було вивчення структурно-функціональної трансформації слизової та стінки неовладдера через 12 місяців, після ілеоцистопластики в експериментальних умовах на *mini-pigs*. Матеріалом цієї роботи послужили результати експериментальної моделі неовладдера, створеної шляхом виконання цистектомії та ілеоцистопластики у 9 експериментальних *mini-pigs*. Через 12 міс. після проведення операції моделювання сечового міхура тварин виводили з досліду передозуванням нембуталу, дотримуючись положень «Європейської конвенції про захист хребетних тварин, використуваних для експериментів або в інших наукових цілях». Наші морфологічні дослідження артіфіціального сечового міхура, сформованого з сегмента *ileum* через 12 місяців після ортотопічної ілеопластики довели значні ультраструктурні зміни в епітеліальному шарі неовладдера. Ворсинки клубової кишки в умовах артіфіціального сечового міхура

зменшуються та згладжуються, епітеліоцити набувають схожості з проміжним епітелієм. Сполучнотканинна пластина стовщується та грубішає, м'язова оболонка в свою чергу також стовщується. Зразки клубової кишки, які залишалися в звичайному оточенні, без взаємодії з сечею не зазнавали значних морфологічних трансформацій та не відрізнялися від зразків інтактної *ileum*. Трансплантація сегмента клубової кишки для виконання нових, не запрограмованих функцій змушує його адаптуватися до нових умов, хоча від самого початку сечовий міхур та *ileum* мають різне походження та будову. Нові агресивні умови та постійний контакт з сечею призводять до трансформації слизової клубової кишки та набувають нових рис, необхідних для виконання нової функції. Перспективою подальших досліджень артіфіціального сечового міхура є вивчення змін енергетичного гомеостазу, нейрогуморальної та синоптичної регуляції та пошук нових лікарських з'єднань здатних впливати на скорочувальну активність неоцисту та покращувати якість життя хворих з ортотопічною дерівацією сечі.

СЕКСУАЛЬНІСТЬ ЧОЛОВІКІВ ПІСЛЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРОСТАТИ

О.В. Бухмін, В.В. Мегера, В.В. Россіхін, А.В. Шусь

Харківська медична академія післядипломної освіти

Удосконалювання апаратури і технічних навичок виконання трансуретральної резекції (ТУР) простати дозволяє цій методиці не тільки втримувати провідні позиції, але й розширювати показання до її застосування.

Критерієм вибору методу лікування є його доступність, безпека для життя, достатня комфортність, можливість підвищити рівень якості життя пацієнта. Важливою складовою оцінки якості життя багатьох чоловіків є збе-

реження їхньої сексуальності, зниження якої значно впливає на психосоматичний стан людини, багато в чому визначаючи його відношення до планового лікування і його результатів.

Різні способи ТУР простати часто впливають на складові копулятивного циклу хворого після операції.

З метою визначення стану сексуальності пацієнтів, застосовувався метод анкетування за

шкалою кількісної оцінки чоловічої копулятивної функції (Лоран О.Б., Сегал А.З, 2012).

30 чоловіків, у віці від 48 до 69 років, з доброякісною гіперплазією простати, що виразили бажання максимально зберегти й можливо поліпшити свою сексуальність, були оперовані методом ТУР простати.

ТУР виконувалась за методикою максимального збереження внутрішнього й зовнішнього сфінктера уретри, сім'яного горбика та хірургічної капсули простати. У передопераційному та післяопераційному періоді всі пацієнти отримували антибактеріальні, імунорегуючі, протизапальні препарати та терапію супутніх захворювань.

Копулятивна дисфункція була виявлена у всіх хворих, впродовж перших трьох місяців після оперативного втручання.

Ослаблення лібідо у 20 (67%), погіршення ерекції – в 18 (60%), болісна еякуляція з домішкою крові в еякуляті – у 30 (100%), ретроградна еякуляція – у 4 (13%) хворих.

Всі пацієнти відзначали занепокоєння різного ступеня перед першим статевим актом після операції. Найбільша виразність копулятивних дисфункцій спостерігалася у хворих зі слабкою статевою конституцією, технічними погрішностями ТУР, запальними ускладненнями з боку органів сечостатевої системи, супутнім цукровим діабетом.

Перелічені копулятивні дисфункції були незначно виражені у представників сильної статевої конституції, без обтяженої супутньої патології та технічно успішно виконаної ТУР простати.

Через 8 місяців після оперативного лікування лібідо відновилося у 17 (57%), підсилилося – у 8 (27%), залишилося ослабленим – у 5 (17%) пацієнтів. Ерекційні дисфункції повністю зникли або не перешкоджали здійсненню полового акту у 14 (78%) з 18 хворих. Болісні еякуляції та ослаблення оргазму спостерігалися у 4 (13%) обстежених. Усунути ретроградну еякуляцію не вдалося в жодного з 4 хворих. З 26 пацієнтів з раніше збереженою еякуляцією в 8 (31%) виявлено зменшення обсягу еякуляту, і у 2 (8%) – розвиток ретроградної еякуляції. Ретроградна еякуляція після ТУР простати визначалася у 6 (20%) хворих.

Найбільш стійкими і практично незворотними були симптоми порушення еякуляції. Прагнення повністю видалити гіперплазовану частину простати змушує включати в зону резекції внутрішній сфінктер уретри, розташований у міхурово-уретральному сегменті, що приводить до його функціональної неспроможності та появи ретроградної еякуляції. Частою причиною розвитку ерекційної недостатності було пошкодження печеристих нервів і судин статевого члена, розташованих у парастатичній зоні при перфорації хірургічної капсули простати (Walsh et al. 1998; Bigg et al., 1999; Brendler et al., 2007).

Отримані дані свідчать про різноманітність копулятивних дисфункцій, що виникають у чоловіків з доброякісною гіперплазією простати після трансуретральної резекції. Профілактика та лікування цих ускладнень необхідні для поліпшення якості життя оперованих хворих.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ ПРОСТАГЛАНДИНІВ У ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ДГПЗ

А.В. Бухмін, В.В. Мегера, В.В. Россіхін, А.В. Шусь

Харківська медична академія післядипломної освіти

За даними різних авторів, при аналізі гістологічних висновків після ТУР простати, у 70% хворих спостерігається поєднання хронічного неспецифічного простатиту та доброякісної гіперплазії передміхурової залози.

Відомо, що при загостренні запального процесу в простаті, простагландини надають комплексний стимулюючий вплив на скорочувальний потенціал детрузора. Це призводить до функціонального зменшення об'єму сечового міхура та його нестабільності, що клінічно прояв-

ляється утрудненим сечовипусканням, імперативними позивами на сечовипускання та нічний полакіурії.

Обстежено 68 пацієнтів у віці від 52 до 84 років із ДГПЗ у фазі загострення хронічного простатиту. З дослідження виключили пацієнтів, що страждають на цукровий діабет 2-го типу, осіб з ознаками вираженої нирково-печінкової та серцево-судинної недостатності, хворих з обсягом залишкової сечі більше 100 мл і рівнем PSA вище 4,5 нг/мл. Всі пацієнти отримували

стандартну антибактеріальну терапію. Хворі були розподілені на групи:

– 1-ша група: 26 пацієнтів – отримували терапію тамсулозіном у дозі 0,4 мг/добу;

– 2-га група: 18 пацієнтів – отримували свічі з диклофенаком натрію по 50 мг, один раз на добу, на ніч через день;

– 3-тя група: 24 пацієнти – отримували тамсулозін 0,4 мг/добу та свічі з диклофенаком натрію по 50 мг, один раз на добу, на ніч через день.

Тривалість лікування у всіх групах склала 4 тижні. Для оцінки ефективності лікування використали комплекс стандартних рутинних урологічних досліджень, показники ІPSS, QoL, визначення рівня PSA.

Стан хворих оцінювався відразу після лікування. У всіх групах виявлена позитивна динаміка.

Ефективність терапії пацієнтів першої групи склала 61,4% (3 пацієнти припинили терапію через місцеву дратливу дію препарату або диспепсію, у 4 осіб результати проведеної терапії розцінені як незадовільні).

Для хворих 2-ї групи ефективність лікування склала 80,1% (2 пацієнти припинили прийом препарату через виражений гіпотензивний ефект, у 2 пацієнтів поліпшення не відзначене).

У хворих 3-ї групи позитивний результат від лікування досягнуто в 88,0% (2 пацієнти не змогли застосовувати свічі з диклофенаком натрію через місцеву дратливу дію препарату або диспепсію, у 1-го хворого розвинулися явища ортостатичної гіпотонії, що зробили неможливим подальший прийом тамсулозіну). Незадовільних результатів у цій групі не зафіксовано.

В обох групах, що одержували диклофенак натрію, відзначене зменшення показників рівня tPSA в 93,9% пацієнтів (середня різниця tPSA до, та після лікування склала 1,13 нг/мл).

Таким чином, патогенетично виправдано та доцільно у випадках загострення хронічного неспецифічного простатиту у осіб із ДГПЗ, застосовувати комбіновану терапію селективними $\alpha 1$ -адреноблокаторами та нестероїдними протизапальними препаратами.

ВІДДІЛЕНІ ФУНКЦІОНАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ КИШКОВОЇ ПЛАСТИКИ СЕЧОВОДІВ

*Е.О. Стаховський, П.С. Вукалович, О.А. Войленко, О.Е. Стаховський,
Ю.В. Вітрук, М.В. Пікуль, С.Л. Семко, О.А. Кононенко*

Національний інститут раку

За останні десятиріччя частота пошкоджень верхніх сечовивідних шляхів значно зросла. Це пов'язано з розширенням показань до оперативного лікування злоякісних новоутворень малого таза, широким впровадженням в практику ендouroлогічних, лапароскопічних оперативних втручань і частим застосуванням крупнофракційної променевої терапії

Мета дослідження: переглянути показання, вдосконалити хірургічну техніку та оцінити результати різних варіантів кишкової пластики сечоводу.

Матеріали і методи. Ретроспективний аналіз 178 пацієнтів, які з 1982 до 2018 року підлягли реконструктивному хірургічному лікуванню шляхом заміщення пошкодженого сечоводу сегментом тонкої кишки. Середній вік пацієнтів склав $56,5 \pm 8,2$ року. Всі пацієнти пройшли комплексне обстеження до операції. Спостереження за пацієнтами становить від 6 місяців до 26 років.

Результати. Показаннями до кишкової пластики сечоводу були: 58 (32,6%) – ятрогенні пошкодження сечоводу; 109 (61,2%) – випадки заочеревинного фіброзу (променевої, ідіопатичний); 8 (4,5%) – пухлина сечоводу; 3 (1,7%) – непрохідність сечоводу внаслідок туберкульозу. У 29 (16,3%) пацієнтів було проведено сегментарну пластику сечоводу, у 39 (21,9%) – субтотальну, 57 (32%) – тотальну, 53 (29,8%) – двобічну кишкову пластику. Заміщення одного або обох сечоводів проводили ізоперистальтичним трансплантатом. Ілео-везикальний анастомоз виконували з антирефлюксним механізмом: у 109 (61,2%) пацієнтів дистальна частина тонкої кишки була вивернута, формуючи манжетку; у 69 (38,8%) хворих антирефлюксну манжетку доповнювали її моделюванням за методикою інтраілеальної пластики. У 21 (11,8%) пацієнта накладали плікаційні шви на протибіжний край трансплантата, що забезпечує ви-

рівнювання трансплантату і додатково запобігало розвитку рефлюксу.

Віддалені ускладнення: стриктура уретро-ілеального анастомозу у 3 (1,7%) пацієнтів, стриктура ілео-везикального анастомозу – 6 (3,4%), втрата функції нирки – 5 (2,8%), метаболічний ацидоз – 4 (2,2%). Проведення інтраілеальної пластики дозволило знизити кількість міхурово-кишкового рефлюксу до 8 (13,3%), у порівнянні з стандартною методикою манжет-

ки, при якій рефлюкс спостерігався у 41 (36,6%) випадку ($\chi^2 = 13$; $p < 0,01$).

Висновок. Кишкова пластика сечоводу залишається ефективним методом збереження функції нирки у пацієнтів з незворотними ураженнями сечоводу. З метою запобігання міхурово-кишкового рефлюксу ефективно застосування манжетки та інтраілеальної пластики, з формуванням в дистальному відділі кишкового трансплантата двох каналів.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА И ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ В УРОЛОГИИ

*О.С. Гармиш, Я.В. Смирнова, И.Г. Рац,
Н.В. Захарова, Е.С. Бачурина, К.А. Фомченко*

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

Введение. Нарушения в системе гемостаза – одна из основных проблем в оперативной урологии. С одной стороны, это высокий риск периперитонеального кровотечения при любых видах оперативных вмешательств на почке и предстательной железе. С другой стороны, вероятность тромбоэмболических осложнений (ТЭО) у больных с урологической патологией очень велика.

Больные, оперируемые по поводу урологической патологии, имеют дополнительные факторы риска развития ТЭО, к которым относят: нарушения гемостаза вследствие урологической патологии (ограничение больными приема жидкости, нарушение гемодинамики нижних конечностей и малого таза вследствие основного заболевания, «паранеопластический синдром Труссо» при онкоурологической патологии); возраст-ные анатомо-физиологические особенности организма (пожилой и старческий возраст – более 50% больных); наличие кардиоренального синдрома; развитие современных технологий позволяет выполнять радикальные реконструктивные оперативные вмешательства, но длительность и травматичность таких вмешательств значительно увеличивается, что существенно повышает риск ТЭО.

Отдельного внимания заслуживают дополнительные факторы риска ТЭО у гериатрических пациентов, оперируемых в урологии. Это нарушения гемодинамики вследствие поражения миокарда на фоне ИБС; атеросклеротическое поражение кровеносных сосудов; прогрессирующее с возрастом повышение концентрации в плазме крови не только фибриногена, но и продуктов деградации фибрина, повышение актив-

ности фибринстабилизирующего фактора (XIII); повышение адгезивных и агрегационных свойств тромбоцитов. Наступающая в пожилом и старческом возрасте дегидратация обуславливает развитие гемоконцентрации, замедление тока крови, повышение ее вязкости.

В то же время в оперативной урологии существует высокий риск интраоперационного кровотечения и послеоперационной гематурии, что значительно затрудняет проведение специфической профилактики ТЭО как со стартом перед оперативным вмешательством, так и в раннем послеоперационном периоде.

За последние годы использование транексамовой кислоты в оперативной хирургии показывает сокращение периперитонеальной кровопотери и связанное с этим снижение потребности в переливании препаратов крови. Учитывая эти данные, европейские научные общества (Рабочая группа по лечению кровотечений при травме и Европейское общество анестезиологии) присвоили рекомендации по применению транексамовой кислоты в периперитонеальном периоде и после травмы уровень 1А (сильный уровень доказательности).

Цель исследования: изучение влияния профилактических доз транексамовой кислоты на степень кровопотери интраоперационно и степень гематурии в раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу кораллового нефролитиаза в условиях рентген-хирургического блока, возможность проведения специфической профилактики ТЭО у больных высокого риска.

Матеріали і методи дослідження. Робота виконана в клініці урології (директор клініки – д-р мед. наук, проф. В.П.Стусь) і анестезіології (директор клініки – д-р мед. наук, проф. Ю.Ю. Кобеляцький) ГУ «Днепропетровської державної медичної академії МОЗ України» на базі КУ «Днепропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І.Мечникова».

Обстежено 58 хворих з коралловидним нефролітиазом в віці 47 ± 8 років, яким виконувалася контактна нефролітотрипсія. Вид обезболівання – епідуральна анестезія з катетеризацією епідурального простору. Середня тривалість операції 200 ± 60 хв. Досліджувану групу склали 26 пацієнтів (15 чоловіків і 11 жінок), яким проводилася інфузія транексамової кислоти в дозі 1000 мг перед початком оперативного втручання (сразу після виконання епідуральної блокади). Доза транексамової кислоти коректувалася з урахуванням кліренсу креатиніну.

Всім хворим проводився моніторинг: нАД, ЕКГ, SpO_2 . Показателі Нв, Нт визначали вихідно, через 2 години після початку операції, через 4 і 24 години після закінчення операції. Біохімічний контроль показувачів коагулограми і тромбоцитів проводили до операції і в 1-і доби післяопераційного періоду.

Результати і їх обговорення. Наші спостереження показали, що ступінь кровопотери як

інтраопераційно, так і в ранньому післяопераційному періоді була на 40–60% нижче в групі хворих, отримавших профілактичне введення транексамової кислоти, порівняно з іншими хворими. Незначительна післяопераційна гематурія дозволила безпечно проводити специфічну профілактику ТЭО низькомолекулярними гепаринами у хворих високого ризику в післяопераційному періоді. Случаев ТЭО не було.

Висновки

1. Підходи до профілактики ТЭО в ОАИТ № 3 для хворих урологічного профілю включають: корекцію волюмічного статусу перед оперативним втручанням; лікування циркуляторної недостаточності; корекцію кислотно-основного стану і електролітного балансу; виконання оперативних втручань на фоні епідуральної анестезії; методи прискорення венозного кровотоку: рання активізація хворих, еластична компресія нижніх кінцівок. У хворих високого ризику ТЭО специфічна профілактика низькомолекулярними гепаринами в післяопераційному періоді при відсутності вираженої гематурії.

2. Введення транексамової кислоти за 30 хв. до операції дозволяє значно зменшити ступінь періопераційної кровопотери при урологічних операціях і безпечно проводити специфічну профілактику ТЭО у хворих високого ризику.

ДІАГНОСТИКА ТЕСТИКУЛЯРНОЇ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЇ НЕОПЛАЗІЇ (ТІН) В ПАРАТУМОРАЛЬНІЙ ТКАНИНІ У ХВОРИХ НА ГЕРМІНОГЕННІ ПУХЛИНИ ЯЄЧКА

С.А. Возіанов¹, А.В. Сакало¹, М.В. Дятел², В.О. Кропельницький³

¹ *Інститут урології НАМН України*

² *Київський міський клінічний онкологічний центр*

³ *Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України*

Вступ. Тестикулярна інтраепітеліальна неоплазія (ТІН) є преінвазивною стадією розвитку ГПЯ, частота виявлення ТІН в паратуморальній тканині значно підвищується при використанні ІГХ реакції з маркером ОСТ 3/4.

ОСТ 3/4 – один із транскрипційних факторів з сімейства POU (контролює синтез мРНК на матриці ДНК шляхом зв'язування із специфічною ділянкою ДНК). Фактори транскрипції можуть бути онкогенами або онкосупресорами, їх мутація або зміна регуляції може

приводити до виникнення пухлини. Дослідження на клітинних лініях показали, що ОСТ 3/4 є основним фактором в процесі самооновлення недиференційованих ембріональних ствольних клітин (підтримка плюріпотентного потенціалу). Можливе використання ОСТ 3/4 як маркера недиференційованих клітин, оскільки зниження або підвищення експресії призводить до диференціювання клітин. В нормі ОСТ 3/4 активується в ооциті та залишається активним до моменту імплантації. Виключення гена ОСТ 3/4

викликає диференціювання клітин, що доводить роль даного фактора в самооновленні ембріональних ствольових клітин. Відомо, що ембріони мишей, які мають низький рівень білка ОСТ 3/4, не утворюють клітинної маси і диференціюються в трофоектодерму. Основна функція ОСТ 3/4 – утримання ствольових клітин від диференціювання. Плюрипотентний потенціал мають клітини ЕР, що розглядаються як ствольовий компонент в складі НГПЯ та деякі інші типи ГПЯ (семіноми, герміноми та дисгерміноми). При цьому семінома, ТІН, гермінома та дисгермінома мають фенотип ранніх герміногенних пухлин. Тератоми, ПЖМ, сперматоцитарна семінома (а також дермоїдні кісти яєчників) складаються з диференційованих клітин та не містять ствольових клітин. Спостерігається виражена експресія ОСТ 3/4 в клітинах ТІНН, семіномі та ЕР (а також в герміномі та дисгерміномі). ОСТ 3/4 виявлено тільки в пухлинах герміногенного походження, не встановлено різниці в рівні експресії в залежності від резистентності до ХТ.

Виявлення ранніх неінвазивних стадій ГПЯ може бути корисним в наступних випадках:

- при оцінці радикальності проведення оранозберігаючих операцій на яєчку, оскільки при наявності ТІН є ризик виникнення місцевого рецидиву пухлини;

- при оцінці ступеня лікувального патоморфозу в видалених резидуальних тканинах ГПЯ після їх хірургічного видалення (позитивна реакція на ОСТ 3/4 може слугувати підґрунтям для проведення хіміотерапії після ЗЛАЕ);

- для підтвердження гермінативного походження пухлин при екстрагонадній локалізації за даними біопсії;

- для контролю стану протилежного яєчка у хворих на ГПЯ, враховуючи, що ризик розвитку пухлини протилежного яєчка – до 5%.

При патоморфологічному дослідженні із забарвленням гематоксилін-еозіном, не в усіх тканинах пухлини та паратестикулярної паренхіми можливо виявити ТІН, оскільки при стандартному дослідженні клітини ТІН не набувають специфічного забарвлення.

Діагностику ТІН в паратуморальної тканини у хворих на ГПЯ на сучасному етапі проводять з використанням ІГХ маркера ОСТ 3/4, який є транскрипційним фактором, що підтримує плюрипотентність ембріональних ствольових клітин і ГПЯ. ОСТ 3/4 необхідний для формування ембріональних ствольових клітин і підтримки їх плюрипотентного потенціала. Білок ОСТ 3/4, в нормі знаходиться в ембріональних герміногенних клітинах та регулює експресію

ростових факторів в тестикулярних пухлинах, таких як семінома і ембріональний рак. Ці пухлини надзвичайно плюрипотентні. Більш диференційовані герміногенні пухлини (тератома, пухлина жовткового мішка, хоріонкарцинома) не експресують цей фактор. ОСТ 3/4 – це один із транскрипційних факторів із сімейства РОУ (контролює синтез мРНК на матриці ДНК шляхом зв'язування із специфічною ділянкою ДНК). Фактори транскрипції можуть бути онкогенами або онкосупресорами, їх мутація або зміна регуляції може приводити до виникнення пухлини. Дослідження на клітинних лініях показали, що ОСТ 3/4 є основним фактором в процесі самооновлення недиференційованих ембріональних ствольових клітин (підтримка плюрипотентного потенціалу). Можливе використання ОСТ 3/4 як маркера недиференційованих клітин, експресія гена ОСТ 3/4 тонко регулюється, оскільки зниження або підвищення експресії призводить до диференціювання клітин. В нормі ОСТ 3/4 активується в ооциті та залишається активним до моменту імплантації. Виключення гена ОСТ 3/4 викликає диференціювання клітин, що доводить роль даного фактора в самооновленні ембріональних ствольових клітин. Відомо, що ембріони мишей, які мають низький рівень білка ОСТ 3/4, не утворюють клітинної маси і диференціюються в трофоектодерму. Основна функція ОСТ 3/4 – утримання ствольових клітин від диференціювання. Плюрипотентний потенціал мають клітини ембріонального раку, що розглядаються як ствольовий компонент в складі НГПЯ та деякі інші типи ГПЯ (семіноми, герміноми та дисгерміноми). При цьому семінома, ТІН, гермінома та дисгермінома мають фенотип ранніх ГПЯ. Тератоми, пухлина жовткового міхура, сперматоцитарна семінома (а також дермоїдні кісти яєчників) складаються з диференційованих клітин та не містять ствольових клітин. Спостерігається виражена експресія ОСТ 3/4 в клітинах ТІНН, семіномі та ембріонального раку (а також в герміномі та дисгерміномі). Не виявлено експресії ОСТ 3/4 в пухлинах негермінативного походження (при обстеженні >100 новоутворень різної локалізації) та не встановлено різниці в рівні експресії в залежності від резистентності до ХТ.

Мета роботи: порівняння частоти виявлення ТІН в паратуморальній тканині ГПЯ при стандартному патоморфологічному дослідженні та при використанні ІГХ з ОСТ 3/4.

Апробація способу діагностики ТІН проведена у відділі онкоурології ДУ «Інститут урології НАМН України» та урологічному відділенні

КМКОЦ у 54 хворих на ГПЯ, яким проводили ІГХ дослідження первинної пухлини та паратуморальної тканини з маркером ОСТ 3/4. Результати імуногістохімічної реакції порівнювали з стандартним патоморфологічним дослідженням (забарвлення гематоксилін-еозином).

За даними дослідження різних типів ГПЯ було встановлено, що в тератомних пухлинах ОСТ 3/4 не виявляє ТІН, в семіномних пухлинах ТІН було виявлено практично в усіх випадках. Це факт свідчить про більший плюрипотентний потенціал семіноми по відношенню до більш диференційованих тератомних пухлин. В цілому при ІГХ в паратуморальній паренхімі ТІН було виявлено у 42 (77,7%) випадках, що значно перевищує частоту виявлення ТІН при стандартному патоморфологічному дослідженні (частота виявлення ТІН – 38,8%).

Наводимо приклад практичного застосування ІГХ реакції з ОСТ 3/4.

Хворий Н.А., 44 роки, поступив в урологічне відділення зі скаргами на збільшення і болі в лівому яєчку, хворіє близько 6 міс. На огляді ліве яєчко значно збільшене, праве – зменшене в розмірах – в минулому переніс орхоепідидиміт справа; рівень маркерів в нормі, регіонарні лімфовузли не збільшені. На операції пухлина лівого яєчка у вигляді вузла до 10 мм, враховуючи атрофічне праве яєчко і згоду хворого, виконана резекція яєчка. Гістологія: типова семінома з некрозами і паратуморальна тканина із ознаками пригнічення сперматогенезу. Проведене ІГХ дослідження паратуморальної тканини з маркером ОСТ 3/4, яке виявило наявність ТІН з приводу чого була призначена променева терапія на опероване яєчко в загальній дозі 16 Гр.

Хворий перебуває в ремісії 3,6 року. Рівень тестостерону через 1 міс. становить 8 од.

Висновки

1. Для виявлення ТІН діагностична цінність ІГХ визначення маркера ОСТ 3/4 значно перевищує можливості стандартного патоморфологічного дослідження ГПЯ (77,7% та 38,8%).

2. ІГХ діагностику неінвазивних стадій ГПЯ з маркером плюрипотентності ОСТ 3/4 доцільно проводити в наступних випадках:

– при оцінці радикальності проведення органозберігаючих операцій на яєчку, оскільки наявність ТІН диктує необхідність додаткового лікування (проведення опромінення, хіміотерапії або повторного втручання);

– при оцінці життєздатності (ступеня лікувального патоморфозу) видаленої резидуальної пухлини в різних анатомічних ділянках після ініціальної хіміотерапії (позитивна реакція на ОСТ 3/4 може слугувати підґрунтям для проведення додаткових курсів хіміотерапії після ЗЛАЕ або видалення легеневих метастазів);

– для підтвердження гермінативного походження пухлин при екстрагонадній локалізації (переважно в середостінні) за даними біопсії;

– для контролю стану протилежного яєчка при підозрі на наявність пухлини (за даними біопсії яєчка) у хворих на ГПЯ, враховуючи, що ризик розвитку пухлини протилежного яєчка – до 5%.

3. В складі НГПЯ змішаної будови клітини ембріонального раку та семіноми мають плюрипотентний потенціал, що підтверджується позитивним забарвленням з маркером ОСТ 3/4. Тератоми, пухлина жовткового мішура складаються з диференційованих клітин та не містять ствольних клітин.

УДОСКОНАЛЕННЯ МІНІІНВАЗИВНОЇ ХІРУРГІЇ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ. НАШ ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ У КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ

І.Б. Білий, М.С. Померанцев, З.І. Яскевич

*КНП «Міська лікарня № 10» КМР
КНП «Міська клінічна лікарня № 2» КМР*

Вступ. Контактна літотрипсія є прикладом розвитку новітніх засобів лікування СКХ, яка суттєво змінила підходи до тактики ведення пацієнтів з конкрементами сечової системи, дала можливість підвищити ефективність позбавлення хвороби з мінімальною травматичністю та кількістю ускладнень. Сама технологія –

це руйнування каменів сечової системи за допомогою енергії (скрапленого повітря, ультразвуку, лазера, електроімпульсна), яка безпосередньо підводиться до конкременту за допомогою уретероскопу (трансуретерально) або нефроскопу (перкутанно) з подальшою екстракцією фрагментів за допомогою спеціального

інструментарію (корзинка, щипці) та дренуванням сечових шляхів або без дренування. Ми наводимо наш досвід впровадження у клінічну практику удосконалення цієї методики з використанням гнучкої уретероскопії, мініперкутанних втручань (амплац-трубка 20 Фр та 14 Фр) та аналіз результатів лікування упродовж з 2012 до 2019 р. (6 міс.). З метою доведення доцільності використання більш мініінвазивних методик для зниження кількості ускладнень лікування з високою ефективністю позбавлення від сечових конкрементів.

Матеріали та методи. За період з 2012 до 2019 р. (6 міс.) на базі урології КНП «Міська лікарня №10 м. Кривий Ріг» проведено 962 контактних літотрипсій з приводу конкрементів сечовивідних шляхів у пацієнтів віком 18–83 років. Найбільш частою локалізацією конкрементів виступала нижня третина сечоводу – 43,8%, 9,2% каміння локалізувались у середній третині сечоводу, 30,8% – у верхній третині, та 16,2% – з камінням нирки. Розмір каміння – від 5 мм до кораловидного К4, різної щільності (від 300 ЕдН до 2500 ЕдН).

Уретероскопія проводилася жорстким та гнучким уретероскопом (Карл Шторц 8–10 Фр та 7 Фр гнучкий), використовувався нефроскоп 24 Фр та мінінефроскопи 18 Фр и 12 Фр при перкутанних доступах (упродовж 2019 р.); відео підтримка – на стойці Олімпус, ультразвуковий та рентгенконтроль – на приладі фірми Сіменс. Літотрипсія виконувалась з використанням електроімпульсного літотриптору Уроліт, лазерний літотриптор U-100 та гольмієвий фірми Dornier (30 Вт), під спінальною, епідуральною або загальною анестезією. Виконані методи контактної літотрипсії були розподілені наступним чином: 1. Жорстка уретероскопія з електроімпульсною КЛТ (345 випадків, 35,8%). 2. Жорстка уретерореноскопія з використанням лазерної літотрипсії (265 випадків, 27,5%). 3. Гнучка уретерореноскопія з електроімпульсною КЛТ (24 випадки, 2,49%). 4. Гнучка УРС з лазерною літотрипсією (56 випадків, 5,82%). 5. Стандартна перкутанна літотрипсія з електроімпульсною КЛТ (83 випадки, 8,6%). 6. Стандартна перкутанна літотрипсія з лазерною КЛТ (92 випадки, 9,5%). 7. Мініперкутанна лазерна літотрипсія (32 випадки, 3,32%). 8. Ультрамніперкутанна лазерна літотрипсія (18 випадків, 1,87%). 9. Комбінація різних видів (УРС ригідна, гнучка+перкутанний доступ з різними типами енергій руйнування конкрементів) – 47 випадків, 4,8%.

Результати та їх обговорення. Жорстка уретерореноскопія проводилась переважно при

локалізації конкременту у дистальних відділах сечоводу, 92,7% досягнуто повне видалення конкременту за один етап без резидуальних фрагментів при електроімпульсній літотрипсії та 99,5% при використанні лазера. Загальний процент ускладнень 3,5% (загострення піелонефриту, стійка макрогематурія, пошкодження сечоводу). Гнучка уретерореноскопія виконувалась пацієнтам переважно з камінням верхньої третини сечоводу, нирки. Довела високу ефективність з використанням лазерного літотриптеру при каміннях чашок нирки до 20 мм (92,9%) при низькому проценті ускладнень (0,5%). Стандартна перкутанна літотрипсія була найбільш ефективна при щільних каміннях нирки більше 30 мм та кораловидних каменях різної категорії (К1–К4), «stone free rate» 92%. Мініперкутанна та ультрамніперкутанна лазерна літотрипсія довела високу ефективність при каміннях нирки розміром від 15 мм до 25 мм незалежно від їх щільності, а також в комбінації з УРС при каміннях ПУС нирки, верхньої третини сечоводу (93,7%), при значному зниженні процента геморагічних ускладнень у порівнянні з стандартною майже втричі. Таким чином на прикладі нашого досвіду більш активного впровадження у клінічну практику інтраренальної та мініперкутанної, ультрамніперкутанної хірургії сечокам'яної хвороби з використанням гнучкої оптики та мінінефроскопів, лазерної літотрипсії довести високу ефективність використання цих методів зі значним зниженням післяопераційних ускладнень.

Висновки. Контактна літотрипсія конкрементів сечової системи є надійним, безпечним та мінімально інвазивним методом лікування. Ефективність цього методу у нашій клініці з впровадженням гнучкої уретерореноскопії та мінінефроскопів у 2019 р. збільшилась до 97,6%, при мінімальних показниках різних ускладнень. Проведено аналіз вибору методу КЛТ в залежності від локалізації конкременту, його розміру, щільності та тривалості знаходження у сечовій системі. Це дозволить у подальшому збільшити ефективність використання різних видів КЛТ при різноманітній варіації СКХ. Таким чином подальше удосконалення мініінвазивності доступу до конкременту, з використанням мікроперкутанного нефроскопу (6 Фр), а також функціональних уретерореноскопів 5–6 Фр руйнування конкременту різними режимами лазера, дозволить ще збільшити результативність лікування хворих на СКХ. Вибір методу контактної літотрипсії індивідуальний для кожного пацієнта та ґрунтується на досвіді оператора.

ПЕРЕВАГИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ ПРОТИ ВІДКИТОЇ ПАРЦІАЛЬНОЇ НЕФРЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК

С.М. Шамраєв, М.А. Рідченко, Д.М. Шамраєва

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Згідно з рекомендаціями AUA і EAU нефрон-зберігаючі операції (НЗО) показані як терапія першого вибору при лікуванні пацієнтів із нирково-клітинним раком (НКР) проти радикальної нефректомії (РНЕ) з 2008 р.

Мета дослідження: порівняти онкофункціональні результати резекції нирки в групах хворих, яким парціальна нефректомія була виконана або лапароскопічно або із люмботомії.

Матеріали та методи. З 748 пацієнтів з клінічним діагнозом НКР cT1a-4N0M0, прооперованих в період з січня 2001 по січень 2015 року, НЗО виконані в 294 (39,3%) спостереженнях: 67 (22,8%) – з лапароскопічного доступу, 227 (77,2%) – з люмботомії.

Результати дослідження. Резекція правої нирки виконана у 153 (52,704%) пацієнтів, лівої – у 141 (47,95%). Чоловіків було 137 (46,59%), жінок – 157 (53,4%). Діаметр пухлини в середньому склав $43,2 \pm 2,05$ мм. Розподіл пацієнтів за стадіями: pT0 – 19 (6,46%), pT1a – 140 (47,61%), pT1b – 113 (40,47%), pT2 – 14 (4,76%), pT3a – 8 (2,72%). Інтраопераційна крововтрата склала в середньому $286,25 \pm 21,4$ мл. У

ранньому післяопераційному періоді у 16 (5,44%) пацієнтів першої групи діагностована сечова нориця: її закриття досягнуто стентуванням сечоводу (Clavien–Dindo IIb) у 13 (5,7%) пацієнтів і у трьох (1,3%) – виконанням чрезшкірної нефростомії (Clavien–Dindo IIIa). Місцевий рецидив НКР відзначений також у 16 пацієнтів першої групи в період з 2014 по 2015 рік. Канцерспецифічне виживання (КСВ) склало 97,45%.

Висновки. Відмінностей в кінцевому гемостазі рани нирки не відзначено. Малотравматичний доступ дає змогу уникнути «великих» післяопераційних ускладнень (Clavien–Dindo III–IV). Жодне з ускладнень не привело до інвалідності хворих або подальшої нефректомії. НЗО можливо застосовувати при мінімальній інвазії в паранефральну клітковину. Дотримання принципів НЗО дозволяє розширити показання до них при розмірах пухлини більше 4 см (6,46% спостережень) з досягненням хороших онкологічних (КСВ – 97,45%) і функціональних результатів без збільшення частоти ускладнень.

РАННИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ДЛИННЫХ СТРИКТУРАХ И ОБЛИТЕРАЦИЯХ УРЕТРЫ

С.А. Возианов, С.Н. Шамраєв, М.А. Рідченко

ГУ «Інститут урології НАМН України»

Варианти лечения стриктур и облитераций уретры можно разделить на малоинвазивные/эндоскопические, которые в большинстве случаев являются паллиативными, и разные варианты уретропластик, которые можно разделить на анастомотические, аугментационные (которые увеличивают просвет) и заместительные методики. Отдельно выделяют методики лечения дистракционного дефекта уретры после перелома костей таза.

Классификация методов лечения стриктур уретры:

I. Малоинвазивные/эндоскопические методики:

1. Бужирование уретры.

2. Внутренняя оптическая уретротомия:

– «холодным» ножом;

– лазером.

3. Уретральные стенты:

– постоянные;

– временные.

II. Уретропластика:

1. Иссечение рубцов и первичный анастомоз:

а) анастомотическая пластика уретры «ко-
нец в конец»;

б) анастомотическая уретропластика без
пересечения спонгиозного тела.

2. Аугментационная уретропластика:

а) использование лоскута на сосудистой
ножке (flap) – методики Orandi, McAninch,
Querty;

б) использование трансплантата (graft):

– без пересечения спонгиозного тела –
методики onlay (ventral, dorsal/операция Barbagli,
dorso-lateral/ операция Kulkarni), операции Asopa
(inlay), Palmintery, Kodama;

– с пересечением спонгиозного тела –
аугментационный анастомоз.

3. Заместительная уретропластика – много (дву-) этапные операции:

а) полное иссечение уретральной пло-
щадки – методика Bracka (слизистая оболочка
ротовой полости) или Shreiter (расщепленный
кожный трансплантат);

б) сохранение уретральной площадки и
использование местных тканей – методика
Johanson.

Цель исследования: провести сравнительную
оценку эффективности различных видов откры-
тых уретропластик при протяженных стриктурах и
облитерациях мочеиспускательного канала.

Материалы и методы исследования. Рет-
роспективно оценены результаты открытых урет-
ропластик у 122 пациентов за период 2008–
2019 гг. Данные больные разделены на 4 груп-
пы: 1 гр. – аугментационная буккальная урет-
ропластика – 26 (21,3%), 2 гр. – уретро-уретро-
или уретро-простатоанастомоз – 47 (38,5%),
3 гр. – заместительная пластика кожно-фасци-
альным лоскутом – 14 (11,5%), 4 гр. – замести-
тельная буккальная уретропластика – 35 (28,7%).

Результаты и их обсуждение. Средняя дли-
на СУ составила в 1 гр. – $7,6 \pm 0,5$ см; $1,6 \pm$
 $0,6$ см – во 2 гр.; $3,6 \pm 0,5$ см – в 3 гр. и в 4 гр. –
 $8,2 \pm 1,9$ см. Поствоспалительные – у 32 (26,2%),
посттравматические – у 59 пациентов (48,4%),
идиопатическая – у 3 (2,4%), ятрогенные (пос-
леоперационные) СУ отмечены у 28 (22,9%). Ре-
цидивная форма стриктурной болезни МИК
имела место у 55 (45,1%) пациентов, из них 34
(27,8%) больных – после открытых пластик урет-
ры (УУА, ПКФЛ, БПУ), 15 (12,3%) пациентов –
после чреспузырной или позадилоной аденомэк-
томии, 6 (4,9%) пациентов – после ТУР простаты.
Средний период послеоперационной госпитализа-

ции составлял $8 \pm 2,1$ суток при открытых урет-
ропластиках и достоверно не отличался в исследу-
емых группах. Большинство пациентов (76%) вы-
писаны на амбулаторное лечение с уретральным
катетером. Его удаляли наиболее часто в сроки 17–
19 суток (в 68,2% наблюдениях).

Средний период восстановления самостоя-
тельного мочеиспускания составил: в 1 гр. –
 $17,8 \pm 0,5$, во 2 гр. – $16,9 \pm 0,8$, в 3 гр. – $19,2 \pm 1,3$ и
в 4 гр. – $17,0 \pm 1,6$ суток.

Общая частота осложнений открытых кор-
рекций СУ в раннем периоде (до 1 месяца) со-
ставила 15,6 % (у 26 из 122 пациентов); в поз-
днем (больше 6 месяцев) – 31,9 %. В раннем
послеоперационном периоде отмечали осложне-
ния II степени по Clavien: острая задержка мо-
чеиспускания (ОЗМ) – шесть (4,9%) наблюде-
ний, орхоэпидидимит – 17 (13,9%), промежност-
ный затек – три (2,4%). В позднем послеопера-
ционном периоде наблюдали осложнения трех
видов: Clavien II, IIIb, IV. У 10 (8,1%) пациентов
была эректильная дисфункция, которая была
ликвидирована путем приема ингибиторов фос-
фодиэстеразы 5 типа и внутрикавернозными
инъекциями простагландина (Clavien II); у 8
(10,4%) пациентов с эректильной дисфункци-
ей, которая не поддается медикаментозной кор-
рекции, установлен полуригидный протез поло-
вого члена. Летальных исходов при наблюдении
до 36 месяцев – не отмечено.

При рецидиве СУ выполнили у 24 (19,6%)
пациентов ВОУТ, у 12 (9,8%) – повторную за-
местительную буккальную пластику уретры или
уретропростатоанастомоз – с хорошим резуль-
татом. Вместе с тем, наши данные об успехе дор-
зальных on-lay или вентральных in-lay буккаль-
ных уретропластик по методике Asopa, Kulkarni
и Palmintery, в отдаленном периоде соответство-
вало мировым данным. Так, в обзоре O. Chapple,
D. Andrich, S. Kulkarni (2014) и соавторами при-
водится 88,2% и 90,6% уровень успеха у 240 и
93 пациентов с данной патологией, соответствен-
но, при периоде наблюдения за большинством
пациентов от 27,2 до 77,1 мес.

Выводы

1. Аугментационная буккальная пластика
уретры – из 26 пациентов со стриктурами / обли-
терациями уретры хороший результат отмечен у
20 пациентов, 4 пациентам в отдаленном после-
операционном периоде проведено ВОУТ, двум па-
циентам проведено повторную уретропластику.
Первичная эффективность – 63,6%.

2. Уретроуретро- уретропростатоанастомоз –
из 47 пациентов хороший результат – у 40,
15 пациентам в отдаленном послеоперационном

периоде проведено ВОУТ, троим пациентам проведено заместительную буккальную пластику уретры. Первичная эффективность – 75,7%.

3. Пластика кожно-фасциальным лоскутом – из 14 пациентов – у 10 хороший результат, другим 4 пациентам проведено заместительную буккальную пластику уретры. Первичная эффективность – 75,2%.

4. Заместительная буккальная пластика уретры – из 35 пациентов хороший результат отмечено у 26, другим 5 пациентам выполняли ВОУТ, 3 больным в послеоперационном периоде проведено повторную заместительную буккальную пластику уретры, одному пациенту – уретропростатоанастомоз. Первичная эффективность – 70,1%.

СТРЕССОВОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН: РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

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

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

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

Материалы и методы. Ретроспективно оценены результаты хирургического лечения 84 женщин со СНМ в период с 2013 по 2019 г. Согласно виду оперативного вмешательства женщины разделены на 3 группы: первая группа – 52 (61,9%) пациентки, которым был установлен трансобтураторный слинг по методике TVT-O (Gynecare, Ethicon, США), вторая группа – 21 (25,1%), перенесших коррекцию СНМ объемообразующим агентом Urolastik (Urogyn, Голландия), третья группа – 11 (13,1%) больных, которым выполняли позадилобковую везикопексию по методике Burch.

Результаты и их обсуждение. Пациенты были разделены согласно классификации по степени тяжести СНМ Canabathi K. (1994). I ст. СНМ во всех трех группах наблюдался у 14 пациенток (16,7%), II ст. – у 44 больных (52,4%), III ст. – у 26 (30,9%). 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». Далее ленту фиксировали к проводникам и без фиксации свободно располагали слинг под средней третью уретры. Во второй группе операцию проводили под местной инфильтрационной анестезией (1%-ный лидокаин 5 мл). После сборки системы доставки объемообразующего агента,

последний вводили парауретрально в объеме 0,4–1,4 мл по периметру уретры, избегая его инъекции в сосудистые зоны уретры. Контроль степени натяжения ленты и количества введенного объемообразующего агента проводили путем проведения пробы Вальсальвы при наполнении мочевого пузыря более 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 первой группе – 53,4±4,2 мин., во второй группе – 28,9±2,1 мин. и в третьей группе – 105,7±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±8,9 мл, при введении Urolastik 5,1±0,8 мл, при использовании методики Burch 138,0±17,8 мл ($p \geq 0,05$). Средний койко-день составил в первой группе 5,8±1,2 суток, во второй группе – 1,1±0,6 суток, в третьей группе – 10,1±1,4 суток. Период восстановления составил в 1-й и 2-й гр. 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 (3,6%) второй группы введение объемообразующего агента проводили после неудачных операций по установке слинга. В 7 наблюдениях (8,3%) (по три 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 дополнительно еще 1 недели. Рецидив СНМ был у 5 (5,9%) больных. Две женщины получали селективные МЗ-холинолитики курсом 12 недель с позитив-

ным эффектом, одной женщине повторно вводили Urolastik для коррекции недержания мочи – также с хорошим эффектом.

Выводы. Первичная эффективность slingовых операцийTVT-O составила 84,4%, введения объемообразующих агентов – 87,9%, позадилобковой везикупексии 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 осложнений хирургического лечения СНМ.

МОНОПОЛЯРНАЯ ЭНУКЛЕОРЕЗЕКЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Цель исследования: оценить непосредственные результаты лечения гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) методом трансуретральной монополярной энуклеорезекции.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно оценены результаты хирургического лечения 52 мужчин ДГПЖ, в ГУ «Институт урологии НАМН Украины», методом монополярной трансуретральной энуклеорезекции в период с января 2016 по март 2019 г. Трансуретральная энуклеорезекция предстательной железы монополярной петлей является одним из начальных методов лечения в спектре эндоскопических технологий, позволяющих удалять аденому больших размеров, однако не получивший дальнейшего 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. Операцию выполняли используя обычный петлевой электрод для монополярной резекции толщиной 0,35 мм. Создавали круговой надрез 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 ее резекцию 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. Оставляли вылущенную дистальным концом резектоскопа ткань простаты на тканевом мостике в области шейки мочевого пузыря (в виде «гриба») – в бескровном хирургическом поле, и выполняли ее резекцию как в антеградном, так и в ретроградном направлении для ускорения процесса резекции ткани. В процессе диссекции также проводили коагуляцию сосудов хирургической капсулы. В 2018 году в 4 урологическом отделении ГУ «Институт урологии НАМН Украины» было выполнено 2 трансуретральных резекции простаты с применением биполярного резектоскопа с хорошим результатом.

Результаты и их обсуждение. Возраст больных варьировал от 59 до 82 лет. Операцию проводили под спинальной анестезией. Время операции варьировало от 85 до 170 минут и в среднем составило $120,3 \pm 4,7$ мин. Кровопотеря в среднем составляла $59,5 \pm 2,6$ мл. Средний койко-день составил $6,7 \pm 1,9$ суток. Период уретрального дренирования мочевого пузыря составил в среднем $6,2 \pm 0,6$ суток. До хирургического вмешательства сумма баллов международного опросника I-PSS составила в среднем $30,8 \pm 0,9$; индекс качества жизни составил $6,1 \pm 0,4$ балла; среднее значение до операции максимальной объемной скорости мочеиспускания составило $4,4 \pm 0,5$ мл/с; объем предстательной железы определялся по формуле Terris-Stamey (1991) и в среднем равнялся $85,5 \pm 6,1$ мл; количество остаточной мочи в среднем составило $80,2 \pm 19,9$ мл, обструктивные симптомы нижних мочевых путей присутствовали у всех пациентов исследуемой группы.

Следует отметить, что у пятерых мужчин (9,6%) операция проводилась по причине рецидивной ДГПЖ (в анамнезе больных была чреспузырная аденомэктомия), у двух пациентов (3,8%) был диагностирован камень мочевого пузыря и первым этапом проводили контактную цистолитотрипсию. 12 пациентов поступили с острой задержкой мочеиспускания и дренирование мочевого пузыря в предоперационном периоде проводилось: эпицистостомой – двум пациентам (3,8%), уретральным катетером Фоли – десяти (19,2%) мужчинам. Кровотечений, ранений внутренних органов, перфораций мочевого пузыря не выявлено. У одного пациента (1,9%) в послеоперационном периоде возник стеноз шейки мочевого пузыря (Clavien IIIa), что потребовало проведения ТУР шейки мочевого пузыря – с хорошим эффектом.

Проведено сравнение пациентов, которые были распределены на 3 группы: 1 гр. – пациенты, которым была проведена ТУЭРП (52 пациента), 2 гр. – монополярная ТУРП (55 пациентов), 3 гр. – биполярная ТУРП (55 пациентов). Результаты оперированных больных изучены до операции и через 3 месяца после нее.

Выводы. Первичная эффективность трансуретральной энуклеорезекции предстательной железы при объеме простаты от 70 до 180 мл составила 88,2%. Считаем необходимым накопление опыта трансуретральной энуклеорезекции предстательной железы (как моно-, так и биполярной методики), особенно ее выполнение при объеме простаты ≥ 120 мл, ввиду меньшей травматичности вмешательства, меньшей кровопотери, меньшего времени операции и периода восстановления мочеиспускания при меньшей финансовой обеспеченности операции.

ВИКОРИСТАННЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ ФЛЮОРЕСЦЕНЦІЇ У ВИВЧЕННІ ЛІМФАТИЧНОЇ СИСТЕМИ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ЩУРІВ

*Є.В. Пілін, Р.М. Молчанов, В.В. Кошарний,
Л.В. Абдул-Огли, К.А. Кушнарьова*

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Лімфатичні вузли (ЛВ) є важливою системою гомеостазу внутрішнього середовища організму. Статус регіонарного ЛВ має діагностичне значення і для визначення обсягу злоякісного росту, оскільки метастазування пухлини до регіонарних ЛВ є першим кроком поширення пухлини більшості злоякісних новоутворень.

Особливо важливою є можливість візуалізації і оцінки стану ЛВ безпосередньо в ході хірургічного видалення пухлин. Діагностувати метастатичне враження ЛВ можна тільки морфологічними або молекулярно біологічними методами. Неінвазивні методи дослідження (комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія, УЗД) не можуть дати чіткої відповіді про наявність чи відсутність метастазів в лімфатичних вузлах.

Визначення сторожових ЛВ набуває все більшого визнання і введена для пухлин різної локалізації в стандарти хірургічного лікування Європейської організації з вивчення і лікування раку. Поняття сторожового лімфовузла (СЛ) як анатомічно першого, розташованого на шляху лімфатичного відтоку від органа вперше було дано в 60-х, і доповнено у 70-х роках ми-

нулого століття. Анатомічні особливості шляхів лімфовідтоку від того чи іншого відділу органа дозволили розробити концепцію біопсії СЛ, згідно з яким метастази в регіонарних лімфатичних вузлах з'являються в певному порядку. Як правило, один або кілька регіонарних лімфатичних вузлів, які називаються «сторожовими» першими уражаються мігруючими зі струмом лімфи пухлинними клітинами. В той же час дослідження СЛ не входить в стандарт хірургічного лікування. Існують три основні методи визначення СЛ: контрастно-візуальний, ізотоп-асоційований і поєднаний (барвник + ізотоп).

Нами проведена серія експериментів по використанню діагностичних речовин з флюоресценцією. В першій серії експериментів вивчали розповсюдження флуоресцентного барвника при введенні в інтактну простату щурів, в другій – на тлі змодельованого хронічного запалення простати. Виявлені особливості відтоку при запальному процесі, а саме більша швидкість розповсюдження флюоресцентної речовини.

Крім того, виявлено її накопичення в регіонарних лімфатичних вузлах, що було

підтверджено візуально і гістологічними методами.

Таким чином, з огляду на отримані дані, метод флуоресцентної ідентифікації лімфовузлів передміхурової залози є перспективним напрям-

ком ідентифікації регіонарних ЛВ та планування обсягу лімфаденектомії при оперативному лікуванні раку передміхурової залози, який потребує подальшого вивчення та вдосконалення.

ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВІТНІХ МУЛЬТИМЕДІА-ТЕХНОЛОГІЙ В ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС СТУДЕНТАМ МЕДИЧНИХ ВНЗ

А.О. Губарь, Г.В. Бачурін, М.А. Довбиш, І.М. Довбиш

Запорізький державний медичний університет

Активне впровадження мультимедіа-технологій в освітній процес загальноосвітньої і професійної школи – найважливіший фактор модернізації освіти. В теперешній час дані технології відносяться до тих, які найбільш динамічно розвиваються і перспективних напрямків в області інформатизації.

До основних відмінних ознак мультимедіа технологій відносяться:

- об'єднання апаратних і програмних засобів в багатокomпонентне інформаційне середовище (текст, відео, фото, графіка, звук);
- забезпечення надійності зберігання, передачі і використання великих обсягів інформації;
- уніфікація і простота переробки інформації.

Мультимедіа-техніка являє собою конкретні елементи комп'ютера, що забезпечують запис, обробку, зберігання та відтворення мультимедійних даних (плати, комплекси і центри мультимедіа).

Подальший розвиток мультимедіа йде в напрямку об'єднання різнорідних типів даних в 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.

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 (в 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.

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 сприяють підвищенню ініціативи і самостійності учнів в опануванні інновацій;
- забезпечення взаємодії викладача та студентів за допомогою інтерактивного діалогу з комп'ютером, що розширює межі.

Мультимедіа-ресурси за рахунок збільшення частки інформації, представленій 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 в навчанні стимулює мотивацію учнів. Освітні засоби мультимедіа сприяють розвитку у студентів інтересу до навчання і підвищенню якості професійної підготовки, а також допомагають їм формувати уявлення про образи і моделі, особливо при вивченні технічних об'єктів. Таким чином, в

більшості випадків застосування мультимедіа позитивно позначається на мотивації студентів.

Мультимедіа-технології покликані зробити студента не тільки спостерігачем готового навчального матеріалу, а й учасником його створення, перетворення, оперативного використання.

В даний час 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-технологій 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 в рамках традиційного навчання, які, однак, залишалися незатребуваними або в силу певних об'єктивних причин не могли дати належного ефекту.

Адреса для листування

А.О. Губарь

E-mail: andreygubar76@gmail.com

Тел./Viber: +38 050 9918883

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЦЕЛЕ И ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Н.Ю. Полион¹, В.Н. Краснов³,
Е.П. Украинец³, Е.А. Квятковский⁴, В.А. Леончик⁵, Г.В. Даниленко²*

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «ДГБ № 12» ДГС

³ КУ «Днепропетровская ОКБ им. Мечникова» ДООС

⁴ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ» ДООС

⁵ КУ «Новомосковская ЦРБ» ДООС

Варикоцеле – варикозное расширение вен гроздевидного сплетения семенного канатика, является комплексной проблемой, которая затрагивает медицинские, социальные и экономические аспекты жизни человека. Большинство урологов считают, что наличие варикоцеле может быть критичным только для яичка и сперматогенеза. Вместе с тем, последние научные данные свидетельствуют о том, что венозные системы полового члена, предстательной железы, семенных пузырьков, яичек, семенных канатиков, мошонки, нижних мочевых путей объединены в единую венозную систему мочеполовых органов. Варикоцеле отрицательно влияет на функции яичка, а также предстательной железы, в результате чего является одной из причин мужского бесплодия. Варикоцеле может существенно снижать качество жизни мужчины, ограничивая его физическую активность и образуя косметический дефект.

Варикоцеле в течение длительного времени остается темой жарких споров и дискуссий в урологическом обществе.

Варикоцеле в подростковом возрасте сопряжено с высоким риском развития нарушения сперматогенеза с последующим исходом в нарушение фертильности.

На данный момент механизмы ухудшения репродуктивной функции у молодых мужчин с варикоцеле являются предметом разноплановых исследований. Наиболее распространенной является теория негативного влияния повышения температуры в мошонке, вследствие чего нарушается выработка тестостерона клетками Лейдига, а также поражаются мембраны герминативного эпителия, что приводит к нарушению функции клеток Сертоли. К другим механизмам относится застой венозной крови в мошонке и малом тазу, что приводит к гипоксии, ухудшению выведения гонадотоксинов и повышению уровня окислительного стресса клеток. Су-

ществуют разные формы нарушения эякулята у пациентов с варикоцеле:

– азооспермия – отсутствие сперматозоидов в эякуляте;

– олигозооспермия – низкая концентрация сперматозоидов в 1 мл;

– астенозооспермия – низкая концентрация сперматозоидов с поступательным движением;

– тератозооспермия – низкая концентрация сперматозоидов с нормальным морфологическим строением;

– некрозооспермия – низкая концентрация живых сперматозоидов.

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 функций предстательной железы. Секрет предстательной железы как составная часть спермальной жидкости выполняет трофическую и защитную функции для сперматозоидов, определяет их подвижность и предотвращает агрегацию. 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.

Целью нашей работы является определение целесообразности проведения простатотропной терапии для улучшения функциональных результатов после оперативного лечения варикоцеле у подростков и молодых мужчин. Настоящая работа основана на результатах исследования эякулята у пациентов с варикоцеле, полученных до и после оперативного лечения варикоцеле с соблюдением всех условий получения эякулята у этих пациентов с обязательным согласием родителей и пациентов. 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 58 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. Наблюдаемые пациенты имели расширение вен гроздевидного сплетения с затруднением оттока крови и наличием ретроградного сброса при проведении пробы Вальсальвы.

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. При этом у пациентов с варикоцеле в сочетании с тазовой конгестией частота патоспермии составляла 49%.

Всем пациентам проводилась медикаментозная терапия, включающая в себя венотоники, Трибекс, рыбоксин, аэвит, а также ректальные суппозитории Простекс с целью простатотропной терапии по 1 свече 2 р. в сутки ректально в течение месяца до операции и в течение 1 ме-

сяца после оперативного вмешательства как послеоперационная реабилитация.

Основными критериями эффективности проводимой терапии были качественные показатели эякулята и состояния предстательной железы. Включение в состав комплексной консервативной терапии варикоцеле суппозитория Простекс и Трибекс позволяет эффективно нормализовать показатели эякулята и быстрее купировать дистрофические изменения в тканях простаты за счет улучшения трофики железы, ликвидации тканевого отека и как следствие уменьшение ее объема, усиление выработки простатического секрета, что в комплексе увеличивает подвижность и жизнеспособность сперматозоидов, уменьшает вязкость спермы и является профилактикой хронических воспалительных заболеваний органов простатовезикулярного комплекса.

В отсутствии трофической поддержки замедляется восстановление структуры и функции 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 органов мошонки и предстательной железы, совместно с доплерографией вен гроздевидного и простатического сплетений, результаты которых будут определять дальнейшую лечебную тактику

ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ УРОЛОГ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПОГОНАДИЗМА У ПОДРОСТКОВ

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Н.М. Русинко²,
Н.Ю. Полион¹, В.Н. Краснов³, В.А. Леончик⁴, Г.В. Даниленко²*

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «ДГБ №12» ДГС

³ КУ «Днепропетровская ОКБ им. Мечникова» ДОС

⁴ КУ «Новомосковская ЦРБ» ДОС

На сегодняшний день одной из главных медицинских причин, оказывающих влияние на численность населения, является рост заболеваний, приводящих к нарушению репродуктивной функции у мужчин. Известно, что андрологические проблемы мужчины во многих случаях закладываются в детском и подростковом возрасте. От своевременности и качества оказания специализированной помощи мальчикам и подросткам с заболеваниями половых органов зависит состояние их фертильности в будущем. Мужчина в течение длительного времени не воспринимался как возможная и наиболее вероятная причина бесплодия в супружеской паре. И сегодня наблюдается несогласованность при диагностике заболеваний половых органов у подростков между детскими урологами, урологами и эндокринологами, что приводит к конечному негативному результату. Отсутствие преемственности между детскими и взрослыми специалистами приводит к тому, что достаточно сложные пациенты в возрасте 14–18 лет наблюдаются у семейных врачей, не консультируются профильными специалистами, что в дальнейшем приводит к возникновению первичного бесплодия у лиц репродуктивного возраста, раннее возникновение нарушения потенции у молодых мужчин.

Одним из заболеваний, приводящих к нарушению репродуктивного здоровья подростков и молодых мужчин, является гипогонадизм.

Гипогонадизм, в отличие от задержки полового развития, которую можно рассматривать как пограничное состояние, является болезнью с серьезным расстройством функционирования всей репродуктивной системы, требующей длительной гормональной терапии.

Гипогонадизм — это патологическое состояние, вызванное недостаточностью секреции андрогенов у пациентов с нормальным кариотипом при первичном поражении тестикулярной ткани, при изменении функции системы гипоталамус — гипофиз — половые железы и без нарушения половой дифференциации.

Гипогонадизм у взрослых, приводящий к прекращению или снижению половой функции, бесплодию, различного рода соматическим и нервно-психическим заболеваниям нередко начинается на самых ранних этапах онтогенеза, но лишь в препубертатном и раннем пубертатном периодах можно рассчитывать на успех в лечении этого серьезного заболевания в смысле относительно полного восстановления копулятивной и генеративной функции яичек.

Рано возникшая недостаточность функции яичек проявляется не только в снижении репродуктивной функции в дальнейшем, но уже в детском и подростковом периодах она неблагоприятно отражается на других показателях здоровья, психическом и физическом развитии. Все это делает раннюю диагностику гипогонадизма и его лечение очень важной и актуальной.

Для всех форм гипогонадизма у детей и подростков типично недоразвитие внутренних и наружных половых органов, вторичных половых признаков и постепенное формирование характерного внешнего вида в связи с появлением внегенитальных симптомов половой недостаточности.

Есть несколько современных классификаций гипогонадизма у подростков. Одна из них включает следующие формы:

I. Гипогонадизм как самостоятельное заболевание:

- а. гипергонадотропный гипогонадизм;
- б. гипогонадотропный гипогонадизм;
- с. нормогонадотропный гипогонадизм.

II. Гипогонадизм у лиц с абберациями половых хромосом.

III. Симптоматический гипогонадизм (при эндокринных и не эндокринных заболеваниях).

IV. Гипогонадизм, сопровождающийся нарушениями половой дифференцировки (без хромосомных аббераций).

При определении нозологической формы термин «гипогонадизм» правомочен только для пациентов первой группы. В остальных случаях он будет определять не саму болезнь, а только

симптомокомплекс, как одно из проявлений основного заболевания.

Гипогонадизм принято разделять на первичный, т.е. вызванный поражением самих гонад, и вторичный, обусловленный недостаточной стимуляцией яичек гипофизарными гонадотропными гормонами.

При первичном гипогонадизме повышается продукция гонадотропных гормонов, а при вторичном – уровень гонадотропинов в крови снижен. Первая форма получила название гипергонадотропного гипогонадизма, а вторая – гипогонадотропного гипогонадизма. Эти термины лучше отражают гипоталамно-гипофизарно-гонадные взаимоотношения, тем самым определяя выбор патогенетической терапии. Кроме того, есть еще одна форма гипогонадизма – это так называемый нормогонадотропный гипогонадизм. При этой форме гипогонадизма имеется содружественное поражение гонад и системы, ответственной за выработку гонадотропных гормонов.

Гипергонадотропный гипогонадизм возникает при синдромах: первичной аплазии яичек (анорхизм), первичной двусторонней гипоплазии яичек, монорхизме, с преимущественным поражением тестикулярных канальцев, с преимущественным поражением клеток Лейдига, первичной герминативной аплазии дель Кастильо.

Первичная аплазия и гипоплазия яичек наиболее частая форма первичного гипогонадизма у детей и подростков. Заболевание врожденное.

Гипогонадотропный гипогонадизм (ГГ) как самостоятельное заболевание подразделяют на изолированный ГГ, адипозогенитальную дистрофию, синдром Мэддока и синдром Каллмена. Изолированный ГГ у мальчиков обусловлен изолированным снижением продукции гонадотропных гормонов и выражается расстройством только половой системы.

При ГГ, вызванном адипозогенитальной дистрофией, в патологический процесс вовлекаются не только структуры, регулирующие и осуществляющие продукцию и секрецию гонадотропных гормонов, но и отделы гипоталамо-гипофизарной области, ведающие жировым об-

меном. У таких пациентов присоединяется гипоталамическое ожирение. Распределение подкожной жировой клетчатки у них по женскому типу – преимущественно на груди, животе, бедрах. В некоторых случаях отмечается отставание в росте при этой патологии. С возрастом эта задержка увеличивается.

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.

С 14-летнего возраста при явлениях вторичного гипогонадизма проводится комплексная медикаментозная терапия в 3–4 цикла по 16–20 недель каждый.

Лечение вторичного гипогонадизма у мальчиков осуществляется путем использования гонадотропинов. Тактика лечения определяется актуальностью вопроса фертильности для пациента в настоящее время.

Предлагаются следующие варианты стартовой терапии лечения гонадотропинами:

– начинают с препаратов ФСГ по 75–150 Ед в/м 1 раз в 2–3 сут. продолжительностью не менее 6 мес. с последующим добавлением хорионического гонадотропина по 1000–3000 Ед 1 раз в 3–4 сут, длительно;

– начинают с хорионического гонадотропина по 1000–3000 Ед 1 раз в 3–4 сут. до достижения уровня тестостерона не менее 12 нмоль/л, в дальнейшем добавляют препараты ФСГ по 75–150 Ед в/м 1 раз в 2–3 сут. под контролем уровня тестостерона, спермограммы.

– сразу же начинают с сочетанного назначения препаратов ФСГ по 75–150 Ед в/м 1 раз в 2–3 сут. и хорионического гонадотропина по 1000–3000 Ед 1 раз в 3–4 сут., длительно.

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

ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ УРОЛОГ ОБ ВНЕОРГАНИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Н.Ю. Полион¹, В.Н. Краснов³, Г.В. Даниленко²

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «ДГБ №12» ДГС

³ КУ «Днепропетровская ОКБ им. Мечникова» ДООС

Забрюшинные внеорганные опухоли относятся к редкой патологии и составляют 0,2% по отношению ко всем опухолям человека. Чаще болеют пациенты молодого и среднего возраста (21–50 лет).

Наибольшее распространение получила классификация опухолей забрюшинного пространства, основанная на гистогенетическом принципе:

I. Опухоли мезодермального происхождения:

а. опухоли из жировой ткани:

- 1) доброкачественные – липомы;
- 2) злокачественные – липосаркомы;

б. опухоли из гладких мышц:

- 1) доброкачественные – лейомиома;
- 2) злокачественные – лейомиосаркома;

в. опухоли из соединительной ткани:

- 1) доброкачественные – фиброма;
- 2) злокачественные – фибросаркома;

г. опухоли из поперечных полосатых мышц:

- 1) доброкачественные – рабдомиома;
- 2) злокачественные – рабдомиосаркома;

д. опухоли из кровеносных сосудов:

- 1) гемангиома и ангиосаркома;
- 2) гемангиоперицитомы – доброкачественная и злокачественная;

е. опухоли из лимфатических сосудов:

- 1) доброкачественные – лимфангиома;
- 2) злокачественные – лимфангиосаркома;

ж. опухоли из первичной мезенхимы:

- 1) доброкачественные – миксома;
- 2) злокачественные – миксосаркома;

з. опухоли недифференцированные, неясного происхождения – ксантогранулемы.

II. Опухоли нейrogenного происхождения:

а. опухоли из закладок нервных влагаллищ:

- 1) нейрофиброма, без капсулы;
- 2) инкапсулированная нейролеммома;
- 3) злокачественная нейролеммома (злокачественная шваннома);

б. опухоли из тканей симпатической нервной системы:

- 1) ганглионеврома;
- 2) симпатобластома;

3) нейробластома;

с. опухоли из гетеротопных тканей коры надпочечников и хромаффинных тканей:

- 1) рак из клеток надпочечника;
- 2) злокачественная нейромаффинная парагангиома;
- 3) парагангиома;
- 4) активная феохромоцитома.

III. Опухоли из эмбриональных остатков почки:

а. злокачественные и доброкачественные тератомы;

IV. Злокачественные опухоли метастатического характера.

Развиваясь в свободной клетчатке забрюшинного пространства, эти новообразования постепенно могут достигать значительных размеров без каких-либо клинических проявлений, сдавливая прилегающие органы. В одних случаях развиваются расстройства мочеиспускания, в других – явления кишечной непроходимости, поражения нервов в виде стойкой боли в брюшной полости, поясничном отделе, нижних конечностях.

Иногда первыми признаками заболевания является лимфогенный стаз в одной или обеих нижних конечностях, вторичное варикоцеле.

Общее состояние больных, даже при наличии больших опухолей, остается длительное время удовлетворительным. Быстрая утомляемость, слабость, потеря массы тела, повышения температуры тела, явления интоксикации свидетельствуют о длительном процессе.

Боль в животе является одним из ранних симптомов, наиболее характерна для опухолей небольших размеров, расположенных паравертебрально, в полости малого таза. Боль возникает в случае сдавливания опухолью нервов, которые идут от поясничного или крестцового сплетения, а также при условии растяжения париетального листка брюшины.

Определение опухоли во время пальпации живота является очень ценным клиническим симптомом, который чаще выявляется в случае злокачественных опухолей.

Нарушения венозного и лимфатического оттока клинически проявляются увеличением объема нижней конечности на стороне поражения, болью, расширением подкожных вен передней брюшной стенки.

Симптомы кишечной непроходимости, предопределенные экстраорганным сдавлением, проявляются раньше на фоне новообразований, которые располагаются в нижних отделах левой половины забрюшинного пространства. В случае опухолей этой локализации наблюдается боль, которая иррадирует в поясничную область, прямую кишку, паховую область и нижние конечности.

Для опухолей тазовой локализации характерно длительное и чаще бессимптомное начало развития заболевания, в связи с чем ранняя диагностика имеет значительные трудности. Неорганные забрюшинные опухоли малого таза не имеют специфических диагностических признаков, которые отличают их от опухолей или неопухолевого заболевания этой же локализации.

Одним из самых ранних симптомов первичных неорганных опухолей малого таза есть боль внизу живота, которая наблюдается приблизительно в 50% случаев и чаще имеет постоянный характер. Ранними клиническими симптомами являются также нарушения дефекации и мочеиспускания. Отеки и расширения подкожных вен нижних конечностей наблюдаются обычно на фоне злокачественных опухолей.

Иррадиация боли в одну или обе нижние конечности предопределена давлением опухоли на корешки пояснично-крестцового сплетения, что необходимо учитывать во время дифференциальной диагностики неорганных опухолей малого таза и пояснично-крестцового радикулита.

Симптомом, который наблюдается почти у всех больных с первичными неорганными опухолями малого таза, является определение опухоли во время пальпации через прямую кишку или влагалище. Забрюшинные опухоли тазовой локализации могут способствовать возникновению промежностных грыж.

Диагноз заболевания уточняется после выполнения рентген-урологического исследования. Особенное место в диагностике забрюшинных новообразований занимает ультрасонография, а также аортография, ангиография, каваграфия, внутривенная экскреторная урография, иригоскопия, компьютерная томография органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с болюсным контрастированием с целью исключения метастазов в органы брюшной полости, легкие, кости таза и позвоночника.

Ни один из перечисленных методов исследования не позволяет определить гистологическую структуру новообразования, что необходимо для выбора метода лечения, особенно лучевого и химиотерапевтического.

Чрезкожную аспирационную пункционную биопсию осуществляют в случае расположения забрюшинной опухоли на боковых стенках таза. В случае тазового расположения опухоли применяют пункционную биопсию через заднюю стенку влагалища или путем прокола ишио-ректального участка. Помогают проводить прицельную биопсию эхография и компьютерная томография.

Пункционная биопсия позволяет уточнить характер процесса и определить морфологическое строение новообразования.

Основным методом лечения является хирургический. Операбельность при неорганных забрюшинных опухолях остается низкой. Операции удается выполнить лишь у 20–30% больных. Рецидивы возникают часто – у 35–50% оперированных.

Лучевая терапия. Лучевой метод лечения применяют у неоперированных больных в поздних стадиях заболевания.

В настоящее время показания к лучевой терапии забрюшинных опухолей значительно расширены. Рентгенотерапия фибросарком, оперативное удаление которых было невозможным, значительно продлевает жизнь больным. Предварительная лучевая терапия кажущихся неоперабельными опухолей (типа фибросарком, липосарком, миксосарком) может в некоторых случаях уменьшить их настолько, что они становятся доступными к удалению.

Под нашим наблюдением находилось 9 пациентов с неорганными забрюшинными опухолями в возрасте от 32 до 72 лет, из них 6 мужчин и 3 женщины. Оперативное вмешательство удалось выполнить 6 пациентам. У 2 пациентов из-за выраженного спаечного процесса опухоли с мышцами забрюшинного пространства удалить основной очаг не удалось. Биопсия – фибросаркома. У пациента Ф. (70 лет) обнаружена запущенная неорганная злокачественная опухоль левой половины малого таза с резко выраженным левосторонним варикоцеле и значительным увеличением в объеме левой нижней конечности из-за сдавления сосудов в тазу. Несмотря на консультации в разных онкоцентрах нашей страны план лечения ему выработан не был. По настоянию пациент консультирован в одной из онкоурологических клиник в Израиле, где ему было проведено несколько

курсов специальной лучевой терапии. В результате лечения исчезла опухоль пальпаторно и при КТ исследовании, исчез лимфостаз левой нижней конечности, прошли явления левостороннего варикоцеле. Пациент находится под наблюдением 5 лет. У трех оперированных пациентов гистологически обнаружена феохромоцитомы. У двух пациентов — миксосаркома. У одного пациента — липосаркома. У трех оперированных пациенток оказались недифференцированные неорганные опухоли малого таза со сдавлением мочеточников, мочевого пузыря, матки и

придатков. Выполнено удаление опухолей, экстирпации матки и придатков. В послеоперационном периоде в течение длительного времени не восстанавливался произвольный акт мочеиспускания, моча выводилась путем дренирования мочевого пузыря через уретру. Пятилетняя выживаемость 20%.

Отдаленные результаты лечения при первичных внеорганных забрюшинных злокачественных опухолях малоутешительны, 5-летний срок переживают не более 10–15% перенесших радикальные операции.

ТАКТИКА УРОЛОГА И ГИНЕКОЛОГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Е.Н. Лось², Н.Ю. Полион¹,
В.Н. Краснов³, Е.П. Украинец³, Е.А. Квятковский⁵, В.А. Леончик⁴, Г.В. Даниленко²*

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «ДГБ №12» ДГС

³ КУ «Днепропетровская ОКБ им. Мечникова» ДООС

⁴ КУ «Новомосковская ЦРБ» ДООС

⁵ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ» ДООС

При беременности увеличивающаяся в размерах матка постепенно начинает мешать окружающим ее органам. Каждая беременность сопровождается рядом определенных изменений в работе почек. Это выражается в усилении почечного кровотока и клубочковой фильтрации примерно на 35–40%.

На протяжении беременности претерпевает изменения и диурез — от увеличения в 1-м триместре, нормальных значений во 2-м до уменьшения в 3-м.

Также для большинства беременных характерно расширение полостной системы почек и мочеточников, начинающееся в 1-м триместре, достигающее максимальных значений ближе к 6–7-му мес. и остающееся иногда вплоть до 12–14-й нед. после родов.

Беременность, как правило, создает благоприятные условия для развития и прогрессирования острого пиелонефрита. К этому приводят нарушение уродинамики верхних мочевых путей и наличие лоханочно-почечных рефлюксов.

Одним из главных факторов развития острого пиелонефрита у беременных считается бактериурия. У первобеременных преобладает мономикробная мочевая инфекция, а у повторно беременных — смешанная бактериальная флора.

Существует прямо пропорциональная зависимость вероятности развития пиелонефрита от степени выявляемой бактериурии. Чаще острый пиелонефрит развивается во 2-й половине беременности — у первобеременных на 4–5-м мес., а при повторных родах — на 6–7-м мес. беременности. При появлении воспаления почек в 1-е месяцы беременности можно думать о его существовании в дородовой период.

Помощь в постановке диагноза традиционно оказывают данные общеклинических, лабораторных и инструментальных методов исследований.

Острый пиелонефрит беременных входит в состав инфекций мочевыводящих путей (ИМП). ИМП — это группа заболеваний, сопровождающихся микробной колонизацией в моче (свыше 10 000 колоний микроорганизмов в 1 мл мочи) или микробной инвазией с развитием инфекционного процесса от наружного отверстия уретры до коркового слоя почек.

Каждая третья беременная переносит эпизод ИМП. Есть несколько факторов риска, predisposing к развитию ИМП во время беременности. Факторы, осложняющие течение ИМП, многообразны. Признаком осложненной инфекции является нарушение уродинамики,

вызванное обструктивными причинами, нейрогенными расстройствами и т.д. Наличие инородных тел (стентов, конкрементов) и операций на почках и мочевыводящих путях в анамнезе также относят инфекцию в разряд осложненной. ИМП признается осложненной при сопутствующих заболеваниях (сахарном диабете, почечной и печеночной недостаточности, вирусных инфекциях, инфекциях, передающихся половым путем). ИМП в период беременности считаются осложненными даже при отсутствии предшествующих урологических и нефрологических заболеваний.

Основным возбудителем ИМП является уропатогенная кишечная палочка, встречающаяся у 80% беременных.

Диагноз ИМП беременной устанавливается на основании следующих критериев: перенесенное ранее ИМП, клинические симптомы инфекций верхних или нижних мочевых путей, лейкоцитурия или пиурия, бактериурия. При диагностике ИМП прежде всего следует оценивать не критерий пиурии, а титр бактериурии. ИМП у беременных может иметь следующие варианты течения:

- бессимптомная бактериурия;
- острый уретрит;
- острый или рецидивирующий цистит;
- острый пиелонефрит.

Антимикробные лекарственные средства являются основным и обязательным компонентом терапии ИМП у беременных. По мнению экспертов Европейской ассоциации урологов, не следует назначать для лечения ИМП антибактериальные препараты (АБП), если резистентность уропатогенов к ним превышает 20%. При проведении антибактериальной терапии ИМП следует учитывать фармакокинетические характеристики препаратов и локализацию инфекции. При инфекции нижних мочевых путей (бессимптомной бактериурии, цистите) АБП должны создавать высокую концентрацию в моче, а при пиелонефрите – паренхиме почек, моче и сыворотке крови. Безопасность АБП в отношении плода целесообразно оценивать по классификации, разработанной Управлением США по надзору за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств (Food and Drug Administration – FDA).

Для лечения ИМП для беременных следует использовать следующие группы антимикробных препаратов:

- аминопенициллины (с ингибиторами β -лактамаз);
- цефалоспорины II–IV поколений;
- фосфомицина трометамол;
- азтреонам;

– карбопенемы (в качестве антибиотиков резерва).

Преимуществом β -лактамных антибиотиков и цефалоспоринов является их высокая клиническая и микробиологическая эффективность, а также безопасность. Доказано, что частота развития нежелательных явлений у пациенток, принимавших Супракс®, Солютаб® (цефиксим), была значительно меньше, чем у пациенток, принимавших Амоксиклав 625 (1,7% и 17% соответственно). Кроме того, при назначении Амоксиклава у беременных повышается риск развития некротических энтероколитов у недоношенных новорожденных. По мнению некоторых специалистов, у беременных с рецидивирующим циститом чрезмерное употребление АБП нецелесообразно, эффективнее назначить курс лечения АБП только в период обострения воспалительного процесса во избежание роста резистентности возбудителей.

Наряду с антимикробными препаратами в лечении ИМП у беременных важную роль играют средства растительного происхождения. Фитотерапия назначается в фазе активного воспалительного процесса в комбинации с АБП, в фазе ремиссии – для пролонгирования терапевтического эффекта, а также с целью профилактики развития ИМП у беременных, имеющих воспалительные урологические заболевания в анамнезе.

Во время беременности противопоказаны к приему травы – барбарис, дымянкa, цимицифуга, можжевельник, ламинария, полынь, мята болотная, сангвинария. Из официальных фитопрепаратов показано применение препарата Канефрон® Н (компания Бионорика СЕ, Германия), который представляет собой комбинацию травы золототысячника, корень любистка и листья розмарина. Он обладает разнонаправленным лечебным действием – диуретическим, спазмолитическим, антибактериальным, противовоспалительным, антиадгезивным. Анализ безопасности в клинической эффективности препарата Канефрон® Н у беременных показал отсутствие тератогенного, эмбриотоксического и фетотоксического эффектов, что позволяет применять его в комплексном лечении ИМП на любых сроках беременности. Эффективная профилактика препаратом Канефрон® Н достигается при длительном применении – не менее 3–4 месяцев. Она может проводиться непрерывно вплоть до родоразрешения или прерывистыми курсами с перерывом в 1–2 недели.

Мы провели анализ 310 карт беременных, пролеченных по поводу ИМП, находившихся на учете в женской консультации КДО «ДГБ №12» ДГС». Пациентки с ИМП полу-

чали Амоксиклав 625 по 1 т х 3 р в день – 10 дней плюс Канефрон ®Н по 2 др х 3 р. в день. 75% пациенток получали Супракс® Солютаб® (цефиксим 400 мг) по 1т х 1 р в день – 7–10 дней совместно с Канефроном®Н. Частота нежелательных явлений у пациенток, принимавших цефиксим, была значительно меньше, чем у пациенток, принимавших Амоксиклав.

Наличие ИМП не является поводом для прерывания беременности у пациенток. Все

женщины, перенесшие острый пиелонефрит во время беременности или в послеродовом периоде, должны подвергаться детальному урологическому обследованию и находиться под диспансерным наблюдением уролога по месту жительства. Динамическое наблюдение за этими пациентками и своевременное назначение им адекватной антибактериальной терапии совместно с фитопрепаратами – залог успешного излечения.

К ВОПРОСУ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

*И.М. Русинко¹, А.А. Здор¹, Н.Ю. Полион²,
В.Н. Краснов³, В.А. Леончик⁴, Г.В. Даниленко¹*

¹ КУ «ДГБ №12» ДГС

² ГУ «ДМА МЗ Украины»

³ КУ «Днепропетровская ОКБ им. Мечникова» ДОС

⁴ КУ «Новомосковская ЦРБ» ДОС

Проблема профилактики, ранней диагностики и лечения опухолей наружных половых органов у женщин содержит в себе ряд парадоксальных положений. Несмотря на то, что данная локализация рака относится к разряду «визуальных», преимущественное число пациенток (более 66%) поступают на лечение с III–IV стадиями заболевания. Более того, у большинства пациенток развитию злокачественной опухоли предшествуют состояния и заболевания, имеющие ярко выраженную симптоматику (старческая атрофия вульвы, склеротический и атрофический лишай, крауроз и лейкоплакия вульвы), что, казалось бы, должно создавать предпосылки не только для своевременной ранней диагностики, но, самое главное, вторичной профилактики рака. По сути дела рак наружных половых органов – это злокачественная опухоль кожи, локализованная в известной анатомической зоне. Однако в биологическом отношении эти две локализации рака чрезвычайно образом отличаются друг от друга как по клиническому течению, так и по отдаленным результатам излечения. Больные раком наружных половых органов – это в основном пожилые пациентки с сопутствующими заболеваниями.

В настоящее время имеются прямые доказательства (серологические и молекулярно-биологические) роли вирусной инфекции в этиологии плоскоклеточного рака вульвы. При дан-

ной опухоли часто обнаруживают вирус человеческой папилломы типа 16, 18, 31 и 33, а также герпеса. Отмечено нередкое сочетание рака вульвы с остроконечными кондиломами.

В начальных стадиях больные отмечают зуд и жжение в области наружных половых органов. Боли присоединяются позднее и имеют место при прорастании опухоли в подлежащие ткани, преимущественно при ее локализации в области клитора. Новообразование может представлять собой бугристое разрастание, кровоточащее при прикосновении, или плотный узел, плоскую язву с неровным дном и валикообразными краями. В ряде случаев на поверхности наружных половых органов образуются разрастания типа кондилом, злокачественный характер которых на ранних стадиях установить не всегда удается.

Метастазирование происходит в основном лимфогенным путем благодаря обилию в этой области кровеносных и лимфатических сосудов.

Регионарными для рака вульвы являются поверхностные и глубокие паховые лимфоузлы, а также лимфоузлы, расположенные по ходу бедренных сосудов и преимущественно в верхнем отделе бедренного канала. При поражении опухолевым процессом клитора возможно метастазирование в наружные подвздошные лимфатические узлы таза без поражения поверхностных паховых лимфатических узлов. Метастатические узлы имеют округлую форму, плотную консис-

тенцию и по мере роста превращаются в неподвижный конгломерат, интимно спаянный с подлежащими тканями. Кожа над конгломератом изъязвляется, выпячивается, становится неподвижной.

Большое значение имеет цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности изъязвления и мазков, приготовленных из соскобов с подозрительного участка слизистой вульвы. Окончательный диагноз устанавливается с помощью гистологического исследования биоптата, взятого из наиболее измененного участка ткани.

Подавляющее большинство больных сами обнаруживают у себя на вульве новообразование, однако треть из них впервые обращаются к врачу через 10–24 месяца с момента выявления узелка или язвочки. Основными причинами потери времени при самообнаружении опухоли являются неосведомленность пациенток о характере заболевания, надежда их на самоизлечение или ссылка на занятость либо семейные обстоятельства. Из-за недооценки тяжести заболевания и пренебрежения рекомендациями врачей значительная часть больных раком вульвы начинает лечение с опозданием на много месяцев.

Злокачественные опухоли наружных половых органов (рак вульвы) занимают четвертое место среди всех локализаций гинекологического рака у пациенток старшего возраста (после 60 лет). Чаще всего рак вульвы поражает клитор, большие половые губы, реже – малые половые губы, уретру, бартолиниевые железы.

По форме роста различают:

– экзофитный рак клитора – эта разновидность визуально выглядит как узелок, возвышающийся над поверхностью кожи или слизистой оболочки;

– эндофитный рак клитора – проявляется в виде образования язвы, с кратерообразными, плотными краями;

– диффузный рак клитора – проявляется в виде повсеместного уплотнения (инфильтра), т.е. опухоль распространяется как бы в толще тканей.

В зависимости от распространенности рак клитора делится на четыре стадии и карцинома *in situ* (поверхностный рак).

По гистологическому строению:

– плоскоклеточный ороговевающий рак (в 90% случаев);

– неороговевающий;

– базальноклеточный;

– аденокарцинома;

– меланобластома.

Основными симптомами и признаками рака клитора являются:

– появление опухолевидного образования с дальнейшим изъязвлением;

– зуд в области промежности и наружных половых органов;

– водянистые выделения из влагалища и язвы;

– кровотечение при травматизации опухоли во время расчесывания.

Подавляющее большинство женщин сами обнаруживают новообразование в области наружных половых органов. Однако только треть из них впервые обращаются за медицинской помощью через 10–12 месяцев с момента обнаружения уплотнения или язвочки.

Под нашим наблюдением находилось пять пациенток в возрасте от 36 до 73 лет с раком клитора и длительностью заболевания – от 3 до 10 лет, направленных к нам гинекологами с диагнозом «трофическая язва клитора и множественные полипы уретры». При осмотре у всех пациенток обнаружены изъязвления в области клитора с перифокальным воспалением, частичного воспаления больших и малых половых губ, наличие множественных полипов уретры. У двух пациенток обнаружено кратерообразное втяжение на месте клитора с язвой на дне и твердыми стенками. Пациенткам выполнена цистоскопия, УЗИ почек, лимфоузлов забрюшинных, малого таза и пахово-подвздошных, КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с болюсным контрастированием. При цитологическом исследовании участков изъязвления обнаружены атипичные клетки. Во всех случаях проведено оперативное лечение – широкая электрорезекция тканей в зоне поражения с отступлением на расстояние 2 см от края поражения с частичным иссечением больших и малых половых губ, электрорезекция полипов уретры с дренированием мочевого пузыря катетером Фолея сроком до пяти суток. В двух случаях произведено удаление паховых лимфоузлов с обеих сторон. Послеоперационное течение гладкое. Швы сняты на 9–10-е сутки. Раны зажили первичным натяжением. Гистологическое заключение – плоскоклеточный ороговевающий рак. Гистологическое заключение удаленных полипов уретры: в трех случаях – полипы с хроническим воспалением, в одном случае – карункулы уретры.

Наблюдалась одна пациентка с меланомой больших половых губ без метастазирования. Па-

циентке выполнена резекция больших и частично малых половых губ.

В послеоперационном периоде все пациентки направлены к онкогинекологу для дальнейшего лечения.

Одна пациентка с раком клитора и множественными метастазами в бедренные, паховые, забрюшинные лимфоузлы и легкие с изъязвлениями в области бедренных и паховых лимфоузлов с выраженной раковой интоксикацией находятся на паллиативном лечении в терапевтическом отделении КУ «ДГБ №12» ДГС.

Рак клитора не является быстротечным заболеванием. У большинства пациенток он формируется на фоне предраковых заболеваний в течение 7–9 лет.

Благодаря доступности наружных половых органов женщин для визуального исследования и проведения специальных методов диагностики возможно выявление рака на ранних стадиях заболевания, что обеспечивает успех в лечении.

Все женщины, впервые посетившие амбулаторный прием у уролога и гинеколога, должны быть осмотрены на кресле.

ПОЛОЖЕНИЕ НА СПИНЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОТЯГОЩЕННОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ю.В. Роцин, С.П. Форостына, И.М. Комисаренко

Донецкий национальный медицинский университет

Введение. Одной из наиболее частой урологических патологий встречающиеся у населения является мочекаменная болезнь (МКБ). В Украине заболеваемость среди взрослого населения составляет до 12% среди общей популяции. В урологической практике мочекаменная болезнь занимает до 40% среди имеющихся патологий. В современной урологической практике выборе метода лечения конкрементов почки, наиболее часто отдаются предпочтения малоинвазивным методикам. К ним относятся дистанционная ударно-волновая литотрипсия и контактная литотрипсия. Ввиду особенностей заболевания наиболее часто применяемый метод является перкутанная контактная литотрипсия.

Цель работы: изучить возможность изменения положения на спине при проведении перкутанной нефролитотрипсии у пациентов с отягощённым анамнезом и сопутствующей патологией.

Материалы и методы. На базе КНП «городская больница № 2» г. Краматорска, урологического отделения, кафедре урологии Донецкого медицинского университета за период 2018–2019 год было выполнено 198 контактных перкутанных нефролитотрипсий, при различных видах конкрементов почки. Для проведения операции использовались нефроскоп 24 см., видеоэндоскопическая стойка, набор стандартных грасперов, промывная жидкость, кон-

тактный литотриптор MS Swiss LithoClast Master, Доступ осуществлялся при помощи УЗИ и рентгенконтроля по методики Сильдингера. Исследуемая группа включала 8 пациентов, у которых доступ и операция осуществлялась в положении на спине, в данную группу входили пациенты с избыточной массой тела, выраженной сердечной и легочной недостаточностью. Контрольная группа включала 190 пациентов, операция у которых проводилась в стандартном положении на животе с подкладыванием валика.

Результаты. Нами проанализировано 198 случаев контактной перкутанной литотрипсии конкрементов почек. Исследуемая группа составила 8 (15,8%) пациентов, контрольная группа составила 190 (84,2%) пациентов. При исследовании результатов выявлено: средний койкодень составил $4 \pm 1,3$ дня в обеих группах. Достоверных различий в общем времени операции, наличии инфекционно-воспалительных осложнений, послеоперационном периоде не выявлено. Гематрансфузия в исследуемых группах не проводилась, в контрольной группе в 5 случаях требовалось переливание крови.

Выводы. Не стандартное положение пациента в положении на спине безопасно и может быть использовано при дроблении камней почек у больных, страдающих мочекаменной болезнью.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА БЕЗПОСЕРЕДНИХ ТА ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЦИСТЕКТОМІЇ З ТРАНСРЕКТАЛЬНИМ ВІДВЕДЕННЯМ СЕЧІ ЗА МЕТОДИКОЮ MAINZ–ROUCH II ТА ФОРМУВАННЯМ УРЕТЕРОІЛЕОСИГМОАНАСТОМОЗУ У ХВОРИХ НА РАК СЕЧОВОГО МІХУРА

О.Е. Стаховський, О.А. Кононенко, А.В. Тимошенко, Е.О. Стаховський

Національний інститут раку

Радикальна цистектомія залишається стандартним хірургічним підходом в лікуванні м'язово-інвазивного раку сечового міхура (РСМ). Радикальна цистектомія (РЦ) при РСМ вимагає реконструкції нижніх сечовивідних шляхів. Визначення оптимального виду деривації сечі після цистектомії залишається актуальною проблемою сучасної онкоурології.

Мета: аналіз безпосередніх та віддалених результатів деривації сечі за Mainz–Rouch II (МП II) у порівнянні із методикою формування уретероілеосигмоанастомозу (УІСА).

Матеріали та методи: Аналізу підлягли 147 хворих на РСМ яким з 1988–2018 років, була виконана трансректальна деривація сечі з формуванням резервуару по МП II – 125 (85%) та формування УІСА – 22 (15%). Середній вік хворих становив $57,03 \pm 7,3$ року; серед них 118 (80,2%) чоловіків та 29 (19,8%) жінок. За стадіями онкологічного захворювання хворі розподілені наступним чином: I ст. (T1N0M0) – 2 (1,3%) хворих; II ст. (T2N0M0) – 36 (24,4%); III ст. (T3–4aN0M0) – 57 (38,7%), IV ст. (T4bN0M0–T1–4N1–3M0) – 52 (35,6%). Первинний РСМ діагностовано у 101 (68,7%) хворого серед них у 82 (55,7%) випадках проведено МП II та 19 (13%) – УІСА. Рецидивний РСМ – 46 (31,3%) хворих серед них МП II – 43 (29,2%) та 3 (2,1%) з УІСА. Усі хворі підлягли комплексному обстеженню (клініко-лабораторні, ультразвукові, рентгенологічні дослідження), що визначило: уретерогідронефроз (УГН) діагностовано у 61 (41,4%) хворих на РСМ, МП II – 52 (35,3%), УІСА – 9 (6,1%) ($p < 0,01$). Ознаки ХП виявлені у 120 (81,6%) хворих, МП II – 105 (71,4%), УІСА – 15 (10,2%) ($p < 0,01$). ХНН діагностовано у 55 (37,4%) хворих, МП II – 49 (33,3%), УІСА – 6 (4,1%) ($p < 0,01$). Термін спостереження складає від 3 міс. до декількох років. Якість життя (ЯЖ) оцінювали за допомогою опитувальника SF–36. Результати досліджень

підлягали статистичній обробці із використанням програмного забезпечення SPSS.

Результати. Інтраопераційні ускладнення в групі МП II виникли у 6 (4,8%) хворих. При виконанні уретероілеосигмоанастомозу інтраопераційних ускладнень не спостерігалось. Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді після МП виникли серед 53 (33,6%) пацієнтів, після УІСА – 5 (22,7%) пацієнтів, що пов'язані з порушенням функції органів і систем, інфекційно-гнійними запаленнями, неспроможністю сформованого анастомозу. Найчастішими ускладненнями у віддаленому післяопераційному періоді після МП II були метаболічний ацидоз, ХП та ХНН. Метаболічні порушення, обумовлені всмоктуванням частини сечі в товстому кишківнику, виявлені в 27 (21,6%) хворих. Нечисельними ускладненнями після УІСА являлися ХП у 3 (13,6%) хворих. При обстеженні через 12 місяців після операції відмічено позитивний вплив формування уретероілеосигмоанастомозу на анатомофункціональний стан нирок у порівнянні із трансректальним відведенням сечі з формуванням сигморезервуару за МП II. Відмічається зменшення випадків УГН при УІСА у 4 (66,7%) хворих з 6 та при МП II у 10 (14,8%) хворих з 61 ($p < 0,01$).

Висновок. Аналіз віддалених результатів після радикальної цистектомії з формуванням сигморезервуару за методикою Mainz–Rouch II та формуванням уретероілеосигмоанастомозу показав, що відведення сечі за методикою Mainz–Rouch II призводить до розвитку значної кількості післяопераційних ускладнень, таких як: гнійно-септичні ускладнення, газових рефлюксів у нирку, інфекцій сечовивідних шляхів, стенозів уретеро-кишкового анастомозу, хронічної ниркової недостатності. Створення уретероілеосигмоанастомозу у 20 хворих (91%) дозволило покращити або нормалізувати уродинаміку верхніх сечовивідних шляхів.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ТКАНИНІ НИРОК ПРИ ГОСТРОМУ ПІЄЛОНЕФРИТІ, УСКЛАДНЕНОМУ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ПІД МЕДИКАМЕНТОЗНИМ ВПЛИВОМ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

С.О. Борисов, Ф.І. Костєв, О.В. Борисов

Одеський національний медичний університет

Перебіг гострого пієлонефриту (ГП), ускладненого цукровим діабетом (ЦД) I та II типів створює умови для розвитку тяжких структурних метаболічних порушень, асоційованих з мікротамакровоаскулярними нирковими ускладненнями, які створюють вкрай негативний вплив на прогноз захворювання. Метою даного дослідження стало порівняння ефективності медикаментозного впливу традиційним і запропонованим методом на перебіг гострого пієлонефриту та супутнього цукрового діабету I та II типів на основі вивчення морфологічних змін в нирках щурів в експериментальних умовах. Моделі цукрового діабету I та II типів були відтворені за методикою Байрашевої В.К., 2015. Експериментальні дослідження проводились на щурах лінії Вістар, вагою 200–300 г, які були розподілені на 6 груп: тварини з пієлонефритом (n=15) при традиційному медикаментозному впливі, (ТМВ) тварини з пієлонефритом (n=15) при запропонованому медикаментозному впливі, (ЗМВ) тварини з ГП на тлі ЦД I і II типу при традиційному медикаментозному впливі (20 і 25 щурів відповідно), тварини з ГП і ЦД I і II типу при запропонованому медикаментозному впливі (20 і 25 щурів відповідно).

При ТМВ в групі тварин з ГП та ЦД застосовували внутрішньом'язово антибактеріальний препарат цефалоспоринового ряду «Гепациф» в дозі 60 мг на кг ваги на добу, протягом 14 днів. При ЗМВ, тварини групи з ГП та ЦД, крім антибіотика, отримували регос препарат метаболізмкоригуючої енерготропної дії – кислота рибонуклеїнова «Нуклекс» з розрахунку по 21 мг/кг на добу та внутрішньом'язово препарат – інгібітор вільно-радикальних процесів, мембранопротектор, (2-етил-6-метил-3-гідроксипіридин-сукцинат) «Армадин» 4,5 мг/кг ваги на добу протягом 14 днів. Через 14 діб після моделювання ГП при ЦД, що був змодельований попередньо, щурів, виводили з експерименту. Готові мікротомні зрізи фарбували гематоксилином-еозином для подальшої світлової мікроскопії.

Після проведеного ТМВ, що до експериментального ГП на тлі ЦД I типу в нирковій тканині, в окремих випадках виявлялися осередки запальної інфільтрації як в чашково-мисковій зоні, так і в паренхімі.

Стан тканини нирок після проведення ЗМВ, що до експериментального ГП на тлі ЦД I типу характеризувався, в порівнянні з групою ТМВ, меншою вираженістю запальної інфільтрації і дистрофічних змін в паренхімі при повній відсутності запальних змін чашково-мискової зони.

Для групи із ТМВ при експериментальному ГП на тлі ЦД II типу була притаманна присутність осередків запальної інфільтрації лімфоцитарного характеру в паренхімі коркового і мозкового шарів, при відсутності ознак запалення в чашково-мисковій зоні. При цьому, в корковому і мозковому шарах зберігалася підвищена клітинна чисельність мезангія при повноцінному кровонаповненні капілярних петель клубочків, а також відзначалася зерниста дистрофія в епітелії ряду каналців.

Для групи із ЗМВ при експериментальному ГП на тлі ЦД II типу була характерна відсутність осередків запальної інфільтрації у паренхімі і в чашково-мисковій зоні. При цьому в корковому і мозковому шарах зазначалося повноцінне кровонаповнення капілярних петель в значній частині клубочків при помірній клітинній чисельності мезангія або її відсутності в частині клубочків; також спостерігався нормотиповий характер епітелію в більшості каналців нефронів.

Висновки

1. Представлені залишкові запальні зміни, частіше виявлялися після проведення традиційного медикаментозного впливу і практично були відсутні або мали лише слідовий характер після проведення медикаментозного впливу при пієлонефриті та цукровому діабеті I та II типів за запропонованою нами методикою.

2. Запропонований медикаментозний вплив дозволяє нормалізувати гемодинаміку в нир-

кових клубочках і зменшити поширеність дистрофічних змін в епітелії каналців. Встановлена менша або нормальна клітинна чисельність мезангія після застосування засобів за запропонованою методикою, що особливо характерно для пієлонефриту на тлі цукрового діабету II типу.

3. Встановлена менша, або нормальна чисельність мезангія при медикаментозному впливі запропонованих нами засобів, що в найбільшій

мірі виявилось в групі тварин із відтвореним гострим пієлонефритом та супутнім цукровим діабетом II типу.

4. Виявлену стабілізацію мезангіальної проліферації можна розглядати як одну з найважливіших умов для попередження та стримування патогенетично обумовлених склеротичних змін за умов співдружного перебігу гострого пієлонефриту та цукрового діабету.

МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ НЕКОРАЛЛОВИДНЫХ КАМНЕЙ ПОЧЕК

*Ю.В. Роцин, В.А. Мех, С.В. Ткаченко, Е.Н. Слободянюк,
Г.Д. Резников, И.М. Комисаренко, С.П. Форостына, Н.В. Ксенз*

Донецкий национальный медицинский университет

В настоящее время в урологии при лечении некоралловидных камней почек конкурируют три малоинвазивных метода лечения: экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ), фиброуретероскопия (ФУРС) в сочетании с лазерной нефролитотрипсией, перкутанная нефролапексия (ПНЛ).

Цель работы: провести сравнительный анализ результатов лечения некоралловидных камней почек при использовании экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии, фиброуретероскопии, мини-перкутанной нефролитотрипсии.

Материалы и методы. При проведении дистанционного дробления камней использовали аппарат для дистанционной литотрипсии STORZ Medical. При выполнении экстракорпоральной литотрипсии использовали режим с частотой 1 удар в секунду. За один сеанс выполняли не более 4000 ударов.

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 vaporization с энергией от 700 до 1200 Дж, так и режим дробления с энергией от 700 до 1800 Дж, при частоте импульсов от 5 до 18 Гц.

При выполнении операции мини-ПНЛ мы использовали нефроскоп Karl Storz размером 12 Fr. Для дезинтеграции почечных конкрементов использовали лазер AURIGA XL фирмы Starmedtec. Для контактной литотрипсии применяли светопроводящее волокно диаметром

600 мкм. При этом на конкремент воздействовали как в режиме vaporization, так и в режиме литотрипсии.

Всего 1109 пациентов, 110 (9,9%) больных лечили методом ЭУВЛ (плотность конкрементов у них не превышала 1000 НУ). 206 (18,6%) также лечили методом ЭУВЛ (плотность конкрементов у них была больше 1000 НУ). 626 (56,4%) пациентов лечили методом ФУРС, а 167 (15,1%) – методом мини-ПНЛ.

Результаты и их обсуждение. При сравнительной оценке эффективности различных методов малоинвазивной хирургии некоралловидных камней почек мы оценивали ряд параметров результатов такого лечения. Одним из этих параметров была частота послеоперационных и интраоперационных осложнений.

Следующим показателем, характеризовавшим эффективность различных методов лечения некоралловидных камней почек являлась длительность лечения пациентов.

Нами также была изучена динамика длительности операции ФУРС и мини-ПНЛ в зависимости от размеров почечного конкремента.

При этом длительность операции ФУРС была наименьшей при размерах камня до 10 мм и составила всего $35,09 \pm 1,47$ минуты. Операцию мини-ПНЛ при данных размерах камня не выполняли. У больных с конкрементами 11–16 мм длительность операции ФУРС составила $56,06 \pm 1,03$ минуты, а длительность мини-ПНЛ была сопоставимой по длительности, достигая $62,24 \pm 3,14$ минуты (различия недостоверны, $p > 0,05$).

При размерах камня 17–27 мм длительность операции при использовании ФУРС и

мини-ПНЛ також достовірно не отличалась, составив соответственно $67,24 \pm 0,98$ и $65,21 \pm 1,09$ минуты ($p > 0,05$).

У пацієнтів с почечними конкрементами 28–30 мм величина данного показателя возрастала при использовании ФУРС до $82,09 \pm 1,05$ минуты, а при выполнении мини-ПНЛ по-прежнему составила $65,21 \pm 1,09$ минуты (различия достоверны, $p < 0,05$).

При выполнении обоих эндоскопических вмешательств при камнях почек размерами более 30 мм длительность их возрастала соответственно до $126,24 \pm 1,12$ и $124,89 \pm 2,04$ минуты (различия недостоверны, $p > 0,05$).

Выводы

1. Использование ЭУВЛ наиболее эффективно у пациентов с почечными конкрементами размерами 6–15 мм при плотности их не более 1000 НУ.

2. Использование ФУРС наиболее оправдано у пациентов с камнями размерами менее 1 см и плотностью более 1000 НУ, а также с камнями любой плотности при размерах камней до 27 мм.

3. У пациентов с камнями размерами от 17 до 27 мм мини-ПНЛ является конкурентом ФУРС.

4. При размерах камней 27–30 мм мини-ПНЛ является методом выбора.

5. С камнями размерами более 30 мм предпочтительней выполнять мини-ПНЛ.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЦИТОРЕДУКТИВНОЇ ЦИСТЕКТОМІЇ ПРИ МЕТАСТАТИЧНОМУ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

*Ю.В. Вітрук, О.А. Войленко, О.Е. Стаховський, М.В. Пікуль,
О.А. Кононенко, С.Л. Семко, Б. Гречко, Е.О. Стаховський*

Національний інститут раку

Вступ. Радикальна цистектомія є золотим стандартом лікування м'язово-інвазивних форм раку сечового міхура. Проте, дані про ефективність цистектомії при метастатичному раку сечового міхура залишаються суперечливими.

Мета дослідження: оцінити якість життя та онкологічну ефективність циторедуктивної цистектомії у хворих на метастатичний рак сечового міхура.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз 21 пацієнта, яким виконана цистектомія при метастатичному раку сечового міхура в Національному Інституті раку в період з 2008 по 2019 р. Пацієнти підлягли комплексному обстеженню, що передбачало: клініко-лабораторне обстеження, спіральну КТ, оцінку метастатичного навантаження, хірургічної складності та ускладнень (шкалою Clavien–Dindo), клінічних переваг системної терапії та специфічної виживаності. Статистичний аналіз проведено за допомогою теста Фішера.

Результати. Середній вік пацієнта становив 60 років ([IQR] 33–78 років). ECOG – статус коливався від 0 до 1. Медіанне число метастатичних вогнищ становило 7 ([IQR] 4–14). Шість пацієнтів (31%) отримували хіміотерапію на основі платини перед цистектомією за

стандартними протоколами, серед яких чотири (66%) отримали часткову відповідь, а два (34%) – стабілізацію захворювання (RECIST 1.1). Медіана часу операції становила 230 хвилин (IQR 150–315). Було проведено: 14 паліативних та 6 цистектомій за життєвими показаннями. Чотирнадцять хворим виконано модифіковану уретерокутанеостомію, 4 – Брікер, 1 – ілеонеоцистопластику. Середня тривалість перебування в стаціонарі становила 10,5 днів (діапазон 5–11). Інтраопераційні ускладнення: травма прямої кишки ($n=2$), травма здухвинних судин ($n=1$). Післяопераційні: лімфостаз ($n=1$), ексудативний плеврит ($n=1$), підшкірна евентрація ($n=1$), два післяопераційних ускладнення за шкалою Clavien–Dindo Grade III, у той час як чотири пацієнти мали I або II ступінь. Всі пацієнти пройшли системну терапію після операції, 2-річна виживаність склала 25%. Точний тест Фішера показав кращу канцерспецифічну виживаність у пацієнтів, які пройшли передопераційну хіміотерапію ($P=0,0498$) і мали менше 4 метастатичних уражень ($P=0,0412$). Імовірність післяопераційних ускладнень не залежала від метастатичного навантаження, тривалості хірургічного втручання.

Висновок. Ми продемонстрували, що у вибраній групі пацієнтів з метастатичним раком

сечового міхура виконання циторедуктивної цистектомії клінічно ефективна. Пацієнти, які перенесли передопераційну хіміотерапію та які мали нижчу кількість метастатичних сайтів, мали

значно кращі результати виживаності, кращу якість життя, отримані результати свідчать про перспективи комбінованої терапії при метастатичному раку сечового міхура.

ЛІКУВАННЯ НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ, УСКЛАДНЕНОГО МЕТАТРОМБОЗОМ НИРКОВОЇ ТА ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ

В.І. Десятерик, О.В. Давиденко, І.Б. Білий, С.В. Мойсеєнко

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

Вступ. До недавнього часу хірургічне лікування пацієнтів з нирково-клітинним раком вважалось недоцільним. Методики видалення пухлинних тромбів, особливо при їх поширеності в ретропечінковий відділ нижньої порожнистої вени завжди асоціюються з кровотечею та тромбоемболічними ускладненнями. НКР зустрічається в 2–3% серед усіх видів злоякісних пухлин із високим рівнем захворюваності в Європейських країнах.

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. Куріння, чоловіча стать та вік ось три важливих фактори ризику розвитку НКР.

Венозна інвазія зустрічається в 4–10% хворих, в 60% із яких тромб виходить за межі ниркової вени в просвіт НПВ. Слід зазначити, що тромботичні ускладнення НКР частіше безсимптомні.

У серії із 55 хворих (за Takaawa), оперованих в університетській клініці Кобе 2005 р. три- та п'ятирічне виживання склало 51,4 та 30,3% відповідно при післяопераційній летальності 3,6%.

В умовах нашого багатопрофільного лікувального закладу методика хірургічного лікування: нефректомія та видалення пухлинних тромбів з НПВ – це 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 метатромбозом НПВ можливо віднести до категорії нестандартних ситуацій в хірургії, з урахуванням тяжкого стану в сучасній

організації надання допомоги онкологічним хворим.

Мета дослідження: оптимізація лікувальної тактики на основі аналізу результатів хірургічного лікування НКР, ускладненого метатромбозом ниркової вени та НПВ.

Матеріали і методи. 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 цих хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в Криворізькій міській клінічній лікарні № 2, яка є клінічною базою факультету післядипломної освіти Дніпропетровської медичної академії. 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 +5,3 року). Пухлини правої нирки мали місце у 8 (66,6%), тоді як лівої – у 4 (33,3%) хворих. У симптомах, які клінічно спостерігались в цій категорії хворих, переважали прояви росту пухлини: біль в 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 9x6,5 см. При обстеженні через 6 місяців розмір аневризми виріс до 12x9,5 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 (4).

Рівень поширення оклюзії ниркових вен та НПВ ми оцінювали за класифікацією клініки Мейо за модифікацією (Ciancio et al. 2002 p.): рівень I-тромб у нирковій вені, рівень IIa-тромб у каваренальному сегменті НПВ, рівень IIb-тромб у підпечінковому сегменті, рівень IIIa-тромб у ретроперитонеальному сегменті НПВ нижче головних печінкових вен; рівень IIIb-тромб у ретропечінковому сегменті НПВ, але досягає гирла головних печінкових вен; рівень IIIc-тромб у ретропечінковому сегменті НПВ і поширюється над головними печінковими венами; але нижче діафрагми; рівень IIId-тромб в надпечінковому та наддіафрагмальному сегменті НПВ, але поза правими відділами серця.

Результати та їх обговорення. Для досягнення радикальності в хірургічному лікуванні НКР застосовували загальноприйняті методи: нефректомія в комбінації з метатромбектомією з басейну НПВ. При виконанні як судинного етапу операції, так і досягненні радикальної та розширеної нефректомії використовуємо наступні принципи:

– 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 інтер-аортокавальних лімфовузлів від діафрагми до місця розгалуження здухвинних вен. При раку лівої нирки лімфодисексія повинна включати видалення латероаортальних, преаортальних та ретроаортальних лімфовузлів від діафрагми до біфуркації аорти. При пухлинах рТ1–Т2 розширена лімфодисексія є методом вибору;

– при розповсюдженні пухлини на оточуючі тканини виконуються комбіновані операції з резекцією уражених органів і тканин з інтраопераційним дослідженням країв відсічення.

Виконання таких умов можливе лише зусиллями мультидисциплінарної бригади: уролога, онколога та судинного хірурга на базі кафедри, яка координує та спрямовує їх дію за сучасними стандартами, насамперед, доступними на базі державної підтримки навчальної платформи VMJ Best Practice.

Для досягнення адекватного доступу при виконанні метатромбектомії ми використовуємо лапаротомні доступи в наступній модифікації: косопоперечний підреберний доступ – 2; трансабдомінальна лапаротомія – 7; тораколапаротомія – 1; «мерседес» – 2. Середній час операції за даними нашого невеликого дослідження склав 156 хвилин. Крововтрата під час операції склала 300–1500 мл (середня – 450 мл).

Задовільний результат за даними нашої клініки відзначений в 9 (75%) хворих цієї патологією. Різноманітні ускладнення виникли в 3 (25%) хворих. Ускладнення розподілились наступним чином: ТЕЛА 1 (8,3%); гостра ниркова недостатність 1 (8,3%) саме в хворого з анеризмою черевного відділу аорти, та 1 (8,3%) гостра серцева недостатність у хворого з кровотечею при тромбозі НПВ в 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 масивна 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. Хворим, які страждають на НКР, в тому числі з венозною інвазією, а також хворим з солітарними та одиничними метастазами повинно застосовуватись хірургічне лікування з застосуванням судинного хірурга для радикального видалення всіх локалізованих вогнищевих осередків.

Радикальні операції при місцево розповсюджених формах раку нирки, особливо з метатромбозом НПВ, як правило, можливо використовувати лише в мультидисциплінарних (багатопротільних) медичних закладах, де є бригада різноспеціалізованих фахівців: уролога, онколога, судинного хірурга, сонолога, рентгенологів СКТ або МРТ та анестезіолога, який має певний досвід операцій на судинах.

ОСОБЛИВОСТІ ІНФІКУВАННЯ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ ПРИ НЕЙРОГЕННИХ РОЗЛАДАХ СЕЧОВИПУСКАННЯ

Ю.М. Дехтяр, С.В. Богацький, С.С. Шаталюк

Одеський національний медичний університет

Мета дослідження: вивчення особливостей інфікування нижніх сечових шляхів (НСШ) при різних формах хронічних судинних захворювань головного та спинного мозку і методів ерадикації інфекції сечових шляхів у цих хворих.

Матеріали і методи. Обстежено 43 хворих, які перенесли ішемічний інсульт (ІІ) та 51 хворий з різними формами дисциркуляторної енцефалопатії, які мали функціональні порушення акту сечовипускання.

Результати досліджень. При первинному обстеженні у 18 хворих в гострому періоді ішемічного інсульту була виявлена гостра затримка сечі (ГЗМ), що послужило причиною катетеризації сечового міхура. У 7 хворих в ранньому відновному періоді ІІ явища ГЗМ зберігалися.

Крім ГЗМ, у відділеннях ОРІТ уретральний катетер встановлюється для контролю над діурезом. Наслідки подібних катетеризацій у вигляді інфекції НСШ, незважаючи на відновлення самостійного сечовипускання в пізньому відновлювальному і резидуальному періодах ІІ, виявлені у 38 хворих. У 9 хворих в зв'язку з розвитком запальних ускладнень з боку НСШ та статевих органів (уретрит, орхо-епідиміт) був встановлений цистостомічний дренаж. Всього нами досліджено урокультури у 73 хворих. Серед збудників катетер-асоційованих інфекцій НСШ, у обстежених нами хворих переважала грамнегативна мікрофлора, бактеріальна асоціація знайдена в 41 урокультурі. У 59% випадків це була *E. Coli*, в 27% *Staphylococcus spp.*, в 24% *Enterococcus faecalis*, в 21% *Streptococcus spp.*

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЧАСТОРЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С РЕКУРРЕНТНЫМ ЦИСТИТОМ

М.В. Шостак, Ф.И. Костев, Е.И. Лукинук

Одесский национальный медицинский университет

Введение. Часторецидивирующие инфекции мочевой системы (рИМС), характеризующиеся тремя и более рецидивами неосложненных ИМС в год либо двумя и более эпизодами за полгода, согласно современному определению EAU, – распространенный источник драматических социально-дезадаптивных и рольэмоциональных нарушений качества жизни женщин репродуктивного возраста, охватывающий, по различным оценкам, от 12 до 15% всей женской популяции. Современные данные о патогенезе данной патологии, механизмах реинфицирования и истинных рецидивов инфекции, связанной с инвазивными штаммами уропатогенов, создают устойчивое воззрение о хроническом, длительно текущем и малокурабельном характере течения

заболевания. В то же время, современные лечебные рекомендации профессиональных урологических ассоциаций определяют преимущественно подход, направленный на устранение симптомов текущего рецидива заболевания, модификацию образа жизни и продолжительный монотонный прием антибиотиков (большой частью, нитрофуранового ряда) для когорты больных, в которой иные, неантибактериальные лечебные инициативы, а также спорадический прием антимикробных средств оказались неэффективными. Многообразие побочных эффектов системной антибиотикотерапии, селекция резистентных штаммов уропатогенов и стагнация производства новых антибактериальных субстанций в течение последних десятилетий, определяют целе-

сообразность разработки и внедрения перспективных лечебных подходов к эффективной терапевтической профилактике рецидивирующих инфекций мочевой системы, не основанной на антибактериальной концепции лечения и способной достоверно снижать частоту рецидивирования рИМС.

Материалы и методы. Нами проведено исследование эффективности продолжительной интермиттирующей терапии препаратом стандартизированного сухого экстракта золотарника обыкновенного (*Solidago virgaurea*) Цисто-Аурин у 32 больных часторецидивирующей инфекций мочевой системы. Критериями включения в исследование послужили документированные 3 и более эпизода рИМС за последний год, женский пол, отсутствие проявлений серьезной сопутствующей соматической патологии, обструктивных и нейрогенных причин нарушений мочеиспускания. Также из исследования исключались женщины с сахарным диабетом, беременные на любом сроке и кормящие грудью. Протокол исследования предполагал прием 4 таблеток Цисто-Аурина в течение суток на протяжении 14 последовательных дней каждого месяца, суммарная продолжительность лечения составила 6 месяцев. На этапе включения в исследование и повизитно, через 14 дней, 3 месяца и 6 месяцев с начала лечения динамически производилась оценка общего анализа мочи, бакпосева мочи, числа рецидивов за истекший с предыдущего визита период и необходимость приема антибиотиков, оценивались симптомы заболевания по UTISA, переносимость препарата и качество жизни по SF-36. Статистическая оценка результатов исследования выполнялась на программном обеспечении SPSS®16.

Результаты исследования. Из 32 включенных больных 30 удовлетворительно завершили 6-месячный период лечения. Переносимость препарата на протяжении всего периода наблюдения была хорошей, всего 2 (6,2%) больных отметили проявления тошноты, которая не потребовала в дальнейшем отмены или коррекции приема препарата. К моменту окончания лечения, результаты приема препарата, как «отлич-

ные», охарактеризовали 32%, «удовлетворительные» – 29%, «достаточно удовлетворительные» – 20%, «неудовлетворительные» – 19% больных клинической группы.

Анализ частоты рецидивов рИМС, определяемых как симптомные повторы проявлений заболевания за предшествующие 3 месяца, выявил клинически-значимые и статистически достоверные изменения частоты рекуррентных эпизодов – в целом по группе с 13 до 3 за 3 месяца и до 1 за 6 месяцев интермиттирующей терапии или с $0,43 \pm 0,18$ до $0,13 \pm 0,12$ за 3 мес., до $0,03 \pm 0,07$ за 6 месяцев лечения ($\Delta M = 92,3\%$). На протяжении лечения, интегральные показатели пиурии снизились за период лечения на 73,4%, с $1,77 \pm 0,2$ до $0,47 \pm 0,23$, бактериурии – $1,77 \pm 0,26$ до $0,5 \pm 0,29$ ($\Delta M = 71,8\%$), протеинурии – с $0,7 \pm 0,31$ до $0,2 \pm 0,15$ ($\Delta M = 71,4\%$), число уропатогенов в культуральном исследовании мочи – с $2,2 \pm 0,3$ до $0,87 \pm 0,24$ ($\Delta M = 60,4\%$).

Выводы

1. Анализ применения препарата экстракта золотарника обыкновенного Цисто-Аурин при интермиттирующей терапии в течение 6 месяцев у больных с рИМС показал статистически достоверный противорецидивный эффект, характеризующийся существенным снижением частоты и выраженности эпизодов ИМС.

2. Долговременная противорецидивная профилактика ИМС у женщин с рекуррентными ИМС Цисто-Аурином характеризуется достоверными изменениями исследований мочи, с градиентным снижением пиурии, бактериурии, протеинурии в динамике, а также достоверным уменьшением числа уропатогенов в культуральном исследовании мочи.

3. Натуропатический подход, высокая безопасность приема и возможность эффективно устранения рецидивов сложных клинических форм урологической инфекционно-воспалительной патологии продолжительным приемом Цисто-Аурина определяет новые перспективы принципиальной превентивной тактики ведения пациентов с рИМС, а также целесообразность дальнейших исследований в данном направлении.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЧАСТОРЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ В УКРАИНЕ

М.В. Шостак, Ф.И. Костев, Л.И. Красилюк, Е.И. Лукинюк

Одесский национальный медицинский университет

Введение. Часторецидивизирующие инфекции мочевых путей (рИМП), проявляющиеся тремя и более эпизодами обострений на протяжении года или двумя и более на протяжении 6 месяцев – распространенная и социальнозначимая патология, важный источник дезадаптации, социальной изоляции, снижения самооценки и крайне негативного качества жизни пациенток. Широкая распространенность, фазность течения, отсутствие действенных стратегий профилактики и метафилактики рИМП, значительные экономические затраты и социальные проблемы, связанные с этой патологией, определяют приоритетность и высокую актуальность изучаемой темы.

Цель исследования: выявить частоту распространенности различных форм ИМП в популяции женщин Украины соответственно возрасту. Определить частоту часторецидивизирующей ИМП в женской популяции.

Материалы и методы. Для реализации цели исследования нами на протяжении 2016–2018 гг. проведена популяционная оценка распространенности и медицинских аспектов анамнеза ИМП среди женщин 18–80 лет с использованием релевантного объема и задачами исследования авторского онлайн-опросника по симптомам ИМП. Исследование проводилось анкетированием пользователей интернет-ресурсов медицинской тематики, а также социальных сетей vk.com, facebook.com и instagram.com. Опросник был выполнен на платформе SurveyMonkey.com (SurveyMonkey®, San Mateo, CA) в предварительно валидизированных версиях на украинском и русском языках. Дизайн исследования подразумевал дифференциацию типа течения ИМП – единичный эпизод, спорадические проявления либо часторецидивизирующее течение ИМП у пациентки. Статистическая обработка данных осуществлялась среди группы женщин релевантного возраста, полностью заполнивших опросник, дальнейший анализ полученной информации производился в соответствии с оценочными критериями, среди пациенток, имеющих медицинский анамнез ИМП посредством анализа t-критерия Стьюдента и

U-критерия Манна–Уитни при помощи ПО SPSS®21.

Результаты исследования. В ходе исследования получены данные опроса 539 женщин релевантного возраста, заполнивших опросник полностью и послуживших в дальнейшем когортой, подходящей для последующего анализа и обработки. Средний возраст опрошенных составил $36,2 \pm 2,1$ лет. В целом, на протяжении жизни симптомы ИМП в форме минимум одного эпизода имели 339 женщин (62,9% целевой группы), при этом, в возрастной категории 18–35 лет – 48,6%, 36–55 лет – 76,1%, старше 55 лет – 75,5%. Спорадическое, повторяющееся течение заболевания встречалось несколько реже: 2–5 эпизодов ИМП в течение жизни имели 34,9% женщин, 6 и более эпизодов ИМП в жизни – 21,1% женщин. При исследовании частоты активных часторецидивизирующих ИМП выявлено, что среди опрошенных больных, за последние 12 месяцев, 3 и более эпизода рИМП отмечают 14,6% всех опрошенных женщин. Тенденция к росту числа эпизодов ИМП, о которых сообщали пациентки, закономерно соответствовала их возрасту: старшие женщины, как правило, переносили большее число эпизодов ИМП в жизни по отношению к более молодым. В то же время, данные анамнеза заболевания за последние 12 месяцев показали противоположную тенденцию: статистически достоверно большее число эпизодов ИМП за последнее время было отмечено среди женщин 18–35 лет, особо ярко данная тенденция проявлялась относительно часторецидивизирующих ИМП с тремя или более эпизодами рецидивов ИМП в течение истекших 12 месяцев: 16,3% в группе респондентов 18–35 лет в сравнении с 13,6% и 12,3% женщин в группах в возрасте 36–55 лет и старше 55 лет, соответственно, имели данную форму патологии.

Выводы

1. Инфекция мочевой системы – распространенная патология в женской популяции Украины, присущая в форме хотя бы однократно перенесенного цистита 62,9% всех женщин, в форме повторяющегося спорадически заболевания – 57% всех женщин. Недавние (в течение

12 месяцев) эпизоды ИМП имели 23,4% опрошенных женщин. Часторецидивирующие активные ИМП присущи 14,6% женщин в популяции.

2. Заболеваемость ИМП растет пропорционально возрасту и составляет среди женщин 18–35 лет – 48,6%, 36–55 лет – 76,1%, старше 55 лет – 75,5%.

3. Высокая частота распространенности ИМП, драматическое воздействие патологии на все аспекты жизни и здоровья пациентов, всестороннее влияние заболевания на социальную, семейную и сексуальную жизнь больных определяют высокую медицинскую и социальную актуальность проблемы и приоритетность поиска современных диагностических и лечебных средств для ее ведения.

ОНЛАЙН ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ

М.В. Шостак, Ф. И. Костев, Л.И. Красилюк, Е.И. Лукинюк

Одесский национальный медицинский университет

Введение. Инфекции мочевых путей (ИМП) – широко распространенная, финансовозатратная и социальнозначимая группа заболеваний, поражающих преимущественно женщин наиболее трудоспособного, социально-активного и фертильного возраста, среди которых воспалительная патология нижних мочевых путей, по литературным данным, присуща на протяжении жизни 65–85% всей женской популяции, а ее рекуррентные формы определяют существенное снижение качества жизни, связанного со здоровьем, глубоко нарушая аспекты трудовой, социальной, семейной активности пациентки, определяя значительное снижение самооценки, социальную дезадаптацию и изоляцию.

Цель исследования: демографическая оценка частоты и структуры ИМП в популяции женщин Украины с определением факторов риска и рецидивирования патологии.

Материалы и методы. Для реализации цели исследования нами разработан, валидизирован и применен интернет-опросник по распространенности, факторам риска и медицинскому анамнезу инфекций мочевых путей (ИМП). Опросник был выполнен на платформе [Surveymonkey.com](https://www.surveymonkey.com) ([Surveymonkey®](https://www.surveymonkey.com), San Mateo, CA) в предварительно валидизированных версиях на украинском и русском языках. Исследование проводилось на протяжении 2016–2018 гг. анкетированием пользователей интернет-ресурсов медицинской тематики, а также социальных сетей [vk.com](https://www.vk.com), [facebook.com](https://www.facebook.com) и [instagram.com](https://www.instagram.com).

Результаты: Исследование завершено среди 539 женщин (18–80 лет) в Украине. Показано, что ИМП присущи в форме хотя бы однократно перенесенного цистита 62,9% всех жен-

щин и в форме повторяющегося спорадически заболевания – 57% всех женщин. Недавние (в течение 12 месяцев) эпизоды ИМП имели 23,4% опрошенных женщин, а часторецидивирующие (3 и более за последние 12 месяцев) – 14,6% всех женщин. Заболеваемость ИМП растет пропорционально возрасту и составляет среди женщин 18–35 лет – 48,6%, 36–55 лет – 76,1%, старше 55 лет – 75,5%.

Влияние ИМП на качество жизни пациентки определяет существенные нарушения привычных паттернов социального функционирования больной, снижение физической активности, ограничение посещений общественных мест и пользования общественным транспортом, социальной и сексуальной активности, проявления социальной изоляции и нарушения семейной жизни. Влияние симптомов заболевания на качество жизни больных в целом достоверно выше среди пациенток молодого возраста.

Структурный анализ анамнеза заболевания в отношении инициального эпизода ИМП подтвердил, что преобладающими факторами риска дебюта ИМП являются анамнез заболевания у матери (40,2% всех больных), половая жизнь (36,1%), детский анамнез ИМП респондента (23,9%), переохлаждение (22,1%), купание в бассейне и водоеме (20,1%) и смена полового партнера (18,9%). Достоверно показана корреляция отдельных факторов риска ИМП в отношении развития рецидивных форм заболевания: половая жизнь послужила дебютом часторецидивирующих форм ИМП в 2,8 раза, а спорадических форм – в 2,4 раза чаще, по сравнению с единичным эпизодом ИМП, смена полового партнера – в 2,9 и 3,4 раза чаще, соответственно. Схожую тенденцию имеют и анамнез ИМП в

детском возрасте, анамнез ИМП у матери. В то же время переохлаждение и нарушение диеты ощутимо чаще являются источником однократного эпизода ИМП.

Часторецидивирующее течение ИМП присуще 14,6% опрошенных женщин и определяет на 12% большую выраженность симптомов заболевания, сниженное на 26,8% качество жизни, на 19,4% социальную и на 20,4% физическую активность, на 25,4% более выраженные нарушения семейной, на 7,9% – сексуальной жизни, по сравнению с больными со спорадическими ИМП. Пациентки с рекуррентной ИМП отмечают, в целом, на 31,6% большие ограничения посещения общественных мест, на 31% большие проявления социальной изоляции и на 42,2% худшие взаимоотношения с партнером или супругом.

Выводы

1. Высокая частота распространенности ИМП, драматическое воздействие патологии на все аспекты жизни и здоровья пациентов, всестороннее влияние заболевания на социальную, семейную и сексуальную жизнь больных определяют высокую медицинскую и социальную актуальность проблемы и приоритетность поиска современных диагностических и лечебных средств для ее ведения.

2. Раннее начало половой жизни, смена половых партнеров, промискуитет – важные факторы как дебюта ИМП вообще, так и часторецидивирующего течения патологии в частности. Половое воспитание, гигиена половой жизни и превенция половых инфекций – ключевые аспекты как здорового образа жизни, так и профилактики ИМП в женской популяции.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ В КОРЕКЦІЇ ГІПЕРУРІКЕМІЇ У ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ ТА СЕЧОКИСЛУ ГІПЕРКРИСТАЛУРІЮ

*В.В. Черненко, В.Й. Савчук, Н.І. Желтовська,
Д.В. Черненко, Ю.М. Бондаренко*

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Нормалізація гіперурікемії та гіперурікурії є одною з основ про- та метафілактики СКХ. Вивчено ефективність та особливості застосування препарату фебуксостат в корекції гіперурікемії у хворих на сечокам'яну хворобу (СКХ) та сечокислу гіперкристалурію порівняно з алопуринолом протягом 1 року. У дослідженні брали участь 310 пацієнтів з СКХ та СКГК, у яких виявлено гіперурікемію. Перша група (n=124) приймала фебуксостат; друга група (n=186) – алопуринол. 18 (9,6%) пацієнтів через побічні реакції на тлі прийому алопуринолу виключили з групи. У залежності від швидкості досягнення цільового рівня СК (сечової кислоти) в сироватці крові (360 мкмоль/л) в процесі лікування обома препаратами виділено 3 групи:

а) з швидким досягненням цільового рівня СК в сироватці крові (в перші 2 місяці) – 106 (36,3%) пацієнтів;

б) зі значним зниженням рівня урікемії в перші 2 місяці та тривалим терміном досягнення цільового рівня в сироватці крові (більше 4 місяців) – 100 (35,2%) пацієнтів;

в) з важкою корекцією гіперурікемії (більше 9 місяців) – 86 (29,4%) пацієнтів.

Прийом фебуксостату дав можливість досягнути нормалізації урікемії через 4 місяці у 102 (82,3%) пацієнтів, проти 61 (36,2%) пацієнта другої групи. Через 12 місяців ефективність застосування різних доз препаратів склала 93,5% (116 пацієнтів) для фебуксостату та 78,1% (140 пацієнтів) для алопуринолу. Встановлено, що абсолютні значення концентрації СК в плазмі крові не є орієнтиром у виборі початкової дози для фебуксостату, на відміну для алопуринолу. Критерієм для безпечного переведення пацієнтів на підтримуючі дози є нормалізація рівня СК не тільки в сироватці крові, а й в сечі. Достовірне зростання добового діурезу на тлі прийому обох урікостатичних препаратів може свідчити про покращення функції нирок на тлі адекватної корекції гіперурікемії, можливість зворотних змін, викликаних розвитком уратної нефропатії. Застосування урікостатичних препаратів фебуксостат та алопуринол потребує індивідуального підбору лікувальної та підтримуючої дози, ґрунтованого на динамічному контролі за рівнем СК в сироватці крові та сечі в процесі лікування на тривалий період часу. Включення непуринового препарату фебуксостат з селективною дією для

більш ефективною та безпечною корекції гіперурікемії в комплекс заходів з про- та мета-

філактики сечокам'яної хвороби значно підвищить їх ефективність.

ТИПОЛОГІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ ПРИ НЕНЕЙРОГЕННИХ РОЗЛАДАХ СЕЧОВИПУСКАННЯ

Ю.М. Дехтяр, Ф.І. Костєв, К.А. Залива

Одеський національний медичний університет

Вступ. В медичній літературі останніх років зростає інтерес до проблеми ненейрогенного гіперактивного сечового міхура (ГАСМ), чому значною мірою сприяли результати епідеміологічних досліджень щодо поширеності ГАСМ, на який страждають не менше 17% населення, старше 40 років, з них 56% жінок і 44% чоловіків. Етіологія і патофізіологія ненейрогенного або ідіопатичного ГАСМ залишаються неясними. Недавні дослідження МРТ головного мозку показують вікове зниження неврологічного контролю сечовипускання. Мікробіоти в сечостатевому тракті також були залучені в етіологію ГАСМ. Діагноз і початкове лікування повинні ґрунтуватися на ретельному анамнезі, огляді і базових дослідженнях, щоб виключити інші причини, такі як інфекція сечовивідних шляхів (ІМП) і злоякісні стани.

Діагностика дисфункцій нижніх сечових шляхів (НСШ) у хворих на ненейрогенний гіперактивний сечовий міхур (ГАСМ) складається зі збору скарг, анамнезу, неврологічного й урологічного обстежень, а також додаткових методів обстеження, серед яких основне місце посідає уродинамічне дослідження. Дотепер не припиняється дискусія про клінічне значення уродинамічних досліджень у діагностиці різних форм розладів акту сечовипускання. Ми вважаємо, що показаннями до уродинамічного дослідження є: відсутність ефекту від емпірично призначеної терапії, плановане хірургічне лікування (наприклад, при стресовому нетриманні сечі), супутні неврологічні захворювання.

Мета дослідження: визначити частоту і клінічне значення окремих дизурічних симптомів, що виявляються за результатами моніторингу клінічного перебігу ненейрогенного ГАСМ.

Матеріали і методи дослідження. В урологічній клініці на базі Одеського національного медичного університету проведено обстеження та лікування 362 хворих (41 чоловік і 321 жінка) з симптомами нижніх сечових шляхів,

що відповідали критеріям діагностики Міжнародного товариства з утримання сечі (ICS) для ГАСМ.

Усім пацієнтам проводили урологічне, гінекологічне, неврологічне обстеження для виключення соматичних захворювань, здатних спричинити симптомокомплекс ГАСМ. Також виконували оцінку об'єктивних та суб'єктивних симптомів ГАСМ шляхом використання опитувальників якості життя хворих, інтенсивності дизурічних симптомів, оцінку скарг, даних анамнезу, УЗ-дослідження органів сечової системи з визначенням залишкової сечі. У всіх пацієнтів було організовано заповнення щоденників сечовипускання протягом трьох діб у звичних домашніх умовах. Крім оцінки щоденника сечовипускань обов'язковим елементом обстеження була об'єктивізація симптомів за допомогою опитувальників і анкет.

Результати та їх обговорення. Розпізнавання розладів акту сечовипускання в хворих на ненейрогенного ГАСМ, за правило, не становить особливих складнощів, оскільки вони виявляються комбінацією доволі однотипних симптомів – частішанням сечовипускання протягом доби, зниженням кількості одномоментно виділеної сечі, порушеннями чутливості сечового міхура, різними варіантами нетримання сечі. Таким чином, діагностика функціональних порушень нижнього відділу сечового тракту ґрунтується на симптоматології, урологічному обстеженні й виключенні інших ймовірних причин скарг хворих. Отже, позірною простотою діагностичного процесу потребує систематизації і розумної методології.

ГАСМ, відповідно до рекомендацій ICS, це лише три симптоми: полакіурія, ноктурія і ургентність, яка може бути з ургентним НС або без. Однак в реальному житті клінічна картина ненейрогенного ГАСМ більш багата і різноманітна.

Аналіз клінічної картини обстежених нами хворих виявив достовірну кореляцію симптомів, які супроводжують різні варіанти клінічного перебігу ненеурогенного ГАСМ, та можуть бути супутніми, або «сателітними» сечовими симптомами. Крім частого, ургентного сечовипускання і ургентного НС клінічний перебіг захворювання у багатьох хворих відзначався додатково іншими дизуричними симптомами, у тому числі й, на перший погляд, не характерними для ГАСМ. Найбільш часто ми спостерігали такі «сателітні» симптоми: нічна поліурія (30,9%), цисталгія (44,7%), біль внизу живота (18,7%), посткоїтальна дизурія (23,7%), обструктивні симптоми (30,1%), мимовільні нічні сечовипускання під час сну (18,7%), відчуття неповного випорожнення СМ (64,9%), дискомфорт в сечівнику (58,8%), НС при статевому акті (18,2%).

Не викликає сумніву той факт, що тривалий больовий синдром завжди є хронічним стресом для мозку, супроводжується негативним афектом і формує підкоркову лімбічну домінанту незалежно від етіології захворювання. Це є ще одним підтвердженням необхідності включення в лікувальний план ненеурогенного ГАСМ антидепресантів, які впливають на відновлення активності мозку, знижену в результаті розвитку депресії і тривоги, асоційованих з болем, ургентністю, нетриманням сечі, а також антиконвульсантів, здатних гасити патологічну домінанту в лімбічних структурах. У цілому, емоційно-когнітивний механізм є одним з провідних у розвитку хронічного больового синдрому СМ.

Серйозною проблемою є НС під час статевих контактів. Незважаючи на обмежену кількість досліджень у цій області, очевидно, що НС при статевому акті має серйозний вплив на якість життя сексуально активних жінок, та за літературними даними зустрічається у 10–24% пацієнток, що страждають на різні дисфункції тазових органів.

З числа обстежених нами хворих на ГАСМ 27 жінок, які скаржилися на НС, що виникає при статевому акті (тобто факт мимовільної втрати сечі спостерігався тільки при статевому акті), та ще 39 жінок скаржилися на НС при статевому акті в поєднанні з іншими видами НС.

Виявлені деякі клінічні особливості в обстежених хворих: 36 жінок мали скарги на втрату сечі під час копулятивної фази (пенетрації) статевого акту, 21 жінка мала скарги на втрату сечі

під час оргазму й 9 жінок, що мали скарги на НС в обох випадках.

Присутність важких дизуричних симптомів, особливо наявність больового синдрому, тривалий перебіг захворювання, емоційне виснаження, все це здатне змінити поведінку людини. Ми спостерігали у хворих на ГАСМ наступні поведінкові симптоми: неможливість сечовипускання в присутності сторонніх (в тому числі медперсоналу) (8,0%), обмеження питного режиму (30,1%), використання гігієнічних засобів (прокладок, памперсів) (26,5%), контрольні сечовипускання «на доріжку» (20,1%), складання карти туалетів тих місць, які хворі планують відвідати (12,7%), неможливість сечовипускання сидячи (для жінок) або стоячи (для чоловіків) (6,9%). Цікавим нам видаються спроби хворих здійснити випереджувальне сечовипускання, так би мовити, сечовипускання наперед. Ми назвали цей симптом «запобіжне» сечовипускання (14,3%). Відразу до громадських туалетів, перспектива сечовипускання не в «своєму» туалеті викликає такий страх або тривогу, що змушує перетримувати сечу або мочитися в заздалегідь одягнений памперс.

Висновки.

1. Клінічний перебіг ненеурогенного ГАСМ може виявлятися різними, подеколи парадоксальними, сполученнями симптомів порушення накопичувальної і евакуаторної функції сечового міхура з проявами полакіурії (88,8%); нічної полакіурії (83,2%); імперативних позивів (39%); нетримання сечі (56%); утрудненого сечовипускання (30%).

2. У хворих на ГАСМ виявлено достовірну кореляцію з «сателітними» сечовими симптомами, які супроводжують різні варіанти клінічного перебігу ГАСМ, серед яких переважають: відчуття неповного випорожнення сечового міхура 64,9%, дискомфорт в сечівнику 58,8%, цисталгія 44,7%, нічна поліурія 30,9%.

3. Присутність важких дизуричних симптомів, особливо наявність больового синдрому, тривалий перебіг захворювання та емоційне виснаження здатні провокувати поведінкові симптоми, що виявляються у 30,1% хворих обмеженням питного режиму, у 26,5% хворих використанням гігієнічних засобів (прокладок, памперсів), у 20,1% хворих контрольними сечовипусканнями «на доріжку», у 12,7% хворих складанням карти туалетів та у 14,3% хворих «запобіжним» сечовипусканням.

УРОДИНАМІЧНИЙ МОНІТОРИНГ НЕЙРОГЕННИХ РОЗЛАДІВ СЕЧОВИПУСКАННЯ

Ю.М. Дехтяр, Ф.І. Костєв, К.А. Залива, І.О. Главацький

Одеський національний медичний університет

Вступ. Проблема нейрогенних порушень акту сечовипускання є актуальною як у жінок, так і у чоловіків. Порушення функції нижніх сечових шляхів і розлади сечовипускання викликані гіперактивністю сечового міхура призводять до важких фізичних та моральних страждань, зумовлених глибокою психічною травмою, сексуальним конфліктом, розвитком неврозу і неврастенії.

Мета дослідження: визначення уродинамічних патернів, характерних для нейрогенних порушень акту сечовипускання в залежності від локалізації ураження нервової системи.

Матеріали і методи. Комбіноване уродинамічне дослідження було проведене 41 хворому з судинними захворюваннями головного та спинного мозку та 37 хворим, які страждають на різні форми дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ) і мають функціональні порушення акту сечовипускання.

Результати. Встановлено, що у більшості хворих (69%) присутність більш ніж одного уродинамічного симптому (УС). Поширеність окремих УС або їхнє сполучення у хворих, що перебувають під впливом розладів нейрорегуляції НСШ в залежності від локалізації ураження нервової системи, була наступною. Для

коркових порушень сечовипускання в тім'яних долях більш характерні моторні сфінктерні розлади сечовипускання: детрузорно-сфінктерна диссинергія та псевдодиссинергія у 47% хворих. Для порушень сечовипускання в лобових долях більш характерні сенсорні розлади: нейрогенний сечовий міхур (СМ) без детрузорної гіперактивності (гіперсенсорна форма) – з 54%; гіпосенсорна форма нейрогенного СМ – 17%. Підкіркові розлади сечовипускання проявляються зниженням скоротливої активності детрузора (гіпотонія) – 36% та сфінктерними розладами – 28%. Для мозжечкових розладів сечовипускання найбільш характерні моторні детрузорні розлади – 43%.

Висновки. Порушення уродинаміки у хворих з ураженням нервової системи характеризуються зниженням здатності СМ до накопичення й утримання сечі за нормального або низького внутрішньоміхурового тиску, чому головною причиною є гіперсенсорність СМ. Вона визначає наполегливу потребу випорожнити СМ одразу після появи позиву. Другою особливістю є часте сполучення нестабільності СМ з ознаками обструктивного сечовипускання. Останнє найчастіше обумовлено первинною обструкцією шийки СМ.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З М'ЯЗОВО-НЕІНВАЗИВНИМ РАКОМ СЕЧОВОГО МІХУРА, ЩО ОТРИМУЮТЬ ВНУТРІШНЬОМІХУРОВУ ГІПЕРТЕРМІЧНУ ХІМІОТЕРАПІЮ

Р.С. Чистяков, Ф.І. Костєв, О.І. Ткаченко, В.В. Лисенко

Одеський національний медичний університет

Вступ. EUA 2019 Guidelines рекомендують хворим на м'язово-неінвазивний рак сечового міхура високого ризику (МНРСМ) проводити або внутрішньоміхуровий курс БЦЖ-терапії як ад'ювантного лікування після ТУР, або виконувати радикальну цистектомію. Крім ефективності, якість життя (QoL) – це один із факторів при виборі

методу лікування. Гіпертермічна інтравезикальна хіміотерапія (HIVES) може бути альтернативним методом для цієї категорії хворих.

Мета дослідження: оцінка якості життя пацієнтів, яким проводилася внутрішньоміхурова гіпертермічна хіміоперфузія за допомогою системи COMBAT BRS.

Матеріали та методи. У 15 пацієнтів з МНРСМ, яким було заплановано ендовезикальне лікування, проспективно оцінювали якість життя, а також побічні ефекти протягом курсу лікування. Протокол лікування складав шести-тижневий курс інстиляцій Мітоміцина – С в дозі 40 мг з постійною температурою 43–44 °С протягом 50–60 хвилин один раз на тиждень за допомогою системи Combat BRS-HIVEC. Анкети IPSS, FACT BL, QLQ-C30 та шкала оцінки небажаних явищ СТСАЕ v 5.0 використовувались для оцінки якості життя та побічних ефектів. Оцінку QoL та показників загального аналізу сечі проводили перед кожним сеансом гіпертермічної хіміоперфузії, після сеансу оцінювались побічні ефекти (АЕ).

Результати. Усі пацієнти пройшли шести-тижневий курс інстиляцій Мітоміцина-С, всього було проведено 90 інстиляцій. Згідно зі СТСАЕ, найбільш актуальними побічними ефектами були АЕ 1–2-го ступенів: біль 14–24%, спазми сечового міхура 6–28% та гематурія 3–16%. Один пацієнт мав небажане явище 2-го ступеня (ли-

хоманка) протягом 2-го циклу; 2 пацієнти мали АЕ 1-го ступеня (бульозний дерматит) на циклі 3–4; всі пацієнти добре переносили лікування. Побічних ефектів 3–4-го ступенів не спостерігалось. Що стосується змін рівня якості життя за даними анкет IPSS, FACT BL, QLQ-C30, то протягом періоду лікування близько 50–60% пацієнтів демонстрували помірне погіршення якості життя на 4–5-му сеансі гіпертермічної хіміоперфузії, але у всіх пацієнтів покращувалась QoL в кінці курсу внутрішньоміхурових інстиляцій.

Висновки

Гіпертермічна хіміотерапія виявилася безпечною альтернативою для лікування МНРСМ проміжного та високого ризику, з побічними ефектами переважно 1–2-го ступенів. Лікування методом гіпертермічної внутрішньоміхурової хіміоперфузії добре переноситься, не додаючи значно більше побічних ефектів, ніж інстиляція окремо Мітоміцина-С, та не має гіршого профілю токсичності, ніж ті, що відображені в літературі щодо лікування БЦЖ.

МІСЦЕ ЦИТОРЕДУКТИВНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ В ЛІКУВАННІ КЛІНІЧНО МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОГО РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ (РПЗ)

В.П. Чайковський, С.П. Стюпушкін, Р.В. Соколенко, В.А. Черниловський

КЗ «Міська клінічна лікарня № 4» ДМР»

Вступ. РПЗ – найбільш поширена злоякісна пухлина у літніх чоловіків в Європі. В даний час радикальна простатектомія (РПЕ) – єдиний метод лікування локалізованого РПЗ, який дає перевагу в канцерспецифічній виживаності в порівнянні з вичікувальною тактикою. У той же час, тактика лікування місцево-поширеного РПЗ – одне з найбільш неоднозначних питань сучасної онкології.

Мета дослідження: вивчити місце циторедуктивної простатектомії в лікуванні клінічно місцево-поширеного РПЗ.

Матеріали та методи. У нашому відділенні з 2012 до 2019 р. виконано 107 радикальних простатектомій. З цього числа 33 (31%) хворим виконана циторедуктивна простатектомія на стадії Т3–4 N0–1 M0. Циторедуктивна РПЕ виконувалася пацієнтам з передбачуваною тривалістю життя більше 10 років. Середній вік пацієнтів склав 64 роки (55–68 років). У 50% чоловіків мала місце інфравезикальна об-

струкція. Одному пацієнтові перед операцією була накладена троакарна цистостома, трьом пацієнтам була виконана порціоальна ТУР передміхурової залози. На етапі верифікації діагнозу ПСА в середньому був на рівні 37 нг/мл (20–134 нг/мл). 75% пацієнтів перед операцією проводилася неoad'ювантна ГТ від 1 до 5 місяців. ПСА на момент виконання операції становив в середньому 9 нг/мл (0,58–29 нг/мл), а обсяг передміхурової залози складав в середньому 62 см³ (17–106 см³). Після операції гістологічно у всіх пацієнтів був підтверджений екстракапсулярний ріст РПЗ. Інвазія сім'яних пухирців була визначена у 45% пацієнтів. Стадія Т4 спостерігалася у 14% пацієнтів. Всім пацієнтам виконувалася розширена тазова лімфаденектомія. Наявність метастазів в регіональних лімфатичних вузлах підтверджено у 36% пацієнтів гістологічно. Співвідношення РПЗ середнього і високого ризику становило 67/33. Рівень Глісона становив: ≤6 у 6 (18%), 7 (3+4) – у 8 (24%), 7 (4+3) – у 15 (46%), ≥8 – у 4 (12%) пацієнтів.

Ретроспективно ми порівняли групу пацієнтів після циторедуктивної РПЕ при місцево-поширеному РПЗ (група 1, n=33) з групою пацієнтів з місцево-поширеним РПЗ, яким проводилася гормональна терапія без локального хірургічного лікування (група 2, n=45). Обидві групи пацієнтів були порівнянні за віком пацієнтів, рівні ПСА та Глісона на момент біопсії і клінічної стадії захворювання.

Результати. Післяопераційної летальності не було. Період спостереження пацієнтів склав 5–84 міс. Після операції всі хворі продовжували отримувати інтермітуючу ГТ за схемою МАБ під контролем ПСА крові. Біохімічна прогресія визначалася у 15% пацієнтів після операції. У 9% випадків (3 пацієнти) мало місце виник-

нення гормонрефрактерного РПЗ – через 11, 18 і 24 місяці після операції. Канцерспецифічна виживаність розрахована методом Kaplan–Meier склала: 92,3%.

Висновки

Циторедуктивна простатектомія може бути одним з методів комплексного лікування місцево-поширеного РПЗ у ретельно відібраних пацієнтів. Такі пацієнти повинні бути проінформовані про можливу необхідність додаткового лікування після хірургічного втручання. У поєднанні з ад'ювантною гормональною терапією циторедуктивна простатектомія має переваги перед гормональною терапією в монорежимі, зменшуючи ймовірність формування КРРПЗ, а також збільшує канцерспецифічну виживаність.

ГОСТРІ ІШЕМІЧНІ УШКОДЖЕННЯ НИРОК

М.А. Довбиш, О.Б. Унгурян, І.М. Довбиш

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Гострі ішемічні ушкодження нирок (ішемічний білий та геморагічний червоний інфаркт) в клінічній практиці зустрічається дуже рідко. Частіш за все ішемічні ушкодження зустрічаються у літніх людей з серцево-судинними захворюваннями, які схильні до тромботворення із-за внутрішньосерцевих порушень кровотоку. Аналогічно тому як виникає інфаркт міокарда, в основі цього захворювання також лежить гостре порушення кровотоку в артеріях, які постачають кров до органа. Найчастіше причинами інфаркту нирки є вади серця, бактеріальний ендокардит, миготлива аритмія, гіпертонія та інші. Клінічна картина інфаркту нирки надзвичайно подібна до ниркової кольки за рахунок сечокам'яної хвороби, але лікувальна тактика різна. Тому вивчення особливостей перебігу інфаркту нирки, незважаючи на її частоту, має значення для клінічної урології.

Мета дослідження: вивчити характер та особливості клінічного перебігу інфаркту нирки у хворих на тлі серцево-судинної патології.

Матеріал та методи. Спостерігали 8 хворих, віком 55–74 роки, у яких діагностували інфаркт нирки і були шпиталізовані у невідкладному стані. Осіб чоловічої статі було 3 і жінок – 5. Застосовували загально клінічні, біохімічні дослідження крові та сечі, коагулограма, екскреторна урографія, УЗД нирок з доплерографією, КТ заочеревинного простору з контрастуванням.

Результати та їх обговорення. Приводом для шпиталізації всіх хворих був гострий біль зліва у 3 випадках і у 5 чоловік вона була справа. На етапі госпіталізації при ЕКГ дослідженні та в анамнезі у всіх випадках відмічались порушення ритму серця у вигляді миготливої аритмії. Біль в проекції нирки не мав класичного приступоподібного характеру, як правило, він був більш постійним і не мав характерної іррадіації по ходу сечоводу. Поводження хворого на висоті болю не мало характеру рухового збудження, оскільки воно обмежувалось станом серцево-судинної системи. Відмічалась субфебрильна температура протягом 2 діб. Еритроцитурія спостерігалась у вигляді мікрогематурії до 5–10 і рідше більше 20 еритроцитів у полі зору. Порушень акта сечовипускання не виявлено в жодному випадку. При УЗД нирок постійно були відсутні ектазія миски та сечоводу, а також ехопозитивних тіней по ходу сечових шляхів. В той же час на видільних програмах у 5 випадках відмічалась тільки нефрограма, а у 3 випадках – помірне зниження функції нирки, що утруднювало діагностику інфаркту міокарда.

Висновок. Клінічні ознаки інфаркту нирки надзвичайно подібні до клінічних ознак ниркової кольки, що виникає за рахунок сечокам'яної хвороби. Для диференційної діагностики надзвичайно важливо враховувати наявність миготливої аритмії та застосовувати КТ з контрастуванням.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ДИЗУРІЇ У ЧОЛОВІКІВ

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

Буковинський державний медичний університет

Чоловіки з порушеннями сечовипускання становлять вагомую частину звернень до урологів в усіх країнах. Адреноблокатори (АБ) одразу після їх появи дозволили ефективно лікувати велику частину таких пацієнтів, але далеко не завжди урологи могли отримати достатній ефект. Тільки останні десятиліття стало зрозуміло, що левова частина таких хворих, у яких використання АБ було недостатньо ефективним, мали синдром гіперактивного сечового міхура (ГСМ), на який практично не впливає використання АБ. ГСМ є важливою соціальною та медичною проблемою, яка донедавна практично не висвітлювалась офіційною медициною, хоча стосувалась значної частини населення. Цій проблемі приділялась непропорційно мала увага, що було обумовлено як власне медичними причинами (адже захворювання не призводить до смертельних випадків та рідко – до інвалідності), так і психологічними проблемами відповідної категорії пацієнтів (відчуття незручності, сорому, яке сприяє замовчуванню захворювання). Відсутність адекватної інформації як у пресі, так і в медичних джерелах, призвела також до того, що більшість лікарів, на жаль, досі не можуть адекватно діагностувати та пролікувати ГСМ.

Традиційно ми прив'язували появу дизурії у чоловіків до захворювань простати – або запальних, або новоутворень, перш за все доброякісної гіперплазії (ДГПЗ). Це призвело до появи терміна «симптоми з боку нижніх сечових шляхів» (тобто дизурія, пов'язана з ДГПЗ) та до значної трансформації протоколів лікування ДГПЗ, де тепер на перший план виходить лікування саме означених симптомів, а не тільки самої простати, як це було раніше. Ще років 10–15 тому лікування дизурії у чоловіків було спрямоване на ліквідацію першопричини (як тоді вважалось). У випадку простатитів – перш за все антибактеріальна терапія з додаванням великої кількості інших препаратів та фізіотерапії. У випадку ДГПЗ – спочатку це було виключно оперативне лікування, а з 80-х років минулого століття воно поступово але невпинно замінюється різноманітними медикаментозними методами.

Якщо у чоловіка є клініка ГСМ, то незалежно від існування патології простати, у нього

можна виставляти діагноз «гіперактивний сечовий міхур» (паралельно, при необхідності, прирізом, з діагнозом гіперплазії простати чи простатиту) з відповідними висновками щодо лікування. Слід відзначити, що у реальній практиці не завжди на момент огляду присутня ургентність, тому завдання лікаря ретельно розпитати щодо проявів дизурії. У той же час, ми вважаємо, що при наявності вираженої дизурії у чоловіків при зменшеній ємності сечового міхура навіть без ургентності (яка є ключовою для діагностики ГСМ), загальні підходи до її лікування повинні відповідати принципам лікування ГСМ.

Один з головних міфів щодо ГСМ, який досі превалює в уявленнях багатьох лікарів, полягає в тому, що нібито основну частину хворих становлять жінки. Однак останні епідеміологічні дослідження показали, що серед приблизно 22 мільйонів людей у 6 Європейських країнах, які мають симптоми ГСМ, перевага жінок досить незначна – 13% проти 11% у чоловіків. Такий стереотип пов'язаний перш за все з тим, що жінки звертаються за медичною допомогою частіше в зв'язку з виникненням нетримання сечі, а також тому, що у чоловіків цей діагноз ставиться вкрай рідко, а ознаки ГСМ приписують, як правило, захворюванням простати.

У такій ситуації саме зменшення ємності сечового міхура є ключем для вибору тактики лікування. Для визначення цього використовується заповнення пацієнтом протягом 48 чи 72 год. добового графіка сечовипускання, у якому відзначається час сечовипускання та об'єм сечі. Крім того, пацієнт має позначати появу дизуричних проявів (імперативних покликів, нетримання сечі, болів тощо). Ми однозначно вважаємо, що цей простий тест, який присутній в усіх рекомендаціях (та досі значно недооцінений в Україні) та не вимагає ніяких фінансових затрат, повинен використовуватись у всіх таких пацієнтів. Дослідження та власний досвід довели, що такий графік значно більш об'єктивний, ніж просто опитування хворого.

Як вказувалось, одними з перших препаратів, які були спрямовані саме на лікування порушень функції сечового міхура у чоловіків,

були адреноблокатори. Їх використання, без сумніву, спричинило серйозну революцію у методах лікування ДГПЗ і саме завдяки цьому стала значно зменшуватись частка оперативних втручань у цих пацієнтів (і ця тенденція продовжується). ХЛ стали другим важливим напрямком лікування дизурії, особливо у тих чоловіків, у яких АБ не давали ефекту.

Натепер «золотим стандартом» холінолітиків є Везикар (соліфенацину сукцинат). Велика кількість проведених досліджень показала його вірогідно більшу ефективність та меншу частоту побічних дій у порівнянні з оксibuтиніном та детрузитолом. Препарат має тривалий ефект, пероральний прийом може використовуватись із разовим денним дозуванням. Проведено більше 10 багатоцентрових досліджень везикару, які показали, що він ефективний у лікуванні усіх симптомів ГСМ.

Важливі дані були отримані з великого дослідження STAR, яке порівнювало везикар та найкращий до його появи холінолітик детрузитол у формі сповільненого звільнення (в Україні не зареєстрована). Дослідження було проведено у 17 країнах Європи на 1355 пацієнтах протягом 12 тижнів з продовженням до 1 року. Воно показало, що за абсолютною більшістю показників везикар був кращим за детрузитол, ефективний при лікуванні всіх симптомів ГСМ, а обидва препарати по зменшенню всіх симптомів були вірогідно кращими, ніж плацебо.

За результатами продовженого дослідження після 1 року лікування везикаром була показана добра переносимість для більшості дорослих пацієнтів незалежно від віку, раси та статі. Важливим моментом була відсутність розвитку толерантності при тривалому лікуванні при наростанні ефективності препарату з часом. При цьому більше 60% пацієнтів позбулись нетримання сечі, а 40% пацієнтів з ургентними покликами позбулись їх в кінці дослідження. 81% пацієнтів закінчив довготривале лікування, в кінці дослідження 85% пацієнтів оцінили переносимість лікування везикаром як «задовільну». Препарат має здебільшого незначні побічні ефекти, які, як правило, легко переносяться. Він має найбільш низьку кількість випадків головної сторонньої дії – сухості в роті (11%), ніж у інших сучасних ХЛ.

У той же час, як і інші ХЛ, везикар досі використовується переважно у жінок. Натепер з'явилося достатньо нових даних щодо можливості використання ХЛ у чоловіків (переважно з ДГПЗ при наявності ознак ГСМ, найчастіше у комбінації з адреноблокаторами). Опублікований

нещодавно метааналіз показав, що було проведено всього 16 міжнародних багатоцентрових досліджень використання комбінації адреноблокаторів та ХЛ у чоловіків із ДГПЗ. Найчастіше останні роки була випробувана комбінація тамсулозину та везикару. Загалом в ці дослідження було включено 1353 пацієнта і їх тривалість найчастіше була 12 тижнів. Не зупиняючись на детальному аналізі результатів, слід сказати, що отримані дані принципово не відрізнялись між різними дослідженнями (що саме по собі є достатньо рідкою ситуацією). У всіх дослідженнях було відзначено зменшення балів IPSS, особливо за рахунок симптомів накопичення, та покращилась якість життя пацієнтів. Цікаво, що узагальнені аналізи при цьому не показали достовірних змін максимальної швидкості потоку сечі від початку до кінця дослідження з незначним збільшенням залишкової сечі. Надзвичайно важливим є те, що ніякого достовірного збільшення таких ускладнень терапії ХЛ, як збільшення залишкової сечі та гострої затримки сечі, не було відзначено.

Ще один цікавий висновок, до якого спонукають результати цього метааналізу, стосується того, що при наявності ознак ГСМ терапію ХЛ (як монотерапію чи у комбінації з адреноблокаторами) слід починати одразу, не втрачаючи час на монотерапію адреноблокаторами, яка у таких хворих не дуже ефективна.

Найбільше за кількістю пацієнтів та єдине за великою тривалістю (до 1 року) дослідження такого роду – NEPTUNE I та його відкрите продовження NEPTUNE II, в якому досліджувалась комбінація Омнік ОКАС та двох доз везикару (6 та 9 мг). В нього були включені пацієнти з ДГПЗ (точніше із симптомами з боку нижніх сечових шляхів) з достатньо активною симптоматикою (IPSS >13), присутністю виразною ургентності та залишковою сечею не більше 150 мл. Об'єм простати був обмежений 75 мл, а максимальна швидкість потоку сечі – від 4 до 12 мл/сек (тобто з достатньо вираженою обструкцією). Всього в нього було включено 1334 чоловіки, які отримували терапію загалом до 52 тижнів і його результати були оприлюднені нещодавно.

Головними отриманими результатами було підтвердження кращої ефективності використання комбінації адреноблокатора та ХЛ при лікуванні таких пацієнтів. Загальний бал IPSS зменшився майже наполовину (на 48%), причому практично однаково зменшились як симптоми накопичення (на які переважно впливають ХЛ), так і симптоми спорожнення (на які переважно

впливають аденоблокатори). Найбільше при цьому зменшились епізоди ургентності (на 57%) та нетримання сечі (НС) (на 78%).

Іншим, не менш важливим, було питання сторонніх ефектів такого тривалого лікування, перш за все – появи затримки сечі. Загалом гостра затримка сечі (ГЗС) виникла впродовж року у 8 пацієнтів (0,7%, або 7/1000 чоловіко-років лікування), що подібно до 0,4% ГЗС у 12-тижневому дослідженні SATURN, що вказує на схожу незначну кількість такого ускладнення. Крім того, важливим фактом є відсутність збільшення ризику ГЗС при тривалому лікуванні пацієнтів із ДГПЗ. Слід вказати, що половина пацієнтів мала об'єм простати 36–74 мл (75 мл була верхня межа включення в дослідження), що вважається одним з головних факторів ризику для появи ГЗС – і ці пацієнти входили в групу ризику. Цікаво також, що абсолютна більшість випадків ГЗС припадала на перші 4 міс. лікування, що ще раз підтверджує відсутність збільшення її ризику при тривалому лікуванні.

Отримані за рахунок наведених досліджень факти доводять доцільність та безпечність використання ХЛ самостійно чи у комбінації з аденоблокаторами у чоловіків з ДГПЗ. Але на наш погляд, не тільки ними обмежується контингент чоловіків, яким використання ХЛ може принести користь. Чисельні дослідження показали ефективність застосування аденоблокаторів у інших груп чоловіків (яка часто перетинається з ДГПЗ) – при наявності хронічного простатиту або синдрому хронічного тазового болю (ХТБ). Натепер аденоблокатори нарівні з антибіотиками є головними (і часто єдиними) рекомендованими препаратами для лікування хронічного простатиту, вони ж рекомендовані

для лікування ХТБ. Наша практика та роботи інших авторів вказують на велику частку пацієнтів із простатитом та ХТБ, у яких присутні симптоми накопичення – перш за все часті денні та нічні сечовипускання. У таких пацієнтів не так часто спостерігається ургентність та НС, але негативний вплив дизурії на якість життя, емоційний стан та сексуальну функцію не слід недооцінювати. Перевагою цих пацієнтів перед чоловіками з ДГПЗ є низький ризик ГЗС, що певним чином знімає психологічний бар'єр у лікарів при вирішенні використати ХЛ у цих пацієнтів. Серйозних робіт по використанню ХЛ при хронічному простатиті та ХТБ ми не знайшли, але наш невеликий досвід та розуміння основ виникнення дизурії у чоловіків свідчить про те, що включення ХЛ як елемента комплексної терапії таких пацієнтів має під собою певне підґрунтя та потенціал. У цьому аспекті можна згадати історію використання ХЛ при ДГПЗ, коли від абсолютного нерозуміння доцільності застосування ХЛ багато урологів за рахунок появи нових досліджень та власного досвіду впевнилися у можливості збільшення ефективності лікування тих пацієнтів, у яких інші методи лікування не дали результату.

Таким чином, накопичений на теперішній момент досвід свідчить про великі можливості застосування холінолітиків у чоловіків з різною патологією та потенціал подальших досліджень у цьому напрямку. Адекватне призначення ХЛ дає виразний ефект та є безпечним. На наш погляд, у майбутньому є гарна перспектива збільшення кількості чоловіків, у яких використання ХЛ може дати додатковий результат при лікуванні дизурії, який неможливо досягнути іншими методами лікування.

ЛАПАРОСКОПІЧНА РЕЗЕКЦІЯ НИРКИ З ВИКОРИСТАННЯМ СЕГМЕНТАРНОЇ ШЕМІЇ

Р.М. Молчанов^{1,2}, О.О. Гончарук², Л.Г. Хітько²

¹ ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² Клініка «Гарвіс»

На сьогоднішній день основним методом лікування пухлин нирок є хірургічний. Впровадження сучасних методів візуалізації та техніки оперативного втручання зробив нефрон-зберігаючу хірургію привабливою альтернативою радикальної нефректомії у пацієнтів з пухлиною нирки. Основними цілями резекції нир-

ки є повне місцеве хірургічне видалення злоякісного новоутворення і збереження адекватної функції нирок. Крім того, резекція нирки є важливою альтернативою радикальної нефректомії при певних доброякісних станах, які вражають нирку.

Всі сучасні методи резекції нирки передбачають використання стискання ниркової ар-

терії для полегшення гемостазу, радикального видалення пухлини і реконструкції паренхіми. Зеро-ішемія була введена як метод усунення ниркової ішемії. Після введення методів зеро-ішемії дослідники доволіно застосовують цей термін до методів, що варіюється від використання затиску до вибіркової блокади ниркових артерій і / або вен або їх гілок. Останні дані показують, що резекція нирки з застосуванням зеро-ішемії забезпечує найкращі функціональні результати, мінімізуючи або повністю усуваючи глобальну ішемію, зберігаючи більший обсяг васкуляризації нирки. У той же час не доведено переваги будь-якого з цих методів. Вибір методу повинен бути адаптований до кожного окремого випадку на основі характеристик пухлини, можливості хірургічного втручання, досвіду хірурга, демографічних даних пацієнта і базової функції нирок.

Мета дослідження: встановити ефективність і безпеку сегментарної ішемії при резекції нирки.

Матеріали та методи. Напередодні операції проводилася оцінка даних комп'ютерної томографії з контрастним посиленням і обов'язковою візуалізацією всіх фаз накопичення та виділення контрасту. В якості альтернативи можливе використання МРТ з контрастуванням. Особливо важливим є аналіз кровопостачання нирки, що дозволяє виявлення сегментарних елементів ниркового кровотоку в області пухлини і можливість його стискування.

Після мобілізації ободової кишки виконують дисекцію судин в області воріт нирки, максимально виділяючи сегментарну гілку, що забезпечує кровоплин ураженого сегмента нирки. Визначається ділянка паренхіми нирки, що ура-

жена пухлиною. На сегментарну судину накладається затискач «бульдог». Після розтинку капсули нирки, проводиться енуклеорезекція з використанням «холодних» ножиць. Гемостаз проводили шляхом накладення безперервного обвідного шва в області дна кратера резекції, що дозволяє прошити судини, що кровоточать, і закрити дефекти чашково-мискової системи при їх наявності. При необхідності проводили локальний гемостаз з використанням кліпсами Absolock, що розсмоктується. Після зняття затискача з сегментарної судини накладали другу лінію безперервного шва з фіксацією кліпсами Hem-o-lock.

Результати. Наш досвід резекцій нирки при пухлинах T1a представлений 38 випадками.

Середній вік пацієнтів склав 56 (35–73) років. Середній діаметр пухлини 3,3 см (1,0–4,2). Середній індекс маси тіла 28,2 (19,1–38,0). Середній нефрометричний індекс RENAL 6 (4–10). Середній час операції 122 хв. (84–186). Час сегментарної ішемії 16,3 хв. (7–22 хв.). Середня крововтрата склала 118 (40–500) мл. Середні зміни eGFR при виписці були 3,8 мл/хв. Середня тривалість госпіталізації склала 4,2 дня (3–5 днів). Ускладнення представлені кровотечею в ранньому післяопераційному періоді (5 годин), яку зупинено лапароскопічним шляхом з прошиванням ділянки кровотечі паренхіми. Гемотрансфузія виконана одна (в того ж пацієнта). Екстравазація сечі з неповністю закритого дефекту чашки виявлена на 2-гу добу післяопераційного періоду, ліквідована шляхом установки стента – 1 випадок.

Висновок. При лапароскопічній резекції нирки у пацієнтів з пухлинами T1a сегментарна ішемія є безпечною і ефективною альтернативою повної теплової ішемії.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ЭВОЛЮЦИИ БЛЯШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ У МУЖЧИН

Ю.Н. Гурженко

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Пусковым механизмом БП является повреждение тканей (увеличения механического тканевого напряжения в белочной оболочке) полового члена во время коитуса. Это приводит к незначительным разрывам белочной оболочки и повышению проницаемости сосудов. Увеличивается микроциркуляция крови в очаге.

Следующий этап – кровоизлияние, что вызывает стаз форменных элементов крови, нарушение реологических свойств крови, давление на стенки эндотелия, дисконплектация эндотелиальных клеток, выход плазменных белков (гликозаминогликанов, мукополисахаридов, гликопротеидов). Развивается отек тканей. Следующий этап –

екссудация в результате микроциркуляторных и клеточных реакций – альбуминов, глобулинов, фибриногена, факторов свертываемости крови, минеральных солей и т.п. Микроциркуляторные изменения включают вазоконстрикцию, которая довольно быстро изменяется на вазодилатацию вследствие парадоксальной чувствительности α - и β -адренорецепторов. Вазодилатация вызовет начальное увеличение кровотока в очаге воспалительного процесса белочной оболочки, а потом ее заменяет стаз (следствие деятельности вышеуказанных рецепторов). Клеточная часть содержит клетки гематогенного происхождения (нейтрофилы, лимфоциты, моноциты, гистиоциты, эритроциты) и местного генеза (макрофаги, эпителиальные клетки, мезотелиальные клетки). Активируются всевозможные клеточные реакции. В первую очередь происходит активация тучноклеточной реакции – происходит процесс де-грануляции с выбросом большого количества разнообразных медиаторов воспалительного процесса – гистамин, серотонин, брадикинин, простагландины, белки системы комплемента, кинины, калликреины, гепарин и т.п. Активируется XII фактор системы свертывания крови (фактор Хагемана), что активирует систему свертывания крови, которая приводит к образованию фибрина.

Следующий этап – активация плазмолитической реакции – происходит дегрануляция с выбросом рибонуклеопротеидов, которые являются пластическим материалом для образования белковой фракции коллагеновых волокон. Затем из сосудов выходят лимфоциты и моноциты и образуют периваскулярный инфильтрат – идет активация лимфоидных элементов – происходит дегрануляция с выбросом цитокинов. На этом этапе практически подготовлен базис для образования бляшки – все вышеуказанные факторы стимулируют активацию фибробластической реакции. Следующие микротравмы полового члена процесс повторяют и приводят к поддержанию воспалительной реакции в белочной оболочке.

После этого наступает стадия гиалиноза сосудов. В ткани происходит процесс денатурации белков с параллельным процессом их полимеризации, вследствие нарушения трофики тканей.

И последняя фаза патофизиологического процесса образования бляшки – это фаза кальциноза. Макроскопически при гиалинозе волокнистая соединительная ткань белочной оболочки полового члена – плотная, хрящевидная, беловатая, полупрозрачная.

ЗНАЧЕННЯ ІМУНОЛОГІЧНОГО ФАКТОРА БЕЗПЛІДДЯ У ЧОЛОВІКІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

В.В. Спиридоненко

ДУ «Інститут урології НАМН України»

На теперішній час у зв'язку із широкою розповсюдженістю цукровий діабет є глобальною медико-соціальною проблемою сучасного суспільства і відбивається на усіх сферах життєдіяльності, а також не має тенденцій до скорочення випадків захворюваності. Питання збереження фертильності в осіб чоловічої статі репродуктивного віку із наявністю цукрового діабету, які характеризуються тимчасовим, довготривалим або постійним порушенням, залишаються серйозною проблемою сучасної андрології. Існують експериментальні дані про можливість збереження і створення диференційованих чоловічих статевих клітин із різних типів стовбурових клітин в препубертатному віці, включаючи ембріональні стовбурові клітини, індуковані плюрипотентні стовбурові клітини і сперматогоніальні стовбурові клітини. Ці підходи дають надію

багатьом пацієнтам, у яких втрата статевих клітин може бути пов'язана з впливом різних факторів, в т.ч. і хронічної гіперглікемії, але всі ці роботи носять поки що експериментальний характер.

Це дослідження проводилося з метою отримання уточнених даних про епідеміологію та етіопатогенез автоімунного безпліддя, що виникає у чоловіків дитородного віку з цукровим діабетом. Важливість отримання таких даних є актуальною з позиції профілактики і лікування зазначених станів гіпофертильності. У дослідженні було виконано аналіз зразків еякуляту 62 осіб репродуктивного віку, що мають цукровий діабет I і II типу. Було встановлено, що у пацієнтів із цукровим діабетом I типу (n=29) достовірно високий рівень антиспермальних антитіл в еякуляті зустрічався в 1,7 разу частіше, ніж у осіб із цукровим діабетом II типу (n=33). Факторами

ризик формування даного маркера імунологічного безпліддя були: тривалий перебіг цукрового діабету 1 типу (≥ 10 років); високі добові показники плазмової глюкози; наявність варикоцеле; анамнез травми органів калитки; перенесена статеві інфекція, ускладнена орхоепідидимітом. Частка обструктивної астенозооспермії, як причини формування антиспермальних ан-

титіл у спермі пацієнтів становила менше за 5%. При порівнянні за вказаним параметром когорт пацієнтів із цукровим діабетом і без нього було встановлено, що наявність цукрового діабету у чоловіків дітородного віку може виступати самостійним фактором формування імунологічної форми безпліддя ($p < 0,05$), що вимагає ретельного вивчення і відповідної корекції.

ПОГЛЯД НА РОЛЬ УРОМОДУЛІНУ В ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

В.П. Стусь, Н.В. Гавва

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Уромодулін (UMOD) – це глікопротеїн, що синтезується товстим сегментом висхідної кінцівки петлі Генле і дистальними звитими клітинами каналця, який відіграє різні, але поки неясні ролі. Аномальна екскреція UMOD з сечею спостерігається при багатьох патофізіологічних станах. Глікопротеїн Tamm–Horsfall є глікопротеїном, який у людей кодується геном UMOD. Уромодулін є найбільш поширеним білком, що виділяється зі звичайною сечею.

У нормі добова екскреція уромодуліну з сечею за даними різних авторів коливається в широких межах – від 9 до 200 мг/доб. Виявлено, що вміст уромодуліну в обох нирках становить близько 40 мг. Було встановлено, що екскреція глікопротеїну сильно варіює у одного індивідуума, а також і в межах популяції (К. Lynn, 2005). При цьому величина його екскреції залежить від віку, статі, площі поверхні тіла, функції нирок, екскреції з сечею цитратів і споживання солі. У жінок екскреція уромодуліну вища, ніж у чоловіків, а виділення з сечею прогресивно збільшується з народження до 30 років.

Дані літератури вказують на подвійну роль уромодуліну в патогенезі мікробно-запального ураження нирок і сечовивідних шляхів. З одного боку, він виступає як фактор захисту, що перешкоджає адгезії мікроорганізмів на клітинах уроепітелія, з іншого – як фактор, що полегшує їх проникнення. Останнє, можливо, пов'язано з конформаційними змінами молекули глікопротеїну (Т. Olezak, 2004), або порушенням секреції його в сечу і накопиченням в нирковій тканині (А.С. Bastos, 2012).

Виявилось, що білок Тамма–Хорсфалла має імуногенні властивості. При цьому антитіла до даного протеїну виявляються у здоро-

вих людей, а їх зміст значно зростає при ряді захворювань нирок, зокрема у пацієнтів з гострим пієлонефритом і міхурово-сечовідним рефлюксом або обструктивною уропатією.

Нині запальні захворювання сечового міхура зберігають статус провідної медичної, соціальної та економічної проблеми, що обумовлено високим ризиком трансформації в хронічну форму, частими рецидивами, недостатньою ефективністю традиційної терапії.

Ефективність лікування значною мірою лімітується формуванням резистентності до антибактеріальних препаратів; наявністю у хворих цукрового діабету, сечокам'яної хвороби, неадекватною тривалістю та об'ємом лікування, погіршенням стану імунної системи внаслідок негативної екологічної ситуації, яка склалась на сьогодні. Ці ж причини призводять до хронізації, рецидивування та реінфекції, довготривалої втрати працездатності пацієнтів, погіршення якості їх життя.

Перебіг запального процесу багато в чому залежить від стану імунної системи. Імунні реакції та місцевий імунітет – найважливіша ланка патогенезу запального процесу, багато в чому визначають індивідуальні особливості перебігу і результат захворювання.

Літературні дані підтверджують гіпотезу про те, що уромодулін допомагає виключити *K. pneumoniae* і *S. saprophyticus* з сечового тракту і діє як загальний фактор захисту організму від інфекцій сечових шляхів.

У своїх дослідженнях (R. Larsson, L.A. Hanson, 2004) відзначили, що у хворих на цистит і асимптоматичну бактеріурію титр антитіл до білка Тамма–Хорсфалла не відрізнявся від такого в контрольній групі, що, на думку авторів,

може служити диференціально-діагностичним критерієм пієлонефриту і циститу.

При цьому за даними (CL. Parsons, P. Stein, 2007) нормальний білок сечі Tamm–Horsfall демонструє уротеліальний цитопротекторний ефект проти потенційно токсичних сполук в сечі, які можуть пошкодити уротелій і викликати захворювання сечового міхура. Одним з таких захворювань є інтерстиціальний цистит. У пацієнтів з інтерстиціальним циститом цей захисний ефект зменшується. Вони припустили, що існує різниця в білку Тамма–Хорсфолла у пацієнтів з інтерстиціальним циститом, яка може бути пов'язана з патогенезом захворювання. Білок Тамма–Хорсфолла якісно відрізняється у пацієнтів з інтерстиціальним циститом в порівнянні з контрольною групою. Ці дані при-

пускають, що змінений білок Tamm–Horsfall може бути залучений в патогенез інтерстиціального циститу і може бути корисний для клінічної діагностики.

Таким чином, виникає необхідність диференціювати ряд ситуацій, що відображають особливості тканинної реакції в стінці сечового міхура та мають різний клінічний та морфологічний прояв і, отже, вимагають кореляції концентрації уромодуліну в сечі та важких металів в біосубстратах для вибору різної лікувальної тактики. Даний розділ залишається практично невивченим у пацієнтів з хронічним циститом.

Планується розробка рекомендацій щодо ведення хворих з урахуванням концентрації уромодуліну, прогнозування та ведення хворих в період реабілітації після перенесеного циститу.