

**Матеріали науково-практичної конференції
«СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
В УРОЛОГІЇ, АНДРОЛОГІЇ ТА ОНКОУРОЛОГІЇ»
м. Дніпро
22–23 жовтня 2020 р.**

**ВПЛИВ КВЕРТИНУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН
НИРОК ТА МЕТАБОЛІЗМ ПРИ УРАТНОМУ
НЕФРОЛІТАЗІ КОМОРБІДНОМУ
З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**

C.I. Білай, M.A. Довбши

Запорізький державний медичний університет

Сечокам'яна хвороба (СКХ) є одним з найпоширеніших та частих захворювань у світі, розвиваючись найчастіше у осіб працездатного віку. За даними вчених різних країн світу кількість хворих, які страждають на СКХ, коливається та складає 3,5–9,6% населення планети.

Метою є вивчення впливу квертину на функціональний стан нирок та показники метаболізму у хворих на уратний нефролітіаз коморбідний з метаболічним синдромом.

Матеріали і методи дослідження. Групи хворих були поділені в залежності від характеру медикаментозного лікування: 1-ша контрольна група хворих на УН; 2-га основна група хворих на УН коморбідний з метаболічним синдромом (МС), які приймали традиційну терапію та загальноприйняті лікарські засоби, які корегують метаболічні процеси, на тлі квертину (1 таблетка 3 рази на добу) протягом 6 місяців; 3-тя група порівняння – хворі на УН коморбідний з МС, які приймали традиційну терапію та загальноприйняті лікарські засоби, які корегують метаболічні процеси. Оцінка показників функ-

ціонального стану нирок здійснювалася за рівнем креатиніну, сечовини, ШКФ; показників ліпідного обміну за рівнем ЗХС, ТГ, І-ЛП, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ, ХС ЛПВЩ; показників вуглеводного обміну за рівнем глукози та HbA1c.

Результати дослідження. У хворих контрольної групи, групи порівняння та основної групи до лікування спостерігалося значне підвищення рівня креатиніну, сечовини та зниження ШКФ. У процесі лікування в групі хворих, які приймали квертин, спостерігалося зниження рівня креатиніну, сечовини, ЗХС, ТГ, І-ЛП, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ. На цьому тлі у цих хворих підвищувалася ШКФ, а також знижувався рівень глукози і HbA1c.

Висновки. У хворих, які приймали квертин на тлі традиційної терапії, а також засобів, які покращують метаболічні процеси, спостерігалося покращення функціонального стану нирок, показників ліпідного та вуглеводного обміну. Квертин може використовуватися у комплексному лікуванні у хворих на УН коморбідний з МС.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Л.П. Саричев, І.І. Старченко, Р.Б. Савченко, Я.В. Саричев, Г.Л. Пустовойт

Українська медична стоматологічна академія

Вступ. Незважаючи на численні дослідження, присвячені доброякісній гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ), морфологічні зміни сечового міхура внаслідок тривалого порушення відтоку сечі часто не враховуються при виборі лікувальної тактики.

Розлади сечовипускання у хворих на ДГПЗ, які визначають лікувальну тактику, базуються на міжнародній шкалі простатичних симптомів – IPSS. Уродинамічні показники дозволяють визначити ступінь порушення відтоку сечі. Разом з тим, при обґрунтуванні показань до лікування поза увагою залишаються морфологічні зміни сечового міхура. Несвоєчасне оперативне лікування внаслідок розвитку незворотних морфологічних змін детрузора не усуває симптоми випорожнення та пов'язані з цим ускладнення.

Мета дослідження: обґрунтувати лікування хворих на ДГПЗ з урахуванням клінічної картини розладів сечовипускання та морфологічних змін сечового міхура.

Матеріали та методи дослідження. Проведено гістологічне, цитологічне та ультраструктурне дослідження біоптатів сечового міхура у 30 хворих на ДГПЗ. За клінічними проявами перебудова сечового міхура у відповідь на довготривале порушення відтоку сечі проходить три стадії: компенсації, субкомпенсації та декомпенсації детрузора. Стадію компенсації детрузора можна позначити як такою, що проявляється СНСШ (IPSS < 20 балів), без залишкової сечі, Qmax > 12 mL/s; стадію субкомпенсації детрузора – СНСШ (IPSS ≥ 20 балів), ЗС < 200 мл та уродинамічних показниках (Qmax < 12 mL/s); стадію декомпенсації детрузора – СНСШ, підкапуванням сечі, розвитком уретерогідронефрозу, рецидивуючою сечовою інфекцією та нирковою недостатністю.

Результати та їх обговорення. За результатами патогістологічного дослідження довготривале порушення відтоку сечі супроводжується достовірним зниженням питомої ваги м'язової тканини, збільшенням питомої ваги сполучної

тканини та прогресивним зменшенням діаметра міоцитів. Характерно, що у хворих у стадії декомпенсації детрузора питома вага сполучної тканини у стінці сечового міхура виявилась удвічі вищою ($21,78 \pm 3,39\%$ проти $11,80 \pm 0,85\%$; $p2 < 0,05$) у порівнянні з хворими у стадії субкомпенсації детрузора та утрічі вищою ($21,78 \pm 3,39\%$ проти $4,46 \pm 0,78\%$; $p1 < 0,05$) у порівнянні з хворими у стадії компенсації детрузора. Важливим попередником склеротичного процесу виступає запальна лімфоплазмоцитарна інфільтрація в усіх шарах сечового міхура. При цьому ремоделювання детрузора супроводжується прогресивним зменшенням діаметра міоцитів: у стадії компенсації – $7,43 \pm 0,22$ мкм, у стадії субкомпенсації – $7,084 \pm 0,61$ мкм, у стадії декомпенсації – $6,96 \pm 0,76$ мкм. Порушення мікроциркуляції можуть бути пріоритетним фактором підтримання хронічного патологічного процесу в стінці сечового міхура, підтвердженням цього є наявна вираженого порушення кровообігу у всіх шарах сечового міхура (повнокров'я судин, набряк, осередкові крововиливи).

Наявність дистрофічних змін у нервових волокнах на грунті хронічної гіпоксії, склеротичних і інволюційних процесів є причиною порушення іннервaciї сечового міхура та як наслідок залишення симптомів нижніх сечових шляхів після усунення обструкції.

За даними ультраструктурного аналізу у всіх зразках детрузора сечового міхура була наявна виражена гетерогенність гладком'язових клітин, обумовлена характером їх внутрішньоклітинних змін та розміром клітин. Можна виділити три види лейоміоцитів сечового міхура: клітини з малозміненою ультраструктурою; «темні» клітини з компактним розташуванням міофіламентів, в результаті чого їх електронна щільність значно підвищувалася, мітохондрії були одиничними з деструкцією їх крист, у всіх випадках була наявна зона перинуклеарного спустошення; «світлі» клітини з вираженими літичними змінами що ймовірно підлягають елімінації.

Висновки

1. Вивчення морфологічних змін дозволяє зробити припущення, що з метою корекції виявлених змін сечового міхура, а також відновлення порушень біоенергетичних процесів обміну в тканинах детрузора комплексне лікування хворих на доброкісну гіперплазію передміхурової залози слід доповнювати призначенням метаболізм-коригуючої, енерготропної терапії, яка володіє антиоксидантним ефектом, активізує окислювально-відновлювальні процеси, стимулює процеси клітинного дихання та синтез АТФ в мітохондріях клітин.

2. При ДГПЗ, внаслідок внутрішньоміхурової гіпертензії, відбуваються стійкі порушен-

ня мікроциркуляції в стінках сечового міхура, що призводить до появи хронічної ішемії детрузора, яка є предиктором його фіброзних змін та як наслідок ригідності.

3. При наявності пошкодження нервових закінчень та неповного скорочення сечового міхура доцільно призначати антихолінестеразні засоби, які підвищують тонус і скротливу активність гладких (непосмугованих) м'язів.

4. Поліпшення перфузії НСШ можна розглядати як терапевтичні стратегії для лікування дисфункції сечового міхура, викликаної хронічною ішемією.

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИКИ ГЕМОСТАЗУ ПРИ ВИКОНАННІ ОДНОМОМЕНТНОЇ ЗАЛОБКОВОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ ТА СИМУЛЬТАННОЇ ПЕРЕДОЧЕРЕВИННОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПРОСТАТИ ТА ПАХВИННУ ГРИЖУ

B.I. Горовий, В.О. Шапринський, I.B. Барало, O.M. Капшук

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вступ. За даними літератури, пахвинну грижу виявляють у 2–10% хворих, які страждають на доброкісну гіперплазію простати. Наявність пахвинної грижі погіршує якість життя пацієнтів, які страждають на доброкісну гіперплазію простати, і несе потенційну загрозу защемлення із розвитком тяжких ускладнень. Можливість одномоментної симультанної герніопластики при виконанні простатектомії є актуальним питанням як урології, так і абдомінальної хірургії. Одномоментне усунення простатичної обструкції та пахвинної грижі вимагає удосконалення методики гемостазу під час виконання залобкової простатектомії з метою зменшення інтраопераційної крововтрати та часу операції.

Мета дослідження. Удосконалити методику гемостазу при виконанні одномоментної залобкової простатектомії та симультанної передочеревинної пластики пахвинних гриж у хворих на доброкісну гіперплазію простати та пахвинну грижу.

Матеріали та методи дослідження. Передочеревинну пластику пахвинної грижі під час одномоментної залобкової простатектомії було

виконано 35 хворим на доброкісну гіперплазію простати, які перебували на стаціонарному лікуванні в урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні в 2008–2020 рр. Вік хворих коливався від 62 до 75 років: 11 хворих були віком до 65 років, 15 – 66–70, 9 – старше 70 років. При цьому, у 3 хворих була виконана герніопластика з обох боків (всього 38 симультанних герніопластик). Розміри грижових воріт (зовнішнього пахвинного кільця) коливались від 2,5 до 4,5 см, прямих гриж було 14, косих – 24. У перших 6 пацієнтів передочеревинну герніопластику виконували перед залобковою простатектомією, в останніх 29 хворих – після простатектомії через можливість послаблення накладених швів та зміщення сітчастого імпланта при розтягуванні рані гачками. Одномоментну залобкову простатектомію виконували поперечним доступом в надлобковій ділянці, який дозволяє виконати симультанну передочеревинну герніопластику з обох боків. Гемостаз ложа простати та відновлення міхурово-уретрального сегмента проводили за допомогою 2 П-подібних кетгутових лігатур (№ 6), які накладали на нижнє півколо шийки сечового, а

далі проводили їх через капсулу простати і зав'язували на бічних (зовнішніх) поверхнях капсули з метою низведення (тригонізації) шийки сечового міхура у порожнину ложа простати, закриття рани ложа та зупинки кровотечі із нього. З метою гемостазу та надійності фіксації лігатур бічних поверхонь капсули між кінцями лігатур розміщували шматочок піраміdalного м'яза, на якому лігатури зав'язували. Для зменшення часу накладання 2 П - подібних гемостатичних лігатур, проводили їх через капсулу простати із одного уколу з кожного боку (две П-подібні лігатури вводили у «ушко» голки), а далі фіксували (зав'язували) на шматочках піраміdalного м'яза (на ці методики ми отримали два патенти на корисну модель України). Після виконання основного етапу операції (простатектомії) виконували передочеревинну герніопластику. При прямих пахвинних грижах пластику задньої стінки пахвина каналу виконували шляхом фіксації арки поперечного м'яза живота до клубово-лобкового тракту та зв'язки Купера, при косих – пластику задньої стінки пахвина каналу виконували шляхом фіксації арки поперечного м'яза живота до клубово-лобкового тракту шовковими чи лавсановими лігатурами (№ 4). Потім на м'язово-гребінчастий отвір поверх накладених швів встановлювали поліпропіленовий сітчастий імплант, який фіксували до лобкового горбика, прямого та поперечного м'язів живота проленовими лігатурами (3-0) (на цю методику ми також отримали патент на корисну модель України). Інтраопераційну крововтрату визначали ваговим методом.

Результати. Інтраопераційних кровотеч при виконанні залобкової простатектомії не спостерігали. Застосування методики гемостазу при виконанні одномоментної залобкової простатектомії та симультанної передочеревинної пластики пахвинних гриж у хворих на доброкісну гіперплазію простати та пахвинну грижу дозволило скоротити тривалість операції на 10–15 хвилин та крововтрату на 150–250 г. У ранньому післяопераційному періоді (до виписки хвого із відділення) та віддаленому післяопераційному періоді рецидиву пахвинних гриж не спостерігали. У одного хвого після встановлення двох сітчастих імплантів тривалий час (до 12 днів) спостерігали помірні серозні виділення із залобкового простору. У іншого хвого відмічений біль у ділянці герніопластики, який був купірований знеболюючими та протизапальними препаратами.

Висновки. Попередні результати удосконалення методики гемостазу при виконанні одномоментної залобкової простатектомії та симультанної передочеревинної герніопластики у хворих на доброкісну гіперплазію простати та пахвинну грижу дозволяють констатувати зменшення тривалості операції та інтраопераційної крововтрати. Подальші дослідження удосконалення методики гемостазу при виконанні одномоментної залобкової простатектомії та симультанної передочеревинної герніопластики у хворих на доброкісну гіперплазію простати та пахвинну грижу є перспективними в плані зменшення інтраопераційної крововтрати, часу операції та уникнення рецидиву пахвенної грижі.

РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОНАННЯ ВСТАНОВЛЕННЯ ТРАНСОБТУРАТОРНОГО СЛІНГУ ВІТЧИЗНЯНИМ НАБОРОМ «УКРТЕХМЕДСЛІНГ» ПРИ ЛІКУВАННІ ЖІНОК ЗІ СТРЕСОВИМ НЕТРИМАННЯМ СЕЧІ

B.I. Горовий, Р.К. Балацький, В.Є. Литвинець, О.В. Горовий

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вступ. За даними літератури, стресове нетримання сечі (раніше – нетримання сечі при напруженні) зустрічається у кожної 3–4-ї жінки після 40 років, але за відсутності пролапсу тазових органів хірургічне втручання виконують лише 5–10% пацієнток. Жінки зі стресовим нетриманням сечі та за відсутності пролапсу тазо-

вих органів (або з початковими його стадіями – пролапс у межах піхви та безсимптомний), звичайно, лікуються в уролога. Згідно з рекомендаціями Міжнародного товариства з нетримання сечі (ICS,2019), Міжнародної консультації з нетримання сечі (ICSI,2017) та Європейської асоціації урологів (EAU,2019) таким жінкам спочат-

ку проводять консервативне лікування, при безуспішності якого пропонують хірургічне втручання. Серед хірургічних методів лікування стресового нетримання сечі найпопулярнішим сьогодні є малоінвазивний трансобтураторний слінг (субуретральна петльова пластика, в гінекологічній літературі – уретропексія). В останні роки трансобтураторний слінг застосовують як операцію першого вибору для всіх типів нетримання сечі за наявності чи відсутності гіpermобільноті уретри. Концепція операції базується на інтегральній теорії австралійського вченого P.E. Petros та шведського вченого U.I. Ulmsten, а також теорії «гамака» J.O. DeLancey. Згідно з цими теоріями місцем прикладання операції є середній відділ уретри, який відповідає за утримання сечі; достатня підтримка уретри сприяє її стисненню при підвищенні внутрішньочеревного тиску; субуретральну петлю (слінг) встановлюють без натягу. Принцип слінгової операції полягає у стисненні уретри, сфінктерний апарат якої перестав функціонувати. Майже кожна розвинена країна випускає свій набір для трансобтураторного слінгу.

Метою нашого дослідження було вивчення безпосередніх та віддалених результатів виконання встановлення трансобтураторного слінгу вітчизняним набором «УКРТЕХМЕДСЛІНГ» ПП «УКРТЕХМЕД ІННОВЕЙШН» у жінок зі стресовим нетриманням сечі.

Матеріали та методи дослідження. За останні 10 років операцію встановлення трансобтураторного слінгу набором «УКРТЕХМЕДСЛІНГ» (методика inside-out) виконано 38 жінкам зі стресовим нетриманням сечі. Одній жінці операцію виконали через рецидив стресового нетримання сечі після операції за Burch. Вік хворих коливався від 36 до 72 років, середній – 46,5. Нетримання сечі I ступеня (нетримання сечі

лише у вертикальному положенні) відмічено у 26 (68,4%) пацієнток, II ступеня (нетримання сечі у вертикальному та лежачому положеннях) – 12 (21,6%). Початкові ступені пролапсу тазових органів (цистоцеле, ректоцеле, метроцеле I–II ст. за Baden–Walker) відмічено у 6 (15,1%) жінок. У якості слінгу використовували поліпропіленову сітку довжиною 45 см та шириною 1,2 см. Операцію встановлення трансобтураторного слінгу виконували згідно з інструкцією до набору.

Результати та їх обговорення. Лише в одному випадку під час виконання операції відмітили пошкодження бічної стінки сечового міхура перфоратором: виконали повторне проведення сітки, зашивання пошкодження стінки міхура вікристовими (2-0) лігатурами та епіцистостомією. Хвора була виписана із відділення через 15 днів без надлобкового дренажу та з повним утриманням сечі. Інших ускладнень під час виконання операції (пошкодження уретри, гематома та кровотеча із рані та ін.) не спостерігали. Серед прооперованих жінок 35 (92,2%) виписано із відділень повністю утримуючи сечу, 3 (7,8%) – із покращенням (втрачали сечу значно менше, ніж до операції). У віддаленому після-операційному періоді рецидиву нетримання сечі та ерозії стінки піхви не спостерігали, гіперактивність детрузора de novo виникала у 3 (7,8%) хворих. Результати виконання встановлення трансобтураторного слінгу вітчизняним набором «УКРТЕХМЕДСЛІНГ» подібні даним літератури.

Висновки. Перші безпосередні та віддалені результати виконання трансобтураторного слінгу вітчизняним набором «УКРТЕХМЕДСЛІНГ» у жінок зі стресовим нетриманням сечі задовільні, що дозволяє рекомендувати дану методику для використання в практиці оперуючих урологів та гінекологів.

ИСТОРИЯ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЧЕТОЧНИКА С ПОМОЩЬЮ ТУБУЛЯРИЗОВАННОГО ЛОСКУТА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ – КТО ЖЕ ОСНОВОПОЛОЖНИК ЭТОЙ ОПЕРАЦИИ?

В.Н. Демченко, Д.В. Щукин

Харьковский национальный медицинский университет

Тубуларизованные лоскуты мочевого пузыря являются наиболее важной опцией реконструкции мочеточника, так как позволяют за-

местить этот орган до уровня средней или даже верхней трети с использованием гистологически сходного материала, который имеет хорошее

кровоснабжение. Данная хирургическая техника носит название «операция Боари» в честь итальянского хирурга-экспериментатора Achille Boari. Однако исторически это не совсем правильно. В 2019 г. в материалах конгресса AUA Lloyd G. опубликовал абстракт под названием «Король мочеточника из Чикаго: вклад Weller VanHook в реконструктивную хирургию», в котором он описывает жизнь и наследие великого хирурга Weller VanHook, а также его вклад в реконструкцию мочеточника, который ранее не был известен широким урологическим кругам. Weller VanHook исследовал особенности заживления ран, проблемы грыж, а также реконструкцию мочеточника. В 1893 г. в журнале JAMA вышла его публикация «Хирургия мочеточников: клиническое, литературное и экспериментальное исследование». Им была описана пересадка мочеточника на кожу при травме, представлена усовершенствованная техника уретеро-уретеростомии и изобретена реимплантация трубчатого лоскута мочевого пузыря. Он впервые предложил выкраивать лоскут из мочевого пузыря и формировать из него трубку. VanHook произвел операцию в два этапа: сначала выводил мочеточник на кожу, а затем выполнял собственно реконструкцию после купирования воспалительных изменений в зоне операции. Для того этапа развития медицины (при отсутствии антибиотиков и соответствующего шовного материала) данная хирургическая тактика была абсолютно оправданной. Лоскут выкраивался из передней стенки мочевого пузыря и отводился кверху. Далее из него формировали трубку. Мочеточник помещали в просвет трубчатого лоскута и фиксировали несколькими швами.

Позже Achille Boari, чье имя стало носить формирование тубуляризованного пузырного лоскута, использовал эту технику на собачей модели. По иронии судьбы американский хирург из Канзаса Ockerblad, который через 50 лет впервые успешно выполнил данную операцию у человека, в своем докладе отметил Boari, а не своего соотечественника, который жил и работал в 500 милях от него. Поэтому Weller VanHook следует считать автором оригинальной концепции этой техники, которая была им изучена в эксперименте на трупе и опубликована.

Возвращаясь к Achille Boari, необходимо отметить, что этот итальянский исследователь посвятил свою деятельность изучению анатомии, физиологии и хирургии мочеточника. Он провел серию экспериментов на собаках: трансперитонеально анастомозировал поврежденные мочеточники конец в конец, конец в бок, с по-

чечной лоханкой и мочевым пузырем. Все эти эксперименты были неудачными из-за затеков мочи и развития мочевого перитонита. Также безуспешными остались экспериментальные попытки замещения мочеточника сонной артерией, трахеей и стеклянной трубкой. Но в 1894 году Boari в эксперименте на одной собаке удалил дистальную часть мочеточника длиной 8 см. Для его восстановления был создан лоскут из мочевого пузыря размерами 5x2 см, который удалось тубуляризовать и соединить с пересеченным мочеточником. Эта техника оказалась успешной — собака выжила и хорошо себя чувствовала через 4 года после операции. Вскрытия животного не проводилось.

Несмотря на успех Boari, данная операция в дальнейшем не использовалась в течение длительного времени из-за плохих результатов. В клинических условиях в 1917 году ее попытался выполнить Nystrom G., однако результат вмешательства был неудовлетворительным. В 1933 году Spies, Johnson и Wilson без труда сформировали тубуляризованный лоскут мочевого пузыря, но заявили, что на стыке мочеточника и мочевого пузыря неизменно образуется стриктура. Только в 1936 году доктор N.F. Ockerblad успешно осуществил данное вмешательство у пациентки с повреждением мочеточника и мочевым свищом после гистерэктомии. У данной больной отмечался хороший отдаленный результат — при обследовании через 3 и 10 лет признаков стриктуры мочеточника не было обнаружено.

Как один из вариантов тубуляризованного пузырного лоскута можно рассматривать операцию, предложенную и разработанную в 1924 году в Германии R. Demel. R. Demel использовал эксперимент на собаках. Техника операции состоит в том, что мобилизованный мочевой пузырь подтягивается вверх и пересекается поперечно пополам со стороны, противоположной поврежденному мочеточнику. Верхнюю половину отводят вверх, смещающая в сторону соответствующего мочеточника, а затем выполняют уретероцистоанастомоз с использованием антирефлюксного механизма. Главная особенность данного способа, в отличие от оперативного вмешательства Боари, это применение более широкой и объемной части мочевого пузыря с целью замещения повреждения мочеточника. Результаты эксперимента R. Demel показали возможность замещения двух третей мочеточника. В соответствии с условиями эксперимента через 1 месяц животным удаляли противоположную здоровую почку. Через три месяца все животные были живы. В клинической практике данная операция была впервые выполнена Baiden в 1930 году для

коррекции мочеточниково-маточного свища. У женщины отмечалось полное выздоровление – через 4 года при цистоскопии было выявлено новое устье мочеточника в области верхушки мочевого пузыря, из которого активно выделялась моча.

Хотя после первой пластики мочеточника тубуляризованным лоскутом мочевого пузыря

уже прошло более ста лет, в литературе присутствует очень мало исследований, которые включают более 20 пациентов, оперированных с помощью данной техники, и которые демонстрируют какие-либо глобальные обобщения. В основном имеются сообщения о небольших группах клинических наблюдений.

СИНХРОННЫЕ БИЛАТЕРАЛЬНЫЕ МЕТАСТАЗЫ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

У. Баларабе, Д.В. Щукин

Харьковский национальный медицинский университет

Введение. Адренальная метастазы почечно-клеточного рака представляют собой одну из форм отдаленного распространения этой опухоли. Частота ипсилатерального поражения надпочечника в последние годы значительно снизилась из-за частого обнаружения опухолей низкой стадии и составляет около 3%. Синхронные билатеральные метастазы в надпочечные железы являются крайне редкой ситуацией. В мировой литературе преимущественно представлены единичные клинические сообщения о таких пациентах. Лечение данных больных включает билатеральную адреналэктомию или резекцию надпочечников. Этот подход зачастую осложняется надпочечниковой недостаточностью, которая может привести к внезапной смерти пациента даже на фоне заместительной терапии. Особенности течения заболевания, а также возможность проведения таргетной терапии у этой группы больных изучены недостаточно. Мы провели ретроспективный анализ клинико-морфологических данных и результатов лечения пациентов с синхронными двусторонними метастазами ПКР в надпочечники по данным одного специализированного центра.

Материал и методы. В работу были включены 4 пациента с данной патологией, которые лечились и наблюдались в Харьковском областном центре урологии и нефрологии им. В.И. Шаповалы с 2010 по 2020 год. В исследованной выборке преобладали мужчины (3:1). Средний возраст пациентов составлял $57,8 \pm 5,3$ лет. Их общее состояние во всех 4 случаях оценивалось, как относительно удовлетворительное (статус ECOG не превышал 1). Индекс массы тела варьировал от 22,8 до 28,8 кг/м² (в среднем $25,9 \pm 3,1$ кг/м²). Уровень кортизола крови у всех пациентов до операции находился

в пределах нормальных значений. Больные также не демонстрировали тенденции к артериальной гипотонии.

Средний размер почечных опухолей достигал $8,7 \pm 2,8$ см. Стадия новообразования в 3 из 4 наблюдений была оценена, как pT3a. При этом обнаружена инвазия только в паранефральный жир. В венозную систему почечная опухоль не проникла ни в одном из случаев. Гистологическое строение новообразований у всех пациентов было представлено светлоклеточным почечно-клеточным раком. Двое больных имели синхронные метастазы в легкие. Отсутствие каких-либо симптомов было отмечено только у одного пациента, в остальных случаях имела место гематурия или общая слабость.

Размеры адренальных метастазов в среднем составляли $38,5 \pm 11,9$ мм (от 24 до 56 мм). Левосторонние метастазы в среднем не превышали $43 \pm 12,9$ мм, тогда как правосторонние – $34 \pm 10,6$ мм. Макроскопическое распространение обеих адренальных опухолей в венозную систему имело место в одном наблюдении (слева – в основную почечную вену, справа – в нижнюю полую вену). Средний период наблюдения во всей группе в среднем составил $21,8 \pm 17,6$ месяца.

Хирургическое лечение включало нефрэктомию и билатеральную адреналэктомию или адреналэктомию с резекцией надпочечника. После операции три пациента получали системную терапию (суптент, пазопаниб, акситиниб). Протокол обследования включал проведение УЗИ каждые 3 месяца и МДКТ легких и органов брюшной полости каждые 6 месяцев. Статистический анализ проводился с использованием стандартных методов дескриптивной статистики с помощью программного обеспечения «Statistica 8.0».

Результаты. У всех пациентов проводилось синхронное удаление почки и метастазов обоих надпочечников. Операции выполняли из лапаротомного доступа «шеврон».

Билатеральная адреналэктомия с последующей заместительной терапией использовалась в двух случаях в связи с субтотальным замещением надпочечников опухолевой тканью. В одном из этих наблюдений правосторонний адренальный метастаз распространялся в просвет нижней полой вены, а левосторонний метастаз – в основную почечную вену. В связи с этим больному выполнили билатеральную адреналэктомию с венакаватромбэктомией и удалением опухолевого тромба из просвета левой почечной вены. У двух пациентов вместе с адреналэктомией слева удалось осуществить резекцию правого надпочечника с опухолью. У одного из них сохранено около 30% адренальной ткани, однако при этом была повреждена основная вена правого надпочечника. Через 2 месяца отмечено снижение уровня кортизола крови в связи с чем начато проведение заместительной гормональной терапии. Во втором случае объем оставшегося надпочечника не превышал 20% от первичных значений. На протяжении последующих 12 месяцев признаков адренальной недостаточ-

ности не обнаружено. Среднее время операции составляло $195 \pm 19,1$ мин, а объем кровопотери $800 \pm 81,6$ мл. Осложнений Clavien–Dindo градации $\geq III$, а также periоперационной летальности в нашем исследовании зафиксировано не было. Несмотря на заместительную гормональную терапию у трех пациентов в различные сроки отмечены кризы болезни Аддисона, который у одной больной привел к летальному исходу. У трех пациентов после операции использовалась таргетная терапия, однако два из них умерли от прогрессии рака, еще один больной жив с прогрессией опухоли в течение 48 месяцев.

Заключение. Синхронные билатеральные метастазы почечно-клеточного рака в надпочечники представляют собой не только сложную хирургическую задачу, но и большую терапевтическую проблему. Наше исследование продемонстрировало эффективность и безопасность синхронного хирургического подхода у этих больных. Прогноз у пациентов данной группы преимущественно плохой, однако у отдельных больных возможна длительная выживаемость. Вопрос о возможности проведения таргетной терапии на фоне адренальной депривации требует дальнейшего изучения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДВУСТОРОННЕЙ ОПЕРАЦИИ БОАРИ

В.Н. Демченко, Д.В. Щукин, И.А. Гарагатый

Харьковский национальный медицинский университет

Введение. Мы провели ретроспективную оценку результатов уретеральной реконструкции с помощью тубуляризованного пузирного лоскута у пациентов с двусторонними синхронными повреждениями мочеточника.

Материал и методы исследования. С 2011 по 2019 год по методике Баари в клинике был оперирован 81 пациент с повреждениями мочеточников. У 8 (10,9%) из них операции осуществлялись с обеих сторон. Средний возраст 7 женщин и 1 мужчины, вошедших в исследование, составил $45,0 \pm 6,4$ лет. Спектр патологии мочеточника был представлен только ятрогенной травмой, включая гинекологическую (75%) и проктологическую (25%) травму.

Двусторонние дефекты мочеточника были выявлены при операции в 2 (25%) из 8 случаев. В остальных 6 (75%) наблюдениях уретеральные повреждения были диагностированы в различ-

ные сроки послеоперационного периода – в среднем через $3,8 \pm 2,9$ суток. У 4 (50%) пациентов при установлении диагноза обнаружены массивные уриномы забрюшинного пространства. В двух (25%) случаях забрюшинная уринома сочеталась с мочевым перитонитом. Мочеточниково-влагалищные свищи были диагностированы у 4 (50%) больных. Пункционная или открытая нефростомия перед выполнением реконструктивной операции использовалась в 5 (62,5%) наблюдениях. Дефекты мочеточников локализовались в нижней трети с обеих сторон в 3 (37,5%) случаях, в средней трети – в 2 (25%), в средней трети с одной стороны и в нижней трети с другой – еще в 3 (37,5%). Средний объем мочевого пузиря у пациентов составлял $400,0 \pm 80,2$ мл.

Синхронные двусторонние операции осуществлялись в 4 (50%) наблюдениях, соответ-

ственno метахронные вмешательства использовались также у 4 (50%) больных. Операции выполняли из срединного лапаротомного доступа у 3 (37,5%) пациентов (2 синхронных и 1 метахронная операция). В остальных 5 (62,5%) случаях хирургические вмешательства проводились с помощью двусторонних забрюшинных подходов (2 синхронных и 3 метахронных операции).

Для реконструкции мочеточника у 3 больных применялась стандартная техника операции Боари. У 5 пациентов использовали оригинальную модификацию тубулярной лоскутной пластики, которая заключается в формировании лоскута оптимальной длины и ширины за счет его множественных поперечных надрезов, а также в фиксации мочеточника к лоскуту минимальным количеством швов только на уровне адвенциального слоя мочеточника. Уретральный катетер удаляли через 2 недели, а мочеточниковый стент через 2 месяца с момента операции.

В 2 наблюдениях была выполнена субтотальная уретеральная реконструкция (пузырный лоскут анастомозировали с верхней третью мочеточника). Еще у 3 больных мочеточник реконструировали до уровня его средней трети (у 2 из этих пациентов проводились синхронные операции). В двух случаях пузырные лоскуты достигали уровня средней трети мочеточника с обеих сторон. В связи с наличием массивных мочевых затеков в забрюшинном пространстве или в брюшной полости в 2 из 4 наблюдений перед реконструктивным вмешательством проводилось дренирование урином (1 – открытым путем; 1 – функциональным дренажом). У двух пациенток восстановление мочеточника сочеталось с дренированием мочевых затеков забрюшинного пространства и с санацией мочевого перитонита. Анастомоз между мочеточником и тубулярным лоскутом мочевого пузыря осуществляли через брюшную полость в 3 наблюдениях.

Результаты. Длина пузырного лоскута справа варьировала от 6 до 15 см и составляла в среднем $10,0 \pm 3,5$ см, слева – от 7 до 13 см при среднем значении $9,3 \pm 2,3$ см. Общая частота интраоперационных осложнений не превышала 25,0%. Они были представлены кровотечениями объемом более 500 мл и являлись следствием рубцовых и воспалительных изменений в забрюшинном пространстве после предшествующих операций или мочевых затеков.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 5 (62,5%) из 8 пациентов. Они не являлись тяжелыми (градация I или II по Clavien-Dindo). Наиболее частой проблемой было об-

стрение пиелонефрита и подтекание мочи из послеоперационной раны. Среди специфических осложнений необходимо выделить выраженную дизурию, которая обнаруживалась только у 2 (25%) больных. Уменьшение емкости мочевого пузыря со стойкой гиперактивностью было зафиксировано через 2 месяца после операции в одном случае, однако при контрольном исследовании через год данная проблема уже не была обнаружена. Хроническая задержка мочи (70 мл) также наблюдалась у одного пациента и разрешилась в течение 2 месяцев на фоне терапии адреноблокаторами.

Общее число позитивных отдаленных результатов (хороший + удовлетворительный результат) составило 75%. Два плохих результата были зафиксированы после синхронных хирургических вмешательств. В одном случае отмечено повторное стенозирование обоих мочеточников выше анастомоза с тубуляризованным пузырным лоскутом. Пациентке выполнены повторные операции Боари с обеих сторон с формированием новых лоскутов. Операции проводились через брюшную полость с интервалом в 3 месяца. Мочеточник справа был замещен до уровня его верхней трети, слева – до уровня средней трети. Во втором случае имело место стенозирование одного мочеточника на уровне уретеролоскутного анастомоза. У данной больной имелись значительные изменения стенки мочевого пузыря после его массивной ятрогенной травмы. Повторная операция с резекцией суженного участка и наложением нового уретеролоскутного анастомоза сопровождалась хорошими отдаленными результатами.

Рассматривая проблему использования двусторонних тубуляризованных лоскутов мочевого пузыря, необходимо прежде всего оценить приоритеты и недостатки синхронных (одноэтапных) и метахронных (двухэтапных) операций. Безусловно, реконструкция обоих мочеточников, выполненная одновременно, значительно уменьшает сроки выздоровления больного. Этот хирургический подход можно считать абсолютно показанным в случаях интраоперационной идентификации двусторонней мочеточниковой травмы. Однако в нашей работе такие ситуации имели место только у 2 (25%) пациентов. В остальных 6 наблюдениях травма мочеточников была обнаружена в среднем через $3,8 \pm 2,9$ суток. В этих случаях врач должен оценить множество факторов, которые включают объем травмы, уровень повреждения мочеточников, объем уриномы, наличие мочевого перитонита, состояние мочевого пузыря и общее состояние пациента.

Главным вопросом, который возникает перед хирургом, планирующим синхронные двусторонние операции Боари, является вопрос об адекватности объема мочевого пузыря для формирования двух лоскутов. Будет ли достаточно тканей мочевого пузыря? В своем исследовании мы использовали синхронные двусторонние операции у 4 пациентов (двуэтапные также у 4). У 2 из них проводилась реконструкция только нижних третей обоих мочеточников, у одного – средней трети справа и нижней трети слева. Еще у одной пациентки выполнена уретеральная реконструкция до уровня средней трети обоих мочеточников. Оценка отдаленных результатов показала 2 негативных результата в этой подгруппе. В одном случае имел место некроз и фиброзные изменения дистальных частей обоих мочеточников из-за недооценки их жизнеспособности при первой операции, а во втором наблюдении структура лоскутно-уретерального анастомоза из-за плохого кровоснабжения лоскута у больной с тяжелой травмой мочевого пузыря во время гинекологического вмешательства. У пациентов с двухэтапными операциями отмечены только позитивные результаты. В связи с этим мы являемся приверженцами двухэтапных метахронных операций и аргументируем свое мнение с нескольких позиций. Во-первых, тканей мочевого пузыря может быть недостаточно для восстановления протяженных дефектов мочеточника. Поэтому лучше осуществить восстановление мочеточника с помощью лоскута адекватной длины и через несколько месяцев, после восстановления емкости мочевого пузыря выполнить вторую лоскутную пластiku. Во-вторых, мы должны учитывать параметры мочевого пузыря после операции. Для коррекции двух уретеральных дефектов, особенно при двусторон-

ней реконструкции до средней трети мочеточника, может потребоваться большая часть мочевого пузыря. У наших пациентов объем мочевого пузыря варьировал от 300 до 500 мл и составлял в среднем $400,0 \pm 80,2$ мл, отсутствовали признаки гипомоторного или гиперактивного мочевого пузыря. Этой емкости было достаточно для формирования двух лоскутов средней длины 10 см и 9,3 см. Однако среди специфических постоперационных осложнений были зафиксированы дизурические жалобы в 2 (25%) случаях, а временное снижение емкости мочевого пузыря – у одного (12,5%) больного. Нужно также принимать во внимание, что синхронное формирование двух лоскутов требует максимальной мобилизации мочевого пузыря, что также негативно оказывается на его кровоснабжении и иннервации и как следствие на функциональных возможностях.

Хорошее функциональное состояние мочевого пузыря является главным фактором успеха операции Боари, так как адекватная длина лоскута и его хорошее кровоснабжение в большинстве случаев позволяют выполнить надежную реконструкцию с позитивным результатом. Поэтому мы считаем двусторонние синхронные пластики пузырным лоскутом противопоказанными, если у пациента в анамнезе имеются указания о предшествующих реконструктивных операциях на мочевом пузыре, об использовании лучевой терапии и выраженных рубцовых изменениях в области таза.

Заключение. Операция Боари является эффективным и безопасным методом уретеральной реконструкции при дефектах обоих мочеточников. Двуэтапные операции имеют приоритеты перед синхронной двусторонней реконструкцией за счет более высокого уровня позитивных отдаленных результатов.

ПОВТОРНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЧЕТОЧНИКА ПОСЛЕ НЕУДАЧ ОПЕРАЦИИ БОАРИ

В.Н. Демченко, Д.В. Щукин, И.А. Гарагатый, Г.Г. Хареба

Харьковский национальный медицинский университет

Введение. В современной литературе отсутствуют какие-либо сообщения о повторном использовании операции Боари при неэффективности первичной лоскутной пластики мочеточника. Мы провели ретроспективную оценку результатов повторной уретеральной реконструкции у пациентов с плохими

результатами первичной пластики мочеточника с помощью тубуляризованного пузырного лоскута.

Материал и методы исследования. С 2011 по 2019 год по методике Боари в клинике был оперирован 81 пациент с повреждениями мочеточников. У 7 (8,6%) из них операции осущес-

ствлялись повторно после недостаточности первичной лоскутной реконструкции.

Средний возраст 5 женщин и 2 мужчин, вошедших в исследование, составил $40,9 \pm 8,8$ лет. Спектр патологии мочеточника был представлен ятрогенной травмой (85,7%) и необходимости его резекции при раке мочевого пузыря (14,3%). Травматические повреждения включали гинекологическую (71,4%) и проктологическую (14,3%) травму.

Двусторонние дефекты мочеточника имели место у 2 (28,6%) больных, которым были проведены первичные синхронные двусторонние вмешательства. У 1 (14,3%) больной при установлении диагноза обнаружены массивные уриномы забрюшинного пространства. Дефекты мочеточников локализовались в нижней трети с обеих сторон в 1 (14,3%) случае и в средней трети с обеих сторон – также в 1 (14,3%). При унилатеральных операциях уровни уретеральных повреждений достигали нижней трети мочеточника у 2 (28,6%) больных, средней трети у 3 (42,9%) пациентов. Средний объем мочевого пузыря перед первичной операцией Баари составлял $371,4 \pm 83,9$ мл.

Семи пациентам было проведено 8 повторных операций (7 – унилатеральных и 1 – билатеральная). В одном случае при двусторонних структурах мочеточников хирургические вмешательства осуществлялись раздельно с обеих сторон с интервалом 3 месяца. Средний период между первой и второй операцией во всей группе составлял $5,1 \pm 2,2$ месяца. Средний объем мочевого пузыря перед второй операцией был $307,1 \pm 67,3$ мл. Различия емкости мочевого пузыря перед первой и второй операцией не являлись достоверными ($p > 0,68$). Основной причиной плохого результата первичной операции были некротические и рубцовые изменения дистальной части мочеточника (7 (87,5%) из 8 операций). В одном (12,5%) случае отмечалось склерозирование дистальной части пузырного лоскута.

Повторные операции выполняли из забрюшинных доступов в подвздошных областях в 2 (25%) случаях, тогда как в 6 (75%) наблюдениях из-за выраженных рубцовых изменений в забрюшинном пространстве использовались лапаротомные подходы.

У 3 больных для реконструкции мочеточника применялась повторная лоскутная пластика, включая одну пациентку с двусторонними повторными операциями. При этом использовалась оригинальная модификация тубулярной лоскутной пластики, которая заключается в формировании лоскута оптимальной длины и ши-

рины за счет его множественных поперечных надрезов, а также в фиксации мочеточника к лоскуту минимальным количеством швов только на уровне адвенциального слоя мочеточника. Уретральный катетер удаляли через 2 недели, а мочеточниковый стент через 2 месяца с момента операции.

У 4 пациентов оперативное вмешательство заключалось не в повторной тубуляризованной лоскутной пластике, а в резекции суженной или облитерированной части мочеточника с наложением анастомоза конец в конец между лоскутом и мочеточником. При этом не использовались какие-либо антирефлюксные методики.

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, выраженная дизурическая симптоматика). Средний период наблюдения за пациентами составлял $13,1 \pm 1,5$ месяца.

Результаты. Протяженность дефектов мочеточников варьировала от 0,5 см до 3,5 см. Длина повторного пузырного лоскута составляла от 7 до 18 см и была незначительно больше длины первичного лоскута во всех 4 наблюдениях ($p > 0,16$). Общая частота интраоперационных осложнений достигала 25,0%. В одном случае имело место тяжелое осложнение, связанное с повреждением общей подвздошной артерии, необходимостью ее протезирования и обильным кровотечением. Во втором случае было зафиксировано кровотечение объемом более 500 мл, которое являлось следствием рубцовых и воспалительных изменений в забрюшинном пространстве после предшествующих операций или мочевых затеков.

Послеоперационные осложнения наблюдались в 3 (37,5%) из 8 наблюдений. Они не являлись тяжелыми (градация I или II по Clavien–Dindo), разрешались консервативно и не нуждались в хирургической коррекции (обострение пиелонефрита). Каких-либо специфических осложнений, включающих выраженную дизурию или хроническую задержку мочи, обнаружено не было ни в одном из случаев. Через 6 месяцев

после операции уменьшение емкости мочевого пузыря со стойкой гиперактивностью также не было зафиксировано ни у одного из пациентов.

Общее число хороших отдаленных результатов составило 87,5%. Один (12,5%) удовлетворительный результат был связан с длительным существованием уретеропиелоэктазии при отсутствии ухудшения почечной функции. У 2 из 4 пациентов, которым производилась резекция зоны анастомоза с наложением повторного анастомоза между мочеточником и пузырным лоскутом при дальнейшем наблюдении отмечались явления пузырно-мочеточникового рефлюкса, который не был клинически значимым.

Основным аргументом противников уретеральной реконструкции с помощью операции Баари является недостаточное кровоснабжение тубуляризованного пузырного лоскута, которое рассматривается, как главная причина неудач такого подхода. Анализ наших негативных результатов пластики мочеточника пузырным лоскутом продемонстрировал, что среди патологических изменений реконструированного участка верхних мочевых путей в 7 (87,5%) из 8 случаев преобладали фиброзные или некротические изменения дистальной части мочеточника. Их протяженность составляла в среднем $2,0 \pm 1,3$ см. В 3 из 8 случаев длина уретерального дефекта ограничивалась 1 см, в остальных наблюдениях протяженность резерцированного участка мочеточника варьировала от 1,5 до 3,5 см. Только у одного больного причиной неудачи были склеротические изменения непосредственно пузырного лоскута. Таким образом, главной причиной негативных результатов по данным нашего исследования явилась недооценка ишемических нарушений дистальной части мочеточника. Нужно учитывать, что визуальная оценка жизнеспособности уретеральных тканей весьма субъективна. Электроуретеромиографическое исследование, хотя и обеспечивает более детальную информацию, является плохо воспроизводимым, а также может сопровождаться неопределенными результатами. Поэтому с нашей точки зрения наиболее адекватным практическим выходом из этой ситуации можно считать формирование более протяженного пузырного лоскута и ре-

зекцию мочеточника на 1,5–2,0 см выше зоны видимых ишемических изменений.

Наш опыт свидетельствует, что наиболее надежным способом решения проблемы излишнего натяжения мочеточника и его сдавления в тубуляризованном лоскуте является возможность удлинения лоскута без ущерба его кровоснабжению. Для этого мы использовали оригинальную модификацию тубулярной пластики мочевого пузыря, которая позволяет создать лоскут оптимальной длины и ширины за счет первоначального выкраивания максимально широкого лоскута с его последующим формированием за счет множественных поперечных надрезов. При этом сохраняется широкое основание лоскута, а его удлинение происходит за счет незначительного уменьшения ширины на нескольких участках. Такая хирургическая техника позволяет увеличить длину лоскута на 4,0–5,0 см. Главное преимущество нашей модификации мы видим в возможности дозированного влияния на геометрические параметры лоскута без уменьшения ширины его основания.

Нужно отметить, что повторные операции Баари были выполнены в 50% наблюдений. Емкость мочевого пузыря у данных пациентов составляла 300 мл, 400 мл и 250 мл. Во всех случаях удалось сформировать более протяженные лоскуты, чем при первичных операциях. В одном из наблюдений использовали два повторных лоскута с интервалом между операциями 3 месяца. При этом мы не отметили серьезных послеоперационных осложнений, связанных с функцией мочевого пузыря.

У 4 пациентов в связи с небольшой протяженностью сужений реконструированного участка мочеточника удалось выполнить его резекцию с повторным наложением уретеролоскутного анастомоза. Хорошие отдаленные результаты подтвердили адекватность такого хирургического подхода.

Заключение. Повторные реконструкции мочеточника с сохранением первичного пузырного лоскута или с формированием повторного лоскута являются эффективным методом коррекции негативных результатов первичной операции Баари.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ТУБУЛЯРНЫМ ЛОСКУТОМ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ

В.Н. Демченко, Д.В. Щукин, Г.Г. Хареба, И.М. Антонян, А.В. Мальцев

Харьковский национальный медицинский университет

Введение. Пластика мочеточника тубуляризованным лоханочным лоскутом является относительно редкой опцией уретеральной реконструкции. В литературе присутствуют лишь единичные отчеты об использовании тубулярной пиелоуретеральной пластики. В настоящее время еще не разработаны показания к этому виду хирургической техники, а также не изучены результаты ее применения у различных групп пациентов, нуждающихся в реконструкции лоханочно-мочеточникового сегмента и/или верхней трети мочеточника. Мы представляем ретроспективную оценку опыта данной хирургической техники в одном специализированном центре.

Материал и методы. В исследование включены 73 пациента, которым была выполнена реконструкция лоханочно-мочеточникового сегмента и/или верхней трети мочеточника с помощью тубуляризованного лоханочного лоскута с 2013 по 2020 год.

Среднее значение возраста 31 мужчины (42,5%; $41,4 \pm 3,1$ года) и 42 женщин (57,5%; $38,7 \pm 2,4$ года) составило $39,8 \pm 1,9$ лет ($\min=18$; $\max=76$) ($p>0,614$).Правосторонние и левосторонние операции были проведены в 47 (64,4%) и 26 (35,6%) случаях соответственно ($p<0,001$). Единственная почка имела место у 1 (1,4%) пациента. Еще у 2 (2,7%) больных обнаружена подковообразная почка. Тубулярная пластика выполнялась в качестве первичной операции в 50 (68,5%) наблюдениях. У 23 (31,5%) пациентов данная реконструкция осуществлялась, как вторичное или «сальважное» хирургическое вмешательство. Все пациенты были разделены на две группы: I – протяженные структуры верхней трети мочеточника ($n=14/19,2\%$) и II – патология лоханочно-мочеточникового сегмента, связанная с уретеро-вазальным конфликтом ($n=59/80,8\%$).

В I группе преобладали вторичные операции, связанные с ятрогенными причинами (85,7%; 12 из 14 случаев). Одна предшествующая операция имела место у 7 (58,3%), две – у 3 (25%) и три у 2 (16,7%) пациентов. В 8 (66,7%) наблюдениях формирование структур было свя-

зано с операциями по поводу гидронефроза, в 4 (33,3%) – с хирургическим лечением мочекаменной болезни, включая нефролитолапаксии, уретеролитотрипсии, открытые пиелолитотомии. Протяженность структур варьировала от 3,0 см до 10,0 см и составляла в среднем $5,1 \pm 0,49$ см. У 2 (14,3%) пациентов I группы показанием к выполнению первичной пластики мочеточника тубулярным лоскутом лоханки служили врожденные сужения мочеточника длиной 6 см и 10 см. Камни в просвете полостной системы почки имели место у 4 (28,6%) из 14 больных.

Во II группе вторичные операции выполнялись достоверно реже, чем в I группе (18,6% по сравнению с 85,7%; $p<0,001$) и были связаны исключительно с неудовлетворительными результатами операций по Андерсен–Хайнсу у пациентов с уретеровазальным конфликтом в области лоханочно-мочеточникового сегмента.

В 3 (21,4%) наблюдениях у больных I группы зафиксированы поясничные мочевые свищи, возникшие после предварительных хирургических вмешательств. Признаки острого пиелонефрита при поступлении в клинику отмечались у 6 (42,9%) больных I группы и у 8 (13,6%) II группы ($p<0,015$). Толщина почечной паренхимы во всей исследованной выборке варьировала от 10 до 20 мм (в среднем $16,0 \pm 0,32$ мм) и достоверно отличалась в I и II группе ($14,4 \pm 0,54$ мм по сравнению с $16,4 \pm 0,35$ мм; $p<0,012$). Среднее значение креатинина крови и скорости клубочковой фильтрации составляли $90,4 \pm 2,0$ мкмоль/л ($\min=60$; $\max=126$) и $75,3 \pm 1,9$ мл/мин ($\min=40$; $\max=120$) соответственно. Эти показатели имели достоверные различия в обеих исследованных группах ($100,4 \pm 5,1$ мкмоль/л и $88,1 \pm 2,0$ мкмоль/л; $p<0,020$) для среднего значения креатинина крови; $69,1 \pm 3,1$ мл/мин и $76,7 \pm 2,0$ мл/мин; $p<0,047$ для скорости клубочковой фильтрации).

Все операции были проведены открытым путем. В группе пациентов с гидронефрозом, связанным с уретеровазальным конфликтом, техника операции заключалась в перемещении зоны анастомоза ниже его перекреста с нижнеполярными сосудами путем рассечения лоханки сверху

вниз и формирования тубулярного лоханочного лоскута.

В группе с протяженными дефектами верхней трети мочеточника применялась сходная хирургическая техника. Однако, в связи с тем, что у всех этих пациентов было необходимо формирование лоскутов максимальной протяженности, использовали модифицированную технику лоханочной тубулопластики. Она заключалась в проведении 3 неглубоких поперечных надрезов ножницами с каждой стороны лоскута с интервалом 5–7 мм, отступая на 5 мм от его основания. Этот маневр позволял удлинить лоскут на 2 см. При наличии натяжения в зоне анастомоза в дополнение к удлинению лоскута использовали полную мобилизацию почки.

Средний период наблюдения составил $19,4 \pm 1,2$ (от 10 до 60) месяца. Результаты оценивали через 3, 6, 12 месяцев после операции и при дальнейших ежегодных визитах на основании анализа жалоб пациентов, клинической картины, уровня креатинина и скорости клубочковой фильтрации, данных ультрасонографии, МСКТ или экскреторной урографии. Функциональные результаты разделяли на три вида: хорошие (отсутствие жалоб и обструктивных изменений при визуальных методах исследования, отчетливая визуализация просвета анастомоза, почечная функция хорошая); удовлетворительные (отсутствие жалоб, хорошая почечная функция, умеренные обструктивные изменения, просвет анастомоза визуализируется нечетко) и плохие (обструктивные изменения, просвет анастомоза не визуализируется, ухудшение почечной функции, частые обострения пиелонефрита, жалобы на боли в области почки).

Результаты. Средняя продолжительность хирургических вмешательств во всей выборке составляла $106,3 \pm 2,7$ минуты и была значительно больше в I группе ($141,4 \pm 4,9$ по сравнению с $97,9 \pm 1,9$ минуты соответственно для I и II групп; $p < 0,001$). Длина лоханочного лоскута варьировалась от 2,5 до 10,0 см и достигала в среднем $4,0 \pm 0,2$ см. Этот параметр существенно отличался в обеих группах ($6,0 \pm 0,45$ и $3,5 \pm 0,11$ см соответственно для I и II групп; $p < 0,001$).

Общая частота интраоперационных осложнений не превышала 5,5% (4 пациента из 73). Во всех случаях они были связаны с тяжелыми рубцовыми и воспалительными изменениями в забрюшинном пространстве после предшеству-

ющих неоднократных операций и заключались в повреждении почечных сосудов при мобилизации лоханки. Данное осложнение отмечалось у 3 (21,4%) пациентов первой группы и только у 1 (1,7%) во второй группе ($p < 0,005$). Все дефекты сосудов были успешно ушиты проленовыми швами, при этом клинически значимые кровотечения (более 500 мл) зафиксированы только у 2 (14,3%) больных первой группы ($p < 0,004$).

Ранние послеоперационные осложнения наблюдались у 14 (19,2%) из 73 больных и преобладали в первой группе – 42,9% (13,6% во второй группе; $p < 0,015$). Зарегистрированные осложнения не были тяжелыми, разрешались консервативно и не требовали хирургической коррекции (градация по Clavien–Dindo < 3). Наиболее частой проблемой было обострение пиелонефрита. Подтекание мочи из раны имело место у 3 (4,1%) пациентов и купировалось самостоятельно в среднем через 14 суток.

Общее число позитивных отдаленных результатов (хороший + удовлетворительный результат) составило 97,3%. Два плохих результата были зафиксированы только у пациентов первой группы с протяженными рецидивными структурами. Один из них перенес нефрэктомию, у второго выполняется периодическая замена мочеточникового стента. Во второй группе в 3 (5,1%) случаях отмечены удовлетворительные результаты.

Специфическая деформация тубулярного лоханочного лоскута лоханки, которая заключалась в неравномерном расширении этого участка мочевых путей была отмечена у 13 (17,8%) пациентов. В 7 (53,8%) из этих 13 наблюдений во время операции использовалась методика формирования лоскута путем поперечного пересечения лоханки. Плохих результатов у данных больных выявлено не было, тогда как удовлетворительные результаты имели место в 2 (15,4%) наблюдениях.

Заключение. 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 структурами верхней трети мочеточника, но и у больных с гидронефрозом, связанным с уретеровазальным конфликтом.

ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ ФЕРМЕНТАТИВНОЇ АКТИВНОСТІ N-АЦЕТИЛ-I-D-ГЛЮКОЗАМИНІДАЗИ У МОНІТОРИНГУ КОРИГУЮЧОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВПЛИВУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ГОСТРОМУ ПІЕЛОНЕФРИТІ, УСКЛАДНЕНОМУ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

C.O. Борисов, Ф.I. Костєв, О.В. Борисов

Одеський національний медичний університет

Проблема співдружнього перебігу гострого піелонефриту (ГП) та цукрового діабету (ЦД), обумовлює загрозу незворотного розвитку діабетичної нефропатії (ДН). Є важливим дослідження активності лізосомального ферменту N-ацетил-I-D-глюкозамінідази – раннього маркера пошкодження ниркових ультраструктур у плазмі крові, тканині нирки та сечі за умов медикаментозного впливу в експерименті. Однією з причин активації цього ферменту при цукровому діабеті може бути накопичення в судинах глікозаміногліканів та гліокон'югатів, в деградації яких N-ацетил-I-D-глюкозамінідаза бере участь.

Мета: дослідити вплив порушення мембранистих структур лізосом нирок при медикаментозному впливі на перебіг ГП при супутньому ЦД I та II типів на підставі вивчення активності ферменту N-ацетил-I-D-глюкозамінідази в плазмі крові, тканині нирок та сечі щурів.

Моделі цукрового діабету I та II типів були відтворені за методикою Байрашевої В.К., 2015, гострого піелонефриту – за методикою Авер’янової Н.К., 2008. Експериментальні дослідження проводились на 122 щурах лінії Вістар, вагою 200–300 г., які були розподілені на 8 груп: контрольна група – норма (n=14), тварини з гострим піелонефритом (ГП) (n=18), дві групи тварин з ГП та ЦД I типу (n=15) та II типу (n=16), дві групи тварин з ГП та ЦД I типу (n=16) та II типу (n=14) з етіотропним медикаментозним впливом (ЕМВ), дві групи тварин з ГП та ЦД I типу (n=14) та II типу (n=15) з етіопатогенетичним медикаментозним впливом (ЕПМВ). При ЕМВ у групах тварин з діабетом I та II типу при ГП застосовували внутрішньом’язово антибіотик «Гепацеф» в дозі 60 мг/кг ваги тварини на добу протягом 14 днів після моделювання ГП.

При ЕПМВ в групах тварин при ГП на тлі цукрового діабету I та II типів, крім внутрішньом’язового введення антибіотика «Гепацеф» в дозі 60 мг/кг ваги тварини на добу, отримували метаболізмкоригуючі лікарські засоби: перорально препарат «Нуклекс» з розрахунку по 21 мг/кг на добу та внутрішньом’язово препарат «Армадин» 4,5 мг/кг ваги на добу протягом 14 днів після моделювання гострого піелонефриту. Через 28 діб після початку моделювання щурів виводили з експерименту.

При застосуванні ЕМВ у тварин з ГП та супутнім ЦД I типу активність N-ацетил-I-D-глюкозамінідази в сечі була суттєво підвищена по відношенню до норми (274,1%, p<0,001) та до групи тварин з ГП (125,3%, p<0,05). При застосуванні ЕМВ активність N-ацетил-I-D-глюкозамінідази в сечі щурів вірогідно не відрізнялась від даних групи тварин з ГП при супутньому ЦД II типу та лише з ГП, а по відношенню до норми була вірогідно підвищена на 152,4%. При застосуванні ЕПМВ, у порівнянні з даними групи тварин без МВ вона суттєво знижувалась до 50,1%, а відносно групи щурів, які отримували ЕМВ активність вірогідно знизилась до 59,2%.

При застосуванні ЕМВ активність N-ацетил-I-D-глюкозамінідази в плазмі крові тварин з ГП при ЦД I типу була підвищена на 69,8% (p<0,001) та на 52,8% (p<0,001) при ЦД II типу, а активність лізосомальної N-ацетил-I-D-глюкозамінідази в тканинах нирок була знижена на 40,1% (p<0,001) при ГП на тлі ЦД I типу та на 32,8% (p<0,001) при ГП на тлі ЦД II типу по відношенню до норми.

Встановлено, що застосування ЕПМВ у групі тварин з ГП при супутньому ЦД I та II типів сприяло подальшому зниженню активності N-ацетил-I-D-глюкозамінідази в плазмі крові та підвищенню активності цього ферменту в лізо-

сомах тканини нирок. Так, активність ферменту в плазмі крові тварин з ГП була знижена 20,9% ($p<0,05$) при ГП на тлі ЦД I типу та на 20,2% ($p<0,05$) при ГП на тлі ЦД II типу по відношенню до групи, яка отримувала ЕМВ. Активність лізосомальної N-ацетил-I-D-глюкозамінідази в тканинах нирок була підвищена на 20,7% ($p<0,05$) при ГП на тлі ЦД I типу та на 20,9% ($p<0,05$) при ГП на тлі ЦД II типу відносно тварин з ЕМВ.

Таким чином, на підставі отриманих даних можна стверджувати про наявність доказового позитивного впливу застосування ЕПМВ у щурів з ГП та ЦД на стабілізацію лізосомальних мембрани нирок.

Висновки

1. Встановлено патогенетичну роль супутнього цукрового діабету за умов експерименту у розвитку ниркових ускладнень при гострому пієлонефриті: при діабеті I та II типів активність N-ацетил-I-D-глюкозамінідази знижувалась в лізосомах нирок на 45,1% та на 39,6%, а в плазмі крові підвищувалась на 94,2% та на 79,6% відповідно по відношенню до норми. При порівнянні з відповідними показниками групи тварин з гострим пієлонефритом активність ферменту в лізосомах нирок становила 70,7% при I типі та 77,8% при II типі діабету, а в плазмі крові відповідно 139,2% та 128,7%, що свідчить про суттєве

пошкодження лізосомальних мембраних структур клітин проксимальних каналець нирок.

2. При моделюванні гострого пієлонефриту в сечі щурів виявлено підвищення активності N-ацетил-I-D-глюкозамінідази на 118,7% по відношенню до норми, а при супутньому цукровому діабеті активність ферменту істотно зросла — при діабеті I типу на 228,4% по відношенню до норми і на 50,2% відносно групи тварин з гострим пієлонефритом меншою мірою при пієлонефриті, ускладненому діабетом II типу — на 198,1% та 36,3% відповідно, що проявляється у вираженій ферментоурії.

3. Виявлений виражений позитивний вплив етіо-патогенетичного втручання на активність N-ацетил-I-D-глюкозамінідази в лізосомах ниркової тканини, плазми крові та сечі у щурів з відтвореним гострим пієлонефритом та супутнім цукровим діабетом I та II типів зумовлений антиоксидантною, мебраностабілізуючою, протизапальнюю дією застосованих лікарських засобів, що довели ефективний нефропротективний вплив, який реалізується шляхом нормалізації метаболічних процесів у нирковій тканині та відновлення цілісності мембраних структур епітелію проксимальних каналець нефронів — є експериментальним підтвердженням доцільності запропонованого нами медикаментозного впливу при досліджуваному патологічному стані.

ЗБІЛЬШЕННЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА ШЛЯХОМ ІН'ЄКЦІЙНОГО ВВЕДЕННЯ СУМІШІ ПОЛІМОЛОЧНОЇ ТА ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ

M.I. Бойко¹, M.C. Ноцек²

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

² Клініка «Андроцентр»

Актуальність. Процедура аугментаційної фалопластики набирає популярність наразі у нашій країні та широко проводиться за кордоном (Yang et al.). На даний момент актуальним є питання вибору методики та препарату для потовщення статевого прутня, які б відповідали критеріям: безпечності для пацієнта, швидкий виражений ефект, малоінвазивність, тривалість ефекту. Ін'єкційне введення полімолочної кислоти для аугментаційної пластики м'яких тканин успішно використовується вже більше 20 років у Європі (Bartus C. et al.) та в Україні. За цей час була доведена безпечності даного препарату.

Мета. Досягти швидкого (за рахунок гіалуронової кислоти) та довготривалого ефекту (за рахунок полімолочної кислоти) потовщення статевого члена. Проаналізувати результати.

Матеріали та методи. Процедуру введення філера було проведено 60 чоловікам. Для дослідження використовувався препарат, що є сумішшю гелю гіалуронової та полімолочної кислот. Препарат сертифіковано для використання в Україні. Кожному пацієнту було введено близько 20 мл препарату. Вимірювання проводились до маніпуляції, через 1 місяць після, та через 20 місяців. Всі чоловіки пройшли консультацію психіатра з приводу пенільної дисморфофобії.

Статистична обробка проводилась за допомогою пакету IBM SPSS, всі результати статистично достовірні ($p<0,05$).

Результати. Товщина члена перед процедурою у середньому становила $8,4\pm0,13$ см. Через 1 місяць після введення середня товщина статевого члена піддослідних становила $12,45\pm0,13$ см. Середня товщина через 20 місяців скла-ла $11,75\pm0,12$ см. Таким чином, середнє збільшення на 1 місяць – $4,05\pm0,06$ см та на 20-й – $3,35\pm0,07$ см. Було зафіковано 5 випадків ускладнень: 4 випадки гранульом (2,4%) та 1 випадок утворення гематоми (0,6%).

Наше дослідження демонструє значне потовщення статевого прутня після проведеної процедури (на 1-му місяці) та у віддаленому

періоді (20 місяців), подібні результати були також оприлюднені Yang et al. (2019). Цей результат досягається за рахунок гіалуронової кислоти, котра виконує роль матриці і забезпечує миттєве потовщення, у той же час, пролонгація ефекту досягається завдяки полімолочній кислоті, котра поступово починає діяти, спонукаючи утворення власної сполучної тканини у піддослідних.

Висновки. Дані вище показують, що представлений метод значно збільшує товщину фалоса, ефект зберігається через 1 місяць після ін'єкції і триває більше 20 місяців без значних змін. Це забезпечує більш швидкий, видимий і довготривалий косметичний ефект. Процедура є малоінвазивною та безпечною, а пацієнти потребують мало часу для реабілітації.

СНИЖЕНИЕ НЕФРОТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ЦИСПЛАТИНА У КРЫС ПРИ ВВЕДЕНИИ ХЛОРИСТОГО ХОЛИНА

М.Г. Яковенко, В.В. Россихин, В.В. Мегера, А.В. Бухмин

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина
Харьковская медицинская академия последипломного образования

Введение. Цисплатин является эффективным средством лечения ряда злокачественных опухолей (в том числе, рака мочевого пузыря), но обладает выраженным нефротоксическим действием.

Цель исследования: выявление возможностей фармакоренопroteкции у крыс, подвергшихся воздействию субтоксической дозой цисплатина.

Материалы и методы. Эксперимент проводился на 22 крысах-самцах линии 30/UCAN. Контроль составляли изучаемые показатели девяти крыс той же линии.

Результаты исследования. На 5-е сутки после однократного внутрибрюшинного введения препарата в дозе 5 мг/кг массы тела у крыс развивается острая почечная недостаточность. Содержание мочевины в сыворотке крови повышается с $5,5\pm1,2$ до $78,4\pm14,5$ ммоль/л, уменьшается клубочковая фильтрация, клиренс креа-

тинина падает с $13,7\pm1,7$ мл/ч-100 г массы тела до $3,8\pm2,1$ мл/ч-100 г массы тела, снижается способность почки экскретировать введенную водную нагрузку.

Через 5 суток после введения крысам хлористого холина (290 мг/кг массы тела внутрибрюшинно) за 40 мин до инъекции цисплатина содержание мочевины в сыворотке крови было $7,3\pm0,4$ ммоль/л, клиренс креатинина – $16,6\pm1,8$ мл/ч-100 г массы тела.

Не наблюдалось различий в экскреции водной нагрузки – в контрольной группе животных диурез составлял $1,59\pm0,09$ мл/ч-100 г массы тела, у экспериментальных – $1,75\pm0,16$ мл/ч-100 г массы тела.

Выводы. Таким образом, предварительное введение хлористого холина до инъекции цисплатина предотвращает у крыс развитие острой почечной недостаточности, вызываемой этим препаратом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРИЦИКЛИЧЕСКОГО АНТИДЕПРЕССАНТА МЕЛИПРАМИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

A.V. Бухмин, В.В. Мегера, В.В. Россихин, С.В. Суманов

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Введение. Гиперчувствительность мочевого пузыря (ГАМП) является весьма частой патологией, особенно у женщин. При этом больных беспокоит учащение мочеиспускания, обычно малыми порциями мочи, появление императивных позывов, иногда приводящих к ургентному недержанию мочи. Подобные жалобы не являются специфичными для ГАМП, а могут иметь место и при других вариантах дисфункции нижних мочевых путей, в частности, при гиперактивности детрузора. Точная диагностика ГАМП возможна только на основе современных уродинамических исследований. Наличие ГАМП подтвержденным, если во время цистометрии наполнения первый позыв возникает менее, чем при 75 мл, максимальная цистометрическая емкость мочевого пузыря не превышает 400 мл и при этом отсутствуют непроизвольные сокращения детрузора (Jarvis G.J., 1982).

Причиной ГАМП является снижение порога чувствительности рецепторов мочевого пузыря. Это может иметь место при цистите, в том числе интерстициальном, наличии камней или новообразований мочевого пузыря. Весьма часто органическая причина развития гиперчувствительности не выявляется, и тогда она обозначается как идиопатическая. Причины возникновения последней до конца не известны. Высказываются предположения о наличии у таких больных врожденных дефектов тоно- и волюморецепторов, дисбаланса пептидов и других нейротрансмиттеров, первичном или приобретенном миогенном дефекте, гиперактивации миционного рефлекса (Elbadawi A. et al., 1993; Petros P., UImsten U., 1993; Chappie C.R., Smith D., 1994). Больные с идиопатической ГАМП обычно долго и безуспешно лечатся с диагнозами хронический цистит, цисталгия и т.д., и только проведение уродинамического обследования позволяет поставить точный диагноз и определить тактику лечения.

Лечебные мероприятия у таких больных должны быть направлены на торможение сократительной активности детрузора, уменьшение

порога чувствительности и увеличение емкости мочевого пузыря. Этим требованиям отвечают трициклические антидепрессанты, в частности мелипрамин (имиપրամին) (Castleden CM. et al., 1981). Установлено, что препараты этой группы обладают по крайней мере тремя фармакологическими эффектами: 1) имеют центральное и периферическое антихолинергическое действие; 2) блокируют ферменты, ответственные за метаболизм аминовых нейротрансмиттеров норадреналина и серотонина в пресинаптических нервных окончаниях; 3) обладают седативным действием, которое, возможно, связано с их антигистаминными свойствами.

Цель исследования. Изучение эффективности мелипрамина в лечении больных, страдающих ГАМП.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 18 человек, обратившихся по поводу выраженной дизурии и неврастении. Это были женщины в возрасте от 19 до 53 лет, в среднем $31,2 \pm 10,4$ года. Все они длительное время получали лечение по поводу предполагавшихся хронического цистита, цисталгии и др. Результаты проведенного в клинике обследования, включавшего цистоскопию и посев мочи, позволили исключить наличие инфекции, камней или новообразований мочевого пузыря. Мелипрамин назначали по 25 мг 3 раза в день в течение 1 месяца. До начала лечения и в течение 3 дней после его окончания больным выполняли водную цистометрию. В эти же сроки больные заполняли дневники мочеиспускания в течение 2 суток, где отмечали частоту мочеиспускания и объем выделенной мочи при каждом мочеиспускании.

Цистометрию проводили на уродинамической установке DANTEC «MENUET» (Дания). При ее выполнении устанавливали катетер в прямую кишку для измерения абдоминального давления, через двухходовой трансуретральный катетер мочевой пузырь наполняли стерильной жидкостью со скоростью 50 мл/сек и одновременно с абдоминальным измеряли давление в

мочевом пузыре. Определяли также объем введенной в него жидкости к моменту возникновения первого позыва на мочеиспускание (Vi) и максимальную цистометрическую емкость мочевого пузыря (Vmax).

Результаты исследования. Применение мелипрамина привело к значительному улучшению самочувствия больных. Оно проявлялось существенным уменьшением частоты мочеиспускания уже к концу 1-й недели от начала лечения. Так, если до начала лечения число мочеиспусканий за сутки было $16,5 \pm 3,4$, а средний объем одного мочеиспускания равнялся $77,2 \pm 34,2$ мл, то по окончании лечения эти показатели составили $10,1 \pm 3,2$ и $117,0 \pm 43,9$ мл соответственно. К концу лечения все больные отметили также исчезновение ощущения беспокойства и тревоги, связанной с ожиданием возникновения неудержимого позыва на мочеиспускание.

Клинические наблюдения об эффективности мелипрамина подтверждают также результаты уродинамического обследования пациентов до и после лечения. Максимальная цистометрическая емкость мочевого пузыря увеличилась с $231,8 \pm 46,3$ мл до $313,7 \pm 59,0$ мл. Отмечено также повышение объема наполнения мочевого пузыря к моменту появления первого по-

зыва на мочеиспускание (с $46,1 \pm 11,2$ мл до $96,5 \pm 14,7$ мл, $p < 0,05$). Результаты цистометрии, таким образом, свидетельствуют о повышении порога чувствительности рецепторов мочевого пузыря под влиянием мелипрамина, что определяет клиническое улучшение у этих больных.

Побочные эффекты мелипрамина имели место у 4 больных (22%). Они проявлялись в первую неделю лечения и выражались в слабости и незначительной сухости слизистой ротовой полости и ни в одном случае не привели к отмене препарата. Побочное действие препарата можно объяснить его выраженной холинолитической активностью.

Выводы. Таким образом, мелипрамин является достаточно эффективным средством лечения больных с ГАМП, сочетающегося с неврастеническим синдромом. Однако перед началом лечения необходимо при уродинамических исследованиях подтвердить ее наличие и исключить возможные органические причины повышения чувствительности мочевого пузыря. При недостаточной эффективности мелипрамина имеется возможность терапии ГАМП протокольными селективными фармпрепаратами — холинолитиками (оксибутинин, толтеродин тартрат и т.п.) и агонистами бета-3-адренорецепторов (мирабигрон).

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У МАЛЬЧИКОВ

*A.B. Бухмин, В.В. Россихин, И.А. Туренко,
В.В. Мегера, С.В. Суманов, И.Э. Зиновьев*

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Актуальность. Одной из медицинских причин, оказывающих влияние на численность населения, является рост заболеваний, приводящих к репродуктивной недостаточности у мужчин.

В этой связи вопросы охраны репродуктивного здоровья являются актуальной задачей государственного масштаба, составляя едва ли не главную медико-социальную проблему современного общества.

Целью исследования явилось выявление факторов репродуктивного риска у мальчиков при проведении профилактических осмотров.

Материалы и методы исследования. Проведение профилактических осмотров организованного контингента мальчиков.

Результаты и обсуждение. 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 хирургическими заболеваниями половых органов зависит состояние их fertильности в будущем.

Мужчина в течение длительного времени не воспринимался, как возможная и наиболее вероятная причина бесплодия в супружеской паре.

Что касается роли заболеваний детского возраста в структуре репродуктивного здоровья, то только в середине 80-х годов XX столетия после публикации ВОЗ серии обзоров по репродуктивному здоровью подростков «Adolescent reproductive health» данному вопросу стали уделять должное внимание.

Сегодня мы наблюдаем несогласованность в действиях между детскими урологами, хирургами и эндокринологами, что часто приводило к негативному конечному результату.

Отсутствие преемственности между детскими и взрослыми специалистами приводит к тому, что достаточно сложные пациенты в возрасте 14–18 лет «повисают» в пределах кабинета подросткового врача. Следствием такого положения вещей является выявление инкурабельного бесплодия у лиц репродуктивного возраста, раннее возникновение диспотенции у молодых мужчин.

Проводимые регулярные профилактические осмотры организованного контингента мальчиков сотрудниками кафедры общей, детской и онкологической урологии ХМАПО, а также врачами детского урологического отделения областного центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповалы позволили выявить целый ряд факторов репродуктивного риска. Надо отметить, что патология половых органов, требующая хирургической коррекции, у мальчиков обнаруживалась у 16,7–23,5% среди обследуемых детей, а структура заболеваний органов репродуктивной системы имела возрастные особенности.

При осмотре мальчиков грудного возраста выявлены следующие заболевания: патология крайней плоти (51,4%), аномалии вагинального отростка брюшины (19,7 %), которая была представлена водянкой яичка (10,2%), кистой семенного канатика (8,2%), паховой и мошоночной грыжей (1,3%), аномалии количества яичек – крипторхизм (2,7%).

В раннем детском возрасте патология крайней плоти выявлена у 53,1% детей, наблюдается снижение частоты заболеваний влагалищного отростка брюшины – до 11,5% (водянка яичка (5,1%), кистой семенного канатика (5,3%), паховой и мошоночной грыжей (1,1%) – чаще выявлялся крипторхизм (3,1%).

У детей дошкольного возраста болезни крайней плоти регистрируются с частотой 43,8%, патология вагинального отростка брюшины составляет 7,6%, аномалии положения яичка составляют 2,7%.

Структура заболеваний и функциональных расстройств органов репродуктивной системы у мальчиков раннего школьного возраста

представлена: патологией крайней плоти (41,2%), заболеваниями вагинального отростка брюшины (2,7%), аномалиями количества яичек (2,5%), гипотрофией и гипоплазией яичка (0,7%).

У детей среднего школьного возраста заболевания крайней плоти характерны для 31,7% осмотренных, заболевания вагинального отростка брюшины для 2,7%, варикоцеле 1,9%, аномалии количества и положения яичек у 1,3%, гипотрофия/гипоплазия яичка – у 1,1%.

У юношей старшего школьного возраста доминируют варикоцеле (17,3%), патология крайней плоти – 2,3%, заболевания вагинального отростка брюшины (3,7%), а также кисты придатка яичка и гитатид (1,7%). Кроме того, у 3,7–9,3% подростков выявлены инфекции, передающиеся половым путем.

Проведя оценку заболеваний половых органов у мальчиков были установлены факторы, определяющие репродуктивный риск среди которых: анорхизм (у 100% больных), односторонний криптоторхизм (у 20%), двусторонний криптоторхизм (у 65%). Факторами репродуктивного риска (у 40%) явились кисты придатка яичка, острая мошонка, и водянка яичка, левостороннее варикоцеле.

Неблагоприятным фактором, обуславливающим репродуктивный прогноз, также явилось развитие водянки яичка после оперативного лечения варикоцеле у 5,3% больных. Так, у 78% среди этих больных наблюдались астенозооспермии и увеличения числа незрелых форм сперматозоидов, при этом восстановление спермограммы после оперативного лечения отмечено только у 1/4 части больных.

Выводы. С целью раннего выявления патологии половых органов и факторов риска репродуктивных расстройств необходима массовая диспансеризация детей и подростков с обязательным участием детского уролога-андролога.

Опыт проведения профилактических осмотров и полученные данные о распространенности заболеваний репродуктивной системы могут быть использованы для дальнейшего планирования массовых профилактических осмотров, а также для планирования объема работы уролога детской поликлиники, стационара и контроля диспансерной группой.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН РІВНЯ ПСА КРОВІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ХАРАКТЕРУ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА ПОРУШЕННЯ СЕЧОВИПУСКАННЯ

M.A. Довбіш, O.M. Міщенко, I.M. Довбіш, C.A. Дюдюн

Запорізький державний медичний університет

Актуальність. Одним із відомих молекулярних маркерів захворювань передміхурової залози (ПЗ) є простатоспецифічний антиген (ПСА). Його рівень може зростати в залежності від характеру захворювання ПЗ, після статевого акту, на тлі гострої затримки сечі та катетеризації сечового міхура, масажу простати, тому рекомендовано проводити дослідження ПСА через 10–14 діб.

Мета – встановити залежність рівня ПСА крові у пацієнтів на рак передміхурової залози та доброкісну гіперплазію простати на тлі порушень акту сечовипускання та катетеризації сечового міхура.

Матеріали і методи дослідження. Під наглядом перебував 381 хворий (вік 52,5–85 років) з різними видами порушення сечовипускання, в залежності від характеру яких пацієнти були розділені на дві групи. До основної групи (1-ша група) увійшли 222 хворих з гострою затримкою сечі (ГЗС), резистентну до медикаментозної терапії. У групі порівняння (2-га група) було 159 хворих з хронічною затримкою сечі (ХЗС). Для усунення ГЗС усім хворим застосовували постійний катетер впродовж 4–6 діб і адреноблокатори. У 151 випадку серед пацієнтів 1-ї групи морфологічно встановлена доброкісна гіперплазія простати (ДГП) з ознаками хронічного простатиту, ділянками ішемії і некрозу з явищами абсцедування та каменеутворенням. У 71 хворого верифіковано рак передміхурової залози (РПЗ). У групі порівняння в 101 хворого виявлена ДГП з явищами хронічного осередкового простатиту, фіброзу, а РПЗ був у 58 пацієнтів.

Результати та їх обговорення. У хворих основної групи з ДГП рівень ПСА крові становив

$6,95 \pm 2,82$ нг/мл, а при хронічній затримці сечі показник був недостовірний менший і досягав $5,91 \pm 2,64$ нг/мл ($p > 0,5$). Нормальні величини ПСА (до 4 нг/мл) крові серед пацієнтів основної групи були в 34,5% випадків (52 хворих). Частота ПСА на рівні сірої зони (4–10 нг/мл) у хворих 1-ї групи зростала і спостерігалась в 43,0% пацієнтів (65 чол.). Рівень ПСА більше 10 нг/мл виявився в 22,5% випадків (34 чол.). При ХЗМ у хворих групи порівняння з ДГП в межах нормальних величин ПСА був у 45,5% осіб (46 чол.), до 10 нг/мл ПСА був у 40 чоловіків (39,6%), а ПСА вище ніж 10 нг/мл виявлено у 15 випадках (14,9%). При зложікісних новоутвореннях простати і розвитку ГЗС у хворих 1-ї групи рівень ПСА крові був достовірно вище, ніж при ГЗС у хворих на ДГП і рівнявся $36,3 \pm 9,05$ нг/мл ($p < 0,001$). При ХЗС у пацієнтів групи порівняння рівень антигену не мав істотних відмінностей від показника у хворих з ГЗС при РПЗ і дорівнював $34,3 \pm 8,92$ нг/мл ($p > 0,5$).

Висновки

1. Рівень ПСА крові у хворих на РПЗ ускладненого ГЗС, яка усунена шляхом установки постійного катетера, не має істотних відмінностей від рівня антигену у хворих з раком простати при розвитку ХЗМ.

2. При ДГП і розвитку ГЗС, яка ліквідована протягом 4–6 діб постійним катетером, ПСА недостовірно підвищується порівняно з хворими з хронічною затримкою сечі. Проте, частота випадків підвищення рівня ПСА вище 10 нг/мл при ГЗС збільшується до 23%, що в 1,5 рази частіше, ніж при ХЗС (14,9%), і пояснюється збільшенням ступеня запальних змін у передміхуровій залозі на тлі ГЗС і подовженням терміну дренування сечового міхура постійним катетером.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ КОНТАКТНОЇ ПНЕВМОЦИСТОЛІТОТРИПСІЇ ТА ЕЛЕКТРОГІДРАВЛІЧНОЇ ЦИСТОЛІТОТРИПСІЇ

*C.O. Возіанов, В.В. Черненко, В.Й. Савчук,
Д.В. Черненко, С.Т. Соколенко, Ю.М. Бондаренко*

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Метою дослідження було оцінити ефективність застосування портативного пневматичного контактного ліготриптора LMA Stonebreaker в порівнянні з електрогідралічною цистоліто-трипсією (Урат-1М). В період з 2015 до 2020 р. проведено контактну цистоліто-трипсію 63 пацієнтам (чоловіків – 49, жінок – 14). 27 пацієнтам виконано контактну пневмоцистоліто-трипсію, а 36 пацієнтам – електрогідралічну цистоліто-трипсію. Ефективність застосованих методів оцінювали в групах пацієнтів не тільки за розміром каменів, а і за мінеральним складом видалених уламків каменя (сечова кислота, фосфати, оксалати, урат амонію), які були діагностовані за допомогою рентгенструктурного аналізу. У випадку множинних каменів загальний розмір визначався як сума їх розмірів. Визначали кількість ударів, необхідних для початку фрагментації, повної фрагментації та загальний час цистоліто-трипсії. У всіх 63(100%) пацієнтів камені, незалежно від методу цистоліто-трипсії, були фрагментовані, а їх уламки повністю видалені. Інтраопераційних ускладнень не спостерігали. Кількість розрядів до початку фрагментації каменів при застосуванні ЕГЦЛТ становило від 2 до 12 та для ПЦЛТ – від 1 до 12 ударів. Час ліготрипсії каменів до повної фрагментації, роз-

міром до 4 см., при ЕГЦЛТ складав 10–80 хв. та при ПЦЛТ від 15 до 75 хвилин. Тривалість ліготрипсії каменів розміром 4–6 см при ЕГЦЛТ складав 80–110 хв., тоді як при ПЦЛТ від 80 до 100 хвилин до повної фрагментації. Мінімальна кількість ударів для початку та повної фрагментації каменя зафіксована у пацієнтів, камені яких були діагностовані як урат амонію (1–2 та 25 ударів відповідно) та фосфати (1–3 та 75 ударів відповідно). Максимальну кількість ударів потребували камені з сечової кислоти (40–125 ударів) та оксалату (55–75 ударів). Трансуретральна контактна пневмоцистоліто-трипсія з використанням портативного пневматичного ліготриптора LMA Stonebreaker по ефекту руйнування каменів не поступається електрогідралічній цистоліто-трипсії (Урат-1М), але є більш безпечною з огляду на використані фізичні ефекти та менш фінансово затратною. Ефективність застосування пневматичної та електро-гідралічної цистоліто-трипсії залежить не тільки від розміру та кількості каменів, але і від їх мінерального складу. Контактну пневмоцистоліто-трипсію можна вважати «золотим стандартом» в лікуванні каменів сечового міхура, враховуючи її високу ефективність, безпечність, компактність та простоту застосування.

ДІСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ – ЯК ВИКЛИК ЧАСУ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19

Г.В. Бачурін, С.С. Ломака, Ю.С. Коломоець

Запорізький державний медичний університет

Цьогоріч людство зіткнулося з найменш штабнішим викликом сьогодення, турбулентність впливу якого немає аналогів в історії, адже наслідки, спричинені всесвітньою епідемією коронавірусу, за своєю безпрецедентністю варто порівнювати із надзвичайними природними катаклізмами.

Дійсно, і зараз коронавірус продовжує змінювати усталене життя людства, адже досить гостро поставлено питання: чи зможуть функціонувати ключові сфери під час вимушеної самоізоляції, карантину та необхідності залишатися вдома? Для складання цього іспиту людству не надано було багато часу.

Вимушені зміни, що відбуваються у системі вищої освіти, зумовлені карантинними заходами, висунули вимоги до перебудови усіх форм навчального процесу: організаційних, структурних, комунікативних. Саме дистанційна освіта розширила і оновила роль викладача та студента медичного вузу.

Дистанційне навчання — це не система самоосвіти, а її форма, де викладач та студент перебувають на відстані, але мають можливість постійно спілкуватися за допомогою сучасних інформаційних технологій.

Діджиталізація уже давно стала трендом сучасності. Протягом багатьох років у Запорізькому державному медичному університеті питання онлайн навчання займало особливе місце, і тому у період пандемії COVID-19 навчальний заклад був готовий до цього виклику. У зв'язку із оголошенням в університеті карантину та у відповідності до наказу ректора, з метою забезпечення організації освітнього процесу на кафедрі урології було організовано дистанційне навчання за допомогою платформи Office 365 з додатками: Microsoft Teams, Forms, Stream, OneDrive та інші.

У додатку Microsoft Teams було сформовано групи для проведення теоретичних онлайн занять та лекцій відповідно до попередньо складеного графіка згідно з календарно-тема-

тичним планом. Для оцінювання знань студентів у додатку Forms було створено базу тестів для кожного заняття та диференційованого іспиту.

З метою покращення навчального процесу на кафедрі урології був здійснений запис відеолекцій різної тематики та розміщений у додатку Stream для подальшого опрацювання студентами.

У хмарному сховищі OneDrive для швидкого та доступного використання студентами під час навчального процесу були розміщені науково-методичні матеріали з урології: навчальні посібники, лекції, ситуаційні задачі та рекомендації щодо проведення занять.

Слід зазначити, що викладачі кафедри урології, крім платформи Office 365, для самостійної роботи студентів розробили багато корисних онлайн курсів з використанням додатку Edx.

Система дистанційного навчання у ЗДМУ є досить ефективною. Найголовніший її бонус — доступність для студента і викладача, бо дистанційне навчання — це вже частина сучасного навчального процесу. А під час карантину — життєво необхідна складова.

У Запорізькому державному медичному університеті переконані: освіта має бути справжньою. Маючи величезний обсяг навчального матеріалу у різноманітних форматах, університет цілковито готовий вести повноцінний навчальний процес у дистанційному режимі.

ВИКОРИСТАННЯ МАРКЕРІВ РАНЬОГО ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК ПРИ НАДАННІ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПОРУШЕННЯМ УРОДИНАМІКИ

Г.В. Бачурін, Ю.С. Коломоєць, С.С. Ломака

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Сечокам'яна хвороба — складний та багатоетапний процес утворення каменів на тлі ензимопатій, порушень обміну речовин, що грають роль етіологічних чинників. При хронічній хворобі нирок загальноприйняті маркери виявляють вже пізню стадію ураження нирок. Тому велика увага приділяється пошуку так званих біомаркерів гострого та хронічного ниркового пошкодження, а також визначення ролі цитокінів та у виникненні запальної реакції, що дозволяє виявити патологічні зміни в нирках на ранніх етапах і встановити їх характер.

Мета дослідження: визначення ефективності застосування маркерів раннього пошкодження нирок у хворих на сечокам'яну хворобу.

Матеріали та методи. Дослідження ґрунтувались на аналізі результатів обстеження та лікування 70 пацієнтів з СКХ на базі урологічного відділення КУ «Лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги» Запорізької міської ради. Всі хворі були розподілені на дві основні групи. До I групи увійшло 36 (51,43%) хворих СКХ, яким була проведена консервативна терапія. Друг-

га група складалась з 34 (48,57%) пацієнтів, яким було виконано оперативне втручання.

Результати. При аналізі I групи (n=36), у 10 хворих, де було визначено підвищення одного з трьох маркерів раннього пошкодження нирок, лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво спостерігався у 4 (40%) пацієнтів та підвищення рівня креатиніну лише у 2 (20%) випадках. При аналізі 8 хворих, з підвищенням двох та більше показників предикторів запалення, лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво виявлено у 1 (12,5%) хворого та підвищенні рівня креатиніну – у 3 (37,5%) пацієнтів. При аналізі II групи (n=34): всі маркери пошкодження нирок були в нормі лише у 3 хворих (8,8%). У 17 пацієнтів, з підвищенням одного з трьох показників раннього пошкодження нирок, лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво виявлено у 4 (23,5%) хворих. Підвищення цифр креатиніну – у 9 (52,9%) осіб. У 14 хворих, з підвищенням двох та більше мар-

керів пошкодження нирок, лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво визначено у 4 (28,6%) пацієнтів та підвищенням креатиніну – у 6 (42,9%) хворих. Після проведеного дослідження були розроблені наступні критерії вибору тактики лікування. При підвищенні одного з трьох маркерів – рекомендовано продовжити консервативну терапію. При підвищенні двох та більше показників – оперативне втручання.

Висновки. Застосування цитокінів та біомаркерів раннього пошкодження нирок, у якості діагностичного критерію інфекційно-запального процесу, є цінним клінічним засобом при сечокам'яній хворобі. Проведене дослідження дозволило розробити алгоритм обстеження та вибору методу лікування у хворих на сечокам'яну хворобу, що значно прискорить процес одужання і знижує ризик розвитку незворотних процесів у нирках, тим самим забезпечити хворому повноцінне здорове життя.

РАННЕ ВИЯВЛЕННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК У ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ

Г.В. Бачурін, Ю.С. Коломоець, С.С. Ломака

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Проблема виникнення сечокам'яної хвороби (СКХ) залишається однією з найбільш складних і остаточно невирішених. Поєднання порушень уродинаміки верхніх сечових шляхів і інфекційно-запального процесу створює так зване замкнute коло. При порушені уродинаміки, спостерігається приєднання піелонефриту. Тоді як інфекційно-запальний процес зі склеротичними змінами в самій нирці призводить до порушення функції. У більшості хворих СКХ був виявлений хронічний або гострий піелонефрит. Хронічний піелонефрит сприяє рецидивам і ускладнюється нефролітіазом у 85% хворих.

Мета дослідження: визначення ефективності застосування маркерів раннього пошкодження нирок у хворих на сечокам'яну хворобу.

Матеріали та методи. Дослідження ґрунтувались на аналізі результатів обстеження та лікування 70 пацієнтів з СКХ на базі урологічного відділення КУ «Лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги» Запорізької міської ради. Всі хворі були розподілені на дві основні групи. До I групи увійшло 36 (51,43%) хворих СКХ, яким була

проведена консервативна терапія. Друга група складалась з 34 (48,57%) пацієнтів, яким було виконано дренування верхніх сечових шляхів.

Результати. При аналізі I групи (n=36), показники маркерів раннього пошкодження нирок були в межах норми у 18 пацієнтів (50%). Підвищення одного з трьох маркерів раннього пошкодження нирок було виявлено у 10 хворих (27,8%). Підвищення двох показників маркерів пошкодження та більше, що вказувало на виражений інфекційно-запальний процес, спостерігалось у 8 хворих (22,2%). При аналізі II групи (n=34): всі маркери пошкодження нирок були в нормі лише у 3 хворих (8,8%). Підвищення одного з трьох показників маркерів пошкодження було виявлено у 17 пацієнтів (50%). Про наявність вираженого інфекційно-запального процесу вказувало підвищення двох та більше показників маркерів раннього пошкодження нирок у 14 хворих (41,2%) до виникнення загальнолабораторних та клінічних змін. Після проведеного дослідження були розроблені наступні критерії вибору тактики лікування. При підвищенні одного з трьох маркерів – рекомендова-

но продовжити консервативну терапію. При підвищенні двох та більше показників – оперативне втручання.

Висновки. Застосування цитокінів та біомаркерів раннього пошкодження нирок, у якості діагностичного критерію інфекційно-запального процесу, є цінним клінічним засобом при

сечокам'яній хворобі. Проведене дослідження дозволило розробити алгоритм обстеження та вибору методу лікування у хворих на сечокам'яну хворобу, що значно прискорить процес одужання і знижує ризик розвитку незворотних процесів у нирках, тим самим забезпечити хворому повноцінне здорове життя.

РЕЗУЛЬТАТИ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК ЄДИНОЇ НИРКИ

*E.O. Стаковський¹, Ю.В. Вітрук¹, О.А. Войленко¹, О.Е. Стаковський¹,
О.А. Кононенко¹, В.Й. Вітрук², П.С. Вукалович¹, М.В. Пікуль¹, Б.О. Гречко¹,
С.Л. Семко¹, Р.Ф. Гарбар², Д.О. Кошель¹, О.В. Буйвол¹*

¹ Національний інститут раку МОЗ України

² Центр сучасної урології

Вступ. Пухлина єдиної нирки – складний випадок не тільки в соціальному аспекті, але і у виборі тактики лікування, особливо коли виконання резекції нирки – неможливе, а проведення нефректомії призведе до необхідності діалізу, що може бути проблематичним через недостатню кількість діалізних центрів та її дороговизну.

Мета дослідження. Проаналізувати результати та визначити тактику лікування хворих на нирково-клітинний рак єдиної нирки.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 39 хворих на НКР єдиної нирки. Вік хворих складав від 29 до 79 років ($52,4 \pm 11,3$). Чоловіки/жінки – 22/17. Єдина вроджена нирка виявлена у 9 (23,1%) хворих, у 8 (20,5%) пацієнтів в анамнезі виконана нефректомія з приводу неонкологічної патології, в інших 22 (56,4%) випадках – при раку нирки. Розмір пухлини становив від 18 до 102 мм ($36,8 \pm 9,7$), при цьому відсоток функціонуючої паренхіми складав більше 58% ($78,3 \pm 10,1$). Кліренс креатиніну становив від 42 до 83 мл/хв. У 4 (10,3%) хворих мав місце мНКР.

У 12 (30,8%) випадках, завдяки наявності високого відсотка функціонуючої паренхіми та низького ризику виконання нефректомії згідно з R.E.N.A.L., була виконана резекція нирки. У 27 (69,2%) хворих з високим ризиком виконання нефректомії, була призначена неоад'ювантна таргетна терапія препаратами I лінії з подальшою оцінкою її ефективності та визначення тактики лікування через 2 місяці.

Результати. Призначення неоад'ювантної таргетної терапії у 21 (81,5%) випадках дозволило отримати часткову (від 30 до 58%) регресію пухлини згідно з RECIST та виконати резекцію нирки, у 6 (18,5%) пацієнтів діагностовано стабілізацію процесу, однак складність хірургічного видалення пухлини змусила продовжити таргетну терапію та відмовитися від виконання нефректомії.

Загалом резекцію виконано у 33 (84,6%) хворих. Середній об'єм крововтрати склав від 100 до 900 мл (488 ± 185). Теплова ішемія нирки була використана лише у 5 (15,1%) випадках тривалістю 15 хв. і менше. Інтраопераційне стентування нирки виконано в одного (3%) хворого. У 4 (12,1%) випадках була виявлена олігурія протягом 2–4 діб, яка минула завдяки консервативним методам. Необхідності в гемодіалізі не було зафіковано у жодного пацієнта.

Максимальний період спостереження склав 132 місяці. Померли від прогресування захворювання 5 (12,8%), супутньої патології – 2 (5,1%) хворих. Показник 5-річної канцер-спеціфічної виживаності склав 87,2%.

Висновок. При високому ризику виконання нефректомії у хворих на рак єдиної нирки доцільно призначати неоад'ювантну таргетну терапію, яка дозволить у 81,5% випадках зменшити розміри пухлини та виконати резекцію нирки, уникаючи пожиттєвого гемодіалізу та інвалідизації хворих.

ІНТРАУРЕТЕРАЛЬНА ПЛАСТИКА СЕЧОВОДУ: ПОКАЗАННЯ, ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ

*Е.О. Стаковський, П.С. Вукалович, О.А. Войленко, О.Е. Стаковський,
Ю.В. Вітрук, М.В. Пікуль, А.В. Тимошенко, О.А. Кононенко*

Національний інститут раку МОЗ України

Вступ. Лікування мегауретера (M) є складною проблемою в урології, що обумовлено різноманітністю поглядів на етіологію, патогенез і високий рівень (до 50%) незадовільних результатів хірургічного лікування, особливо при широких сечоводах (понад 2 см), які потребують моделювання до уретероцистонеостомії. У цих випадках нами був використаний оригінальний метод моделювання сечоводу – інтрауретропластика (ІУ) при уретероцистонеостомії (УЦНС) за Leadbetter-Politano (L-P).

Матеріали і методи. Оцінено результати 2 різних методів моделювання сечоводу: IU і Hendren (H), що були виконані у клініці з 1976 до 2020 р. За цей період було виконано 115 УЦНС з моделюванням сечоводу. 92 (80%) пацієнтів (134 M) підлягли УЦНС з використанням ІУ. 23 (20%) хворим (33 M) – виконана УЦНС з моделюванням сечоводу за H. Вік пацієнта коливався від 2–70 років. Групи були порівнянні за основними параметрами. У 106 (92,2%) пацієнти досліджено віддалені результати моделювання сечоводу. Показанням до виконання моделювання сечоводу був мегауретер з діаметром понад 1,2 см.

Хірургічна техніка: сечовід пересікається вище місця звуження, дистальний кінець сечоводу перев'язується. Сечовід переміщується в черевну порожнину і протягом 5–6 см вивертається слизовою оболонкою назовні. Поздовжнім розрізом на 12 та 6 год. умовного циферблата слизова оболонка вивернутої частини сечоводу розсікається. Наступний етап операції: накладання інтрауретерального безперервного вузлового шва – від основи вивернутої частини сечоводу до його кінця. Під час накладання інтраілеального шва слід зберігати симетричність

накладання швів для попередження гофрування сечоводу. Далі сечовід інвагінується в сечовий міхур на задньолатеральну стінку по методиці L-P. Операція закінчується дренуванням одного або обох сформованих каналів сечоводу сечовідними стентами та дренуванням сечового міхура уретральним катетером.

Результати. Порівняльний аналіз різних методів моделювання сечоводу показав позитивні результати ІУ у 80 (86, 9%) пацієнтів, у порівнянні з 12 (54,5%) пацієнтами, які підлягли H методу моделювання сечоводу ($\chi^2=13,9$; $p<0,01$). Позитивні результати ґрутувалися на відсутності прогресії M; покращення анатомічних і функціональних змін сечоводу і ниркової миски; підвищення або збереження функції нирок; відсутність міхурово-сечовідного рефлюксу; відсутність пілонефріту. Рецидивна обструкція сечоводу спостерігалася у 7 (7,6%) пацієнтів, яким проведено ІУ, і 10 (45,5%) – при моделюванні сечоводу за H, що потребувало повторної хірургічної корекції.

Висновок. Інтрауретеральна пластика сечоводу має деякі переваги у порівнянні з моделюванням сечоводу за H:

- збереження м'язового шару та адвенції сечоводу допомагає зберегти кровопостачання, іннервацию і перистальтику, тим самим попереджує ішемію і стеноз модельованої частини сечоводу;

- створення двох каналів у дистальній частині M зменшує його ригідність і сприяє кращому проходженню сечі;

- інтрауретеральний шов у поєднанні з підслизовим тунелем забезпечують ефективний антирефлюксний механізм.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЦИСТЕКТОМІЇ В КОМБІНАЦІЇ З ХІМОТЕРАПІЄЮ ПРИ МЕТАСТАТИЧНОМУ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

*B.O. Гречко, M.B. Пікуль, C.L. Семко, O.E. Стаковський,
O.A. Кононенко, Ю.В. Вітрук, O.A. Войленко, E.O. Стаковський*

Національний інститут раку МОЗ України

Вступ. Цистектомія при метастатичному раку сечового міхура набула популярності для широкого спектру солідних пухлин, хоча дані про ефективність цистектомії при метастатичному раку сечового міхура залишаються спірними.

Мета. Метою нашого дослідження було оцінити онкологічну ефективність цистектомії із поєднанням хіміотерапії у хворих на метастатичний рак сечового міхура.

Матеріали і методи. Ретроспективний аналіз 41 пацієнта з метастатичним раком сечового міхура, які проходили лікування в Національному інституті раку в період з 2008 до 2019 р. Під час аналізу пацієнти розподілені на 2 групи: 1-ша група (n=20) – пацієнти, яким було проведено тільки системну терапію, 2-га група (21) – системна терапія з цистектомією. Пацієнтів аналізували з урахуванням статі, віку, гемоглобіну, креатиніну метастатичного навантаження, хірургічної складності та ускладнень (шкалою Clavien–Dindo), клінічних переваг системної терапії та специфічної виживаності. Статистичні дані включали точний тест Фішера і аналіз виживаності Каплана–Мейера.

Результати. Групи розподілені згідно зі статею (60/51 vs 71/53; p=0,15, $\chi^2=3,76$), віком (62,8±6,4 vs 62,35±6,2 years; p>0,08), ECOG – статусом (0,53±0,56 vs 0,72±0,57; p = 0,8), кре-

тиніном (117,2±20 mmol/l vs 114±16,5; p=0,67), Hb – 106,5±10,2 g/l vs 102,15±13,3; p = 0,25). У хірургічній групі чотирнадцятьом з 20 хворих виконано модифіковану уретерокутанеостомію, 4 – Брікер, 1 – ілеонеоцистопластику. Середня тривалість перебування в стаціонарі становила 10,5 днів (діапазон 5–11). Шістнадцять з 20 пацієнтів пройшли розширену лімфаденектомію з середньою (IQR 0–5) позитивними лімфатичними вузлами з 28 (IQR 11–32). Інтраопераційні ускладнення: травма прямої кишки, післяопераційні: лімфостаз, ексудативний плеврит, підшкірна евентрація. Існували два післяопераційних ускладнення Cl–Dindo Grade III, у той час як чотири пацієнти мали I або II ступені. Всі пацієнти пройшли системну терапію після операції. У групі комбінованого лікування спостерігали кращу канцерспецифічну виживаність.

Висновок. Ми продемонстрували, що комбіноване лікування метастатичного раку сечового міхура, включаючи цистектомію та хіміотерапію, показало кращі онкологічні результати порівняно з однією хіміотерапією. Потенційні переваги місцевого лікування криються за усуненням місцевих симптомів, запобігаючи гострому блокуванню нирок та зменшенню кількості пухлинної тканини, що може вплинути на подальше проведення системної терапії.

УСКЛАДНЕННЯ ТА НЕДОЛІКИ MAINZ-POUCH II

*A.V. Тимошенко, O.E. Стаковський, O.A. Войленко, Ю.В. Вітрук,
O.A. Кононенко, M.B. Пікуль, E.O. Стаковський*

Національний інститут раку МОЗ України

Мета. Оцінка результатів операції Mainz-pouch II (МП II), як методу контролюваного відведення сечі після цистектомії.

Матеріали і методи. Клінічному аналізу підлягли 118 пацієнтів на інвазивний рак сечового міхура. Пацієнтів перед операцією оцінювали

за допомогою стандартизованого діагностичного протоколу, також проводилася оцінка тривалості утримання сечі анальним сфінктером, як одне із протипоказань до хірургічного втручання.

Результати. Інтраопераційні ускладнення при виконанні МП II виникли у 6 (5%) хворих.

Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді відмічено у 29 (24,5%) пацієнтів та пов'язані з порушенням функції органів і систем, інфекційно-гнійними запаленнями, неспроможністю сформованого анастомозу. У віддаленому післяопераційному періоді ускладнення виявлені у 71 (75,5%) хворого, що призводили до явищ метаболічного ацидозу 37 (39,3%) та загострень інфекцій верхніх сечових шляхів, в основі яких лежали: стеноз сечовідно-кишкового анастомозу 13 (13,9%) та кишково-сечовідний газовий рефлюкс 18 (19,1%). Неконтрольоване сечовиді-

лення вночі відмічено у 3 (3,1%) хворих. Середня частота сечовипускання протягом дня і ночі була $5,1 \pm 1,1$ і $2,0 \pm 0,5$ разів, відповідно.

Висновок. Проведення методики МП II передбачає створення резервуару з низьким тиском навіть при великих обсягах його наповнення, а стінки детубуляризованої та реконфігурованої кишкі не мають скоординованих скорочень, що впливає на зменшення частоти кишково-сечовідного рефлюксу в нирки. Основним недоліком операції МП II є наявність метаболічного ацидозу, що може бути нивельовано амбулаторно.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ІНВАЗИВНИМИ КАРЦИНОМАМИ ВЕРХНІХ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

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

Національний інститут раку МОЗ України

Вступ. Неоад'ювантна хіміотерапія при інвазивних уротеліальних карциномах верхніх сечовивідних шляхів (кВСШ) показала первинні обнадійливі результати при ретроспективному аналізі в контексті підвищення канцерспеціфічної виживаності. Проспективні дослідження, що оцінюють даний підхід лімітовані невеликими серіями та оцінюють лише рівень відповіді пухлини на передопераційну хіміотерапію.

Мета роботи: оцінити вплив неоад'ювантної хіміотерапії на первинну пухлину та ймовірність проведення органозберігаючого лікування.

Матеріали та методи. Починаючи з 2018 року на базі Національного інституту раку проводиться проспективне дослідження II фази, метою якого є аналіз ефективності неоад'ювантного лікування при інвазивних кВСШ. Всі пацієнти підлягали комплексному обстеженню та підписанню інформованої згоди на участь перед включенням у дослідження. Клінічним критерієм виключення була наявність регіонарного чи віддаленого метастазування. Всі включені пацієнти отримували 4 цикли GC перед оперативним втручанням. Первинна ціль була: визначення об'єктивної відповіді на рівні _{pT2N0}. Вторинні цілі: оцінка безпрогресивної виживаності, рівня зменшення хірургічної складності

та безпеки передопераційної ХТ. Дослідження проводиться згідно з Simon's Minimax двостадійного дизайну з включенням 54 підходящих пацієнтів та дискримінацією відповіді на рівні <40% та >60% з Туре I та Туре II рівнями помилок на 0,05 та 0,10, відповідно.

Результати: З лютого 2018 р. загалом активну фазу дослідження завершено у 35 пацієнтів, тоді як ще 4 завершують ХТ або очікують оперативного лікування. На момент зりзу бази даних групи, рівень об'єктивної відповіді можливо оцінити у 37 пацієнтів. З 37 пацієнтів, часткову регресію за RECIST 1.1 пухлини на ХТ отримано у 23 пацієнтів (62%). Повну відповідь (pT0N0) на терапію отримано у 5 пацієнтів (13,5%). Переважна більшість пацієнтів були здатними отримати (32/37; 86%) всі 4 цикли терапії GC. Високий відсоток регресії дозволив провести органозберігаюче лікування (резекція нирки – n=7 (18%) та резекція сечоводу – n=9 (24%)) у 16 пацієнтів (43%). При аналізі післяоперативних ускладнень вони спостерігались у 8,1% пацієнтів впродовж 90-денного періоду. Медіана періоду спостереження склала 2,1 року серед тих, що вижили; 3 пацієнти померли від захворювання до 2-річного періоду спостереження. Дворічна загальна виживаність склала 92% (95% CI 79%, >99%). Пацієнти, що мали відповідь

на ХТ, мають значно кращі показники 2-річної виживаності (2-year survival 100% vs 74%, log-rank p<0,02).

Висновки. Дані, отримані на момент зразу даних, свідчать на користь ефективності прове-

дення неоад'ювантної хіміотерапії у пацієнтів з інвазивними кВСШ. Даний підхід дозволяє підвищити виживаність пацієнтів та вірогідність проведення у них органозберігаючого лікування при мінімальних ризиках ускладнень.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ УРАХУСА

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

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КНП «Городская больница № 12» ДГС

Патология урахуса чаще всего встречается у новорожденных, и частота встречаемости довольно высока, по некоторым данным, до 30–50% новорожденных имеют ту или иную патологию урахуса. Однако, учитывая возможную бессимптомность некоторых вариантов данного заболевания, а также продолжающееся до 1,5 лет заражение протока – частота встречаемости постепенно снижается. В детском возрасте выявляется до 95% всех заболеваний урахуса. У взрослых также диагностируется данная патология, хотя и значительно реже – с частотой до 1:5000, чаще всего – по данным аутопсий, поскольку патологии урахуса могут себя никак не проявлять на протяжении всей жизни.

Пороки развития урахуса подразделяются на 4 типа в зависимости от степени незаращения: пупочный свищ; киста урахуса; пузирно-пупочный свищ; дивертикул мочевого пузыря. Консервативная терапия при пороках развития урахуса возможна только при наличии пупочного свища. Во всех остальных случаях, а также в случаях неэффективности консервативной терапии, проводится хирургическое лечение. Операцией выбора как при неосложненной, так и при нагноившейся кисте следует считать ее радикальное иссечение вместе с мочевым протоком.

Урахус – мочевой проток, соединяющий верхушку мочевого пузыря с пуповиной, является производным внутрибрюшинного отрезка аллантоиса и на ранних стадиях эмбриогенеза представляет собой проток, соединяющий мочевой пузырь с внеэмбриональной частью аллантоиса. К 5–7-му месяцу внутриутробного развития он обычно окончательно облитерируется и становится средней пузирно-пупочной связкой. Однако в некоторых случаях просвет урахуса сохраняется в течение всей дальнейшей жизни. Необходимо также отметить, что непос-

редственные причины нарушения заражения данного протока пока не ясны. При нарушении процесса облитерации во внутриутробном периоде после рождения ребенка и отпадения пуповины проток (или его часть) остается открытым. Чаще всего встречается оставшаяся необлитерированной пупочная часть урахуса или его киста, образовавшаяся после заражения наружного и внутреннего отделов эмбрионального мочевого хода – это «пупочный свищ» и «киста урахуса». Клинически при пупочном свище кожа вокруг него мацерирована, воспалена, имеются грануляции, серозное отделяемое.

При исследовании зондом выявляется слепо заканчивающийся карман в направлении мочевого пузыря по срединной линии. Часто пупочный свищ может инфицироваться, в таком случае присоединяется гнойное отделяемое. Киста урахуса может не проявлять себя клинически до момента воспаления и диагностируется исключительно при проведении УЗИ-исследования или оперативных вмешательствах на органах брюшной полости. В зависимости от локализации различают околопузирные, промежуточные и околопупочные кисты урахуса. Киста урахуса может сообщаться узким свищевым ходом с пупком, мочевым пузырем или одновременно с обоими, и в таком случае при инфицировании присоединяются симптомы нагноения – появляются боль, гиперемия кожи над опухолевидным образованием, лихорадка, воспалительные изменения в клинических анализах крови. При наличии свища нагноившейся кисты в область пупка из свищевого отверстия выделяется гной или гной с примесью крови. При пальпации передней брюшной стенки ниже пупка количество отделяемого увеличивается.

При сообщении нагноившейся кисты урахуса с мочевым пузырем возникает цистит и

пиурия. Также нагноение кисты может вызвать флегмону передней брюшной стенки, а разрыв кисты может повлечь за собой возникновение разлитого перитонита. Механизм образования и роста кист морфологи объясняют метаплазией переходного эпителия урахуса в цилиндрический эпителий, который продуцирует серозную жидкость, заполняющую просвет незароженного участка эмбрионального протока, что и приводит к его расширению. Инфицирование же возможно гематогенным, лимфогенным путем или через собственно свищевой ход. Если необлитерированной остается нижняя часть отдела урахуса, сообщающаяся с мочевым пузырем, то диагностируют дивертикул мочевого пузыря (верхушечный дивертикул мочевого пузыря). Клиническая картина будет зависеть от его размеров и диаметра сообщения с мочевым пузырем, наличия воспалительных изменений. Дивертикул также может клинически себя не проявлять и диагностироваться случайно во время цистоскопии, цистографии или УЗИ. Если сообщение с узким отверстием, то опорожнение его затруднено и остаточная моча в мочевом пузыре вызывает его растяжение и атонию стенок, обусловливая присоединение инфекции и развитие цистита и дивертикулита. Появляются дизурия, боль в надлобковой области. Лучше всего визуализируется данная патология при цистографии в тугом заполнении и/или на высоте акта мочеиспускания. Лечение верхушечного дивертикула мочевого пузыря только оперативное. Реже всего встречается функционирующий пузырно-пупочный свищ. Клинически из пупка отмечается выделение мочи (по каплям, а при беспокойстве ребенка и напряжении передней брюшной стенки – струйкой). В случае полного свища в диагностике помогает введение в него красящих веществ (например, метиленового синего или индигокармина). Окрашивание мочи будет свидетельствовать о сообщении свища с мочевым пузырем. При диагностике свища также выполняются рентгеновская фистулография и цистография. Консервативная терапия при пороках развития урахуса возможна только при наличии пупочного свища. Во всех остальных случаях, а также в случаях неэффективности консервативной терапии, проводится хирургическое лечение. При наличии активного воспалительного процесса необходимо первично купировать обострение инфекции. Если выполнять хирургическое лечение во время острого воспалительного процесса, то очень высока вероятность развития перитонита и/или уросепсиса. Выполняют полное внебрюшинное иссечение урахуса на

всем протяжении от пупка до верхушки мочевого пузыря. Дефект стенки мочевого пузыря устраниют наложением двухрядных швов. Радикальным методом лечения также является иссечение урахуса на всем протяжении вместе с пупочной частью. При кисте урахуса – лечение исключительно хирургическое. Маленькие (инфицированные и неинфицированные) кисты следует удалять одномоментно вместе с самим урахусом вплоть до мочевого пузыря. Большие кисты могут первично дренироваться через брюшную стенку. При нагноении кисты оперативное лечение осуществляют в 2 этапа: первый этап – вскрытие и дренирование кисты, второй – радикальное удаление ее с урахусом после стихания воспалительных явлений. Лечение верхушечного дивертикула заключается в его полном иссечении.

Под нашим наблюдением находилось 15 пациентов (из них 11 мужчин и 4 женщины) с патологией урахуса в возрасте от 18 до 52 лет:

- у двух пациентов обнаруженаadenокарцинома дивертикула пузырного отдела урахуса с прорастанием в верхушку мочевого пузыря;
- у четырех пациентов обнаружена инфицированная киста урахуса, имитировавшая омфалит;
- у четырех пациентов обнаружена инфицированная киста урахуса, имитировавшая ущемленную пупочную грыжу с геморрагическим отделяемым;
- у пятиерых пациентов обнаружен пупочный свищ, имитировавший абсцесс пупка.

У пациента 20 лет обнаружена adenокарцинома дивертикула пузырного отдела урахуса с прорастанием в верхушку мочевого пузыря, с гидронефрозом II–III степеней единственной правой почки, вызванным структурой правого лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС). После комплексного обследования в два этапа выполнены два оперативных вмешательства:

1. Полное внебрюшинное иссечение урехуса с резекцией верхушки мочевого пузыря.

2. Пластика правого ЛМС.

Пациент наблюдался нами 30 лет после оперативного вмешательства. Состояние удовлетворительное.

Пациентке 40 лет с adenокарциномой дивертикула пузырного отдела урахуса произведено внебрюшинное полное удаление урехуса с резекцией верхушки мочевого пузыря. После операции наблюдается в течение 10 лет.

Четвертым пациентам с инфицированной кистой пупочного отдела урехуса, имитировавшей омфалит произведено оперативное вмеша-

тельство в два этапа. Вскрытие абсцесса в острый период и в «холодный период» — полное внебрюшинное иссечение урахуса от пупка до верхушки мочевого пузыря.

Четвертым пациентам с инфицированной кистой урахуса, имитировавшей ущемленную пупочную грыжу с геморрагическим отделяемым, произведено вскрытие абсцесса и полное внебрюшинное иссечение урахуса от пупка до верхушки мочевого пузыря в «холодный» период.

У пятерых пациентов, у которых обнаружен пупочный свищ, имитировавший абсцесс, в остром периоде произведено вскрытие и дренирование абсцесса, а в «холодном» периоде — пол-

ное внебрюшинное удаление урахуса от пупка до верхушки мочевого пузыря.

Все оперированные пациенты выздоровели. Всем им в дооперационный период произведено комплексное лабораторное и инструментальное обследование, а также цистоскопия, ретроградная цистография с контрастом, экскреторная урография, по показаниям КТ с контрастом.

Наш скромный опыт говорит о необходимости проведения тщательного комплексного обследования пациентов, поступающих на прием к урологу или хирургу с жалобами на изменения и выделения из передней брюшной стенки в области пупка с целью исключения патологии урахуса.

НАШ ПОДХОД К УСТРАНЕНИЮ ВЫЯВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЙ СО СТОРОНЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПОГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА

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

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КНП «Городская больница № 12» ДГС

Вопросами лечения гипогонадотропного гипогонадизма (ГГ) мы занимаемся с 1985 года. Целью терапии препубертатного и раннего пубертатного вторичного гипогонадизма является формирование вторичных половых признаков, увеличения пениса и органов мошонки, мужского строения тела, дифференциации скелета, а в дальнейшем (по показаниям) — назначения поддерживающей гормональной терапии для обеспечения половой функции и терапии, направленной на улучшение репродуктивной функции. Вопросам состояния функционирования предстательной железы (ПЖ) и репродуктивной функции (РФ) у этой группы пациентов уделяется недостаточное внимание.

Нами проведен анализ состояния ПЖ и РФ у 25 пациентов в возрасте от 17 до 21 года, получивших комплексную медикаментозную терапию по поводу ГГ. Пациентам провели комплексное обследование: УЗИ почек, мочевых путей, ПЖ, органов мошонки; спермограмма; гормональные исследования крови (ЛГ, ФСГ, проглактин, эстрадиол, общий и свободный тестостерон). У всех пациентов отметили олигоастенозоспермию, в 65% случаев — лейкоцитоспермию,

снижение количества лецитиновых зерен, снижение показателей фертильности Фарриса.

ПЖ продуцирует около 30% семенной жидкости, обеспечивающей жизнеспособность сперматозоидов, их транспорт и оплодотворяющую способность. В этой связи можно предположить, что изменения секреторной активности железы могут нарушить способность сперматозоидов к оплодотворению.

В настоящее время имеется достаточное количество работ, посвященных роли антиоксидантов в восстановлении мужской фертильности. Известно, что различные антиоксиданты являются системой обороны, которая включает ферментативные и неферментативные механизмы защиты. Роль антиоксидантов семенной плазмы — защита от активных форм кислорода, содержание их концентрации в нормальном физиологическом диапазоне.

Как известно, общая антиоксидантная мощность спермы у пациентов с лейкоцитоспермией и простатитом снижена, поэтому дефицит антиоксидантной системы может компенсироваться различными антиоксидантными комплексами.

В течение двух лет в лечении данной патологии мы стали применять Цинкаргин (МКМ Ninex, Украина) и суппозитории Фармапрост Форте (Монофарм, Украина).

В состав Цинкаргина входят: L-аргинин 3000 мг, экстракт *Tribulus terrestris* (якорцов стелющихся) 500 мг и цинк цитрат 10 мг.

Активные компоненты *Tribulus terrestris*:

- фуростаноловые сапонины – преимущественно протодиосцин;

- спиростаноловые сапонины – диосгенин, тигогенин, руспогенин – регулируют уровень липидов крови, нормализуют функцию эндокринных желез;

- флавоноиды – кемпферол, кверцетин, рутин – снижают уровень липидов, оказывают мягкий мочегонный эффект;

- алкалоиды – оказывают вазодилатирующее действие, активизируют кровообращение в половых органах;

- ненасыщенные жирные кислоты, витамины, танины.

Протодиосцин – это фитомолекула фуростанолового сапонина со стероидной структурой. Основной механизм действия связан с повышением выработки андрогенных и гестагенных гормонов и влияние на половую функцию. Дополнительный эффект – способствует увеличению высвобождения оксида азота (NO) – сосудорасширяющий эффект и, как следствие, улучшение эректильной функции.

Протодиосцин влияет на половую функцию:

1. Повышает уровень лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулинстимулирующего (ФСГ) гормона (вырабатываемых гипофизом), регулирует естественный синтез половых гормонов:

- в клетках Лейдига повышает синтез тестостерона и других андрогенов (дигидротестостерон, дегидроэпиандростерон);

- потенцирует сперматогенез и активность сперматозоидов;

- стимулирует синтез прогестерона и андрогенов в желтом теле;

- вызывает эстрогензависимую индукцию овуляции.

2. Метаболизируется в организме до дегидроэпиандростерона (ДГЭА):

- повышает проницаемость клеточных мембран;

- улучшает эректильную функцию.

3. Влияет на метаболизм холестерина (холестерин является исходным веществом для синтеза всех стероидов – мужских и женских).

Аргинин является важнейшим регулятором сердечно-сосудистой, иммунологической, ней-

ромедиаторной систем и печеночной функции. До 80% аргинина содержится в белках семенной жидкости, а его дефицит может стать причиной патозооспермии. L-аргинин, являясь донатором NO-синтетазы в синтезе оксида азота (NO), обладает выраженным сосудорасширяющим действием, что значительно увеличивает кровенаполнение кавернозных тел во время эрекции.

Цинк – это жизненно важный микроэлемент. Он абсолютно необходим для клеточного дыхания, утилизации кислорода, воспроизведения генетического материала (ДНК и РНК), поддержания целости клеточных стенок и обезвреживания свободных радикалов. В организме человека цинк концентрируется во всех органах и тканях, в том числе в яичках, придатках яичек, в предстательной железе, в достаточно большом количестве содержится в сперме. Он запускает и поддерживает процессы производства мужского полового гормона – тестостерона и активизирует сперматогенез.

Цинк принимает участие в сперматогенезе. Он входит в состав более 70 внутриядерных ферментов, катализирующих ключевые этапы синтеза ДНК и РНК, поэтому цинк улучшает процессы деления и дифференцировки сперматозоидов. Цитрат цинка является важным компонентом секрета предстательной железы, улучшающим подвижность сперматозоидов в эякуляте. Цинк активирует глутатионпероксидазу, которая необходима для нормального созревания и подвижности сперматозоидов, а также участвует в регуляции активности других ферментов спермоплазмы, способствует регуляции процессов коагуляции и разжижения эякулята.

Кроме того, цинк является мощным фактором антиоксидантной защиты и обладает способностью стабилизировать мембранные клеток, а также оказывать иммуномодулирующее действие на Т-клеточную систему иммунитета. При обследовании больных с идиопатической олигоzoоспермией, леченных препаратами цинка, установлено, что увеличение его концентрации в спермоплазме приводит к повышению подвижности сперматозоидов. Концентрация ионов цинка в нормальном эякуляте составляет около 2,08 ммоль/л.

Для ПЖ характерен ряд особенностей кровоснабжения, которое в свою очередь играет важную роль в развитии хронического простатита (ХП). К ним относятся недостаточность артериального кровоснабжения ПЖ, вследствие чего не достигается адекватная терапевтическая концентрация препаратов в данном органе. Обилие анастамозов между венами ПЖ и венозной сис-

темой таза способствует распространению тазовых конгестий на этот орган. Все это способствует развитию ХП. ХП часто сопровождается с нарушениями сперматогенеза.

С учетом современных данных об основных причинах развития ХП патогенетически верным будет использование препаратов, улучшающих микроциркуляцию в ПЖ. За последние годы при заболеваниях ПЖ активно стали применять препараты биологического происхождения, выделенные из ПЖ крупного рогатого скота. Было доказано, что эти препараты оказывают органотропное действие, влияя на процессы дифференцировки в популяции клеток, из которых они выделены. Кроме того, они обладают противовоспалительным и иммуномодулирующим эффектами, влияют на показатели гомеостаза, усиливают синтез антигистаминовых и антисеротониновых систем и улучшают микроциркуляцию в пораженном органе.

Одним из таких препаратов является Фармапрост Форте суппозитории (Монофарм, Украина).

Фармапрост Форте состоит из масла семян амаранта 0,5 г и экстракта простаты 100 мг (содержащим 21 мг водорастворимых пептидов). Масло семян амаранта содержит сквален, токотриенол, фитостерины, полиненасыщенные (линовая, олеиновая, пальмитолеиновая) жирные кислоты, витамины А, Е, F, которые проявляют антиоксидантную и иммуностимулирующую активность. Целебные свойства масла семян амаранта в значительной степени определяются присутствием в ее составе сквалена и витамина Е. Сквален, основной компонент масла семян амаранта, является важным участником процессов синтеза стероидных гормонов, холестерина и витамина D в организме человека. Он активно способствует насыщению органов и тканей кислородом, оказывает мощное противоопухоловое действие, в значительной степени повышает устойчивость человеческого организма к различным вирусным, грибковым, бактериальным инфекциям, влияния радиоактивного излучения. Сквален способствует быстрому и эффективному восстановлению тканей, их эпителиализации.

Экстракт простаты – комплекс биологически активных пептидов (белков), которые получают из предстательной железы крупного рогатого скота (быков, молодых бычков, достигших половой зрелости). Свойством пептидов является средство к ткани предстательной железы человека и регулирующий эффект всех ее функций. При поступлении в организм пептиды избирательно накапливаются тканью предстательной железы – оказывают регулирующее действие на процессы тканевого обмена, уменьшая лейкоцитарную инфильтрацию и отечность за счет улучшения кровотока, нормализуют секреторную функцию эпителиальных клеток.

Цинкаргин назначали по 10 мл в 2 р. в день до 3 месяцев. Суппозитории Фармапрост Форте вводили ректально по одной свече 1 раз в сутки вечером перед сном – 3 месяца.

После курса лечения всем пациентам проведено контрольное урологическое обследование. По результатам обследования у пациентов по большинству показателей (УЗИ, спермограммы, уровень общего и свободного тестостерона) отмечена положительная динамика.

Результаты совместного применения препаратов Цинкаргина и Фармапроста Форте в суппозиториях у пациентов с хроническим простатитом и нарушением репродуктивной функции свидетельствуют об их достаточно высокой эффективности.

Терапия этими препаратами при олигоастенозооспермии улучшает подвижность и увеличивает количество сперматозоидов, улучшает их морфологию, увеличивает уровень тестостерона в крови, улучшает сексуальную функцию.

Применение Цинкаргина и Фармапроста Форте в суппозиториях улучшает эрекцию, эякуляцию и качество сексуальной жизни у пациентов.

Основными критериями эффективности проводимой терапии было улучшение качественных показателей эякулята и состояния предстательной железы.

Рекомендуемые сроки приема Цинкаргина и Фармапроста Форте в суппозиториях у данной группы пациентов – 3 месяца.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ И СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПСИХОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Г.В. Даниленко²

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КНП «Городская больница № 12» ДГС

Половая (сексуальная) функция, являясь одной из самых важных и сложных биологических функций человека, обеспечивает как продолжение рода, так и систему социального взаимодействия. Ее реализация обеспечивается психическим, нейрогуморальным, эрекционным и эякуляторным компонентами, которые объединены в единую функциональную систему. Каждый ее компонент может быть нарушен, в связи с чем выделяют расстройства полового влечения, эрекции, эякуляции.

Нарушение эрекции, наиболее актуальную и функциообразующую составляющую полового акта, обозначают термином «эректильная дисфункция» (ЭД).

ЭД – это неспособность мужчины достигать и удерживать эрекцию, достаточную для удовлетворительной половой функции. Термин ЭД предложен в 1988 году Национальным институтом здоровья США вместо слова «импотенция», а в 1992 году принят международными организациями урологов и андрологов. ЭД определена как продолжительная (не менее 6-ти месяцев) неспособность достижения и поддержания эрекции.

По преимущественному механизму нарушения выделяют сосудистую, нейрогенную, психогенную, эндокринную и механическую ЭД.

Нами проведен анализ результатов лечения психогенной эректильной дисфункции (ПЭД) у 35 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет. ПЭД обычно начинается внезапно и чаще всего связана с определенными событиями в жизни молодых мужчин. При данной природе болезни сохраненыочные и утренние спонтанные эрекции. Эрекция при этом часто индуцируется при помощи визуальной стимуляции или эротическими фантазиями. В расслабленном состоянии половой член небольших размеров, мягкоэластической консистенции, что обусловлено низким уровнем притока крови, но этого уровня достаточно для питания кавернозных тел.

Во время эрекции половой член увеличивается в объеме и становится твердым. Сосудис-

тые изменения в нем могут быть разделены на пять фаз:

1. Латентная фаза. Началу эрекции предшествует расслабление гладкой мускулатуры артерий и пещеристых тел. Это ведет к падению сосудистого сопротивления и быстрому притоку крови в пещеристые пространства. В этой фазе наблюдается незначительное удлинение и увеличение полноты полового члена.

2. Фаза набухания. По мере продолжения притока крови интракавернозное давление начинает превышать диастолическое. С этого момента поступление крови происходит только во время систолы. Для этой фазы характерны быстрое удлинение и расширение полового члена до полного объема. Продолжительность этой фазы зависит от возраста пациента. На нее влияет интенсивность сексуальной стимуляции.

3. Фаза полной эрекции. Продолжающийся приток крови и расширение синусоидальных пространств придавливают подоболочечные венозные сплетения к неподатливой белочной оболочке пениса. Это уменьшает отток крови через эмиссарные вены и еще больше повышает интракавернозное давление. Фаза полной эрекции достигается при уравнивании интракавернозного и среднего систолического давления. В этот период давление остается постоянным. Это говорит о том, что в этой фазе артериальный приток равен венозному оттоку.

4. Фаза ригидной эрекции. Твердость полового члена достигается сокращением седалищно-пещеристых мышц, что поднимают интракавернозное давление значительного выше систолического. Эта фаза наступает во время полового акта или мастурбации, а ее продолжительность ограничена мышечной утомляемостью, которая устраняет риск ишемии тканей пениса.

5. Фаза детумесценции. Это активный процесс, обусловленный сокращением кавернозной гладкой мускулатуры под воздействием симпатической иннервации. Это сокращение выдавливает кровь из синусоидальных пространств и сопровождается артериальной вазоконстрикци-

ей для снижения притока крови до уровня покоя. Половой член уменьшается, укорачивается, становится вялым. Детумесценция наступает после оргазма и эякуляции, которые регулируются симпатической нервной системой.

Факторами риска ЭД являются различные соматические заболевания: сахарный диабет, гипертоническая болезнь, атеросклероз, гипотиреоз, курение, ожирение, алкоголизм, гипогонадные состояния, нервно-психическое перенапряжение.

ПЭД чаще всего вызывает депрессия, беспокойство, конфликты в семье или с партнершей.

При выявлении ПЭД пациент консультируется у психотерапевта перед началом лечения.

Важную роль в выявлении этиологии ЭД играет полное клиническое обследование пациента:

1. Физикальный осмотр.

2. Тестирование пациента по международному индексу эректильной функции.

3. Лабораторные тесты (холестерин, глюкоза крови и мочи, гормоны коры гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, половые гормоны).

4. Виагра-тест.

5. Тесты с применением вазоактивных препаратов:

– интракавернозное введение вазоактивного препарата (ИВВП) – Папаверин 30 мг, Фентоланин 1 мг, Простагландин Е 10 мкг;

– ИВВП + визуальная сексуальная стимуляция (ВСС);

– ИВВП + ВСС + мониторинг аппаратом «Rigiscan»;

– Виагра-тест (силденафил + ВСС).

6. Ректальное пальцевое исследование.

7. УЗИ и ультразвуковая допплерография сосудов полового члена, яичек и их придатков, семенных канатиков, органов малого таза.

Давность ПЭД у наших пациентов составляла от 6 месяцев до 12 лет (в среднем 3 года). Мы с осторожностью относимся к назначению ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5) пациентам старшего возраста (Силденафила, Тадалофила, Варденафила, Уденафила, Аванафила) учитывая, что у большинства из них имеется сопутствующая кардиологическая патология. Мы считаем, что основной контингент пациентов, нуждающихся в применении ингибиторов ФДЭ-5, являются молодые пациенты с ПЭД и нейрогенной ЭД, а также пациенты с органической ЭД после устранения у них основной причины заболевания. Всем пациентам

с ПЭД мы назначали первый отечественный высокоселективный мощный ингибитор ФДЭ-5 специфичный к циклическому гуанозинмонофосфату (цГМФ) Аванафил, действующим веществом которого является Аванафил. В таблетке содержится 50 или 100 мг Аванафила. Кроме того, в составе содержатся вспомогательные вещества: маннит (Е 421), кислота фумаровая, гидроксипропилцеллюлоза, гидроксипропилцеллюлоза низкозамещенная, кальция карбонат, магния стеарат, железа оксид желтый (Е 172).

При сексуальной стимуляции полового члена образуется местное освобождение оксида азота, ингибирование ФДЭ-5 Аванафилом, что приводит к увеличению уровня цГМФ в пещеристых тканях полового члена. Это способствует расслаблению гладких мышц и притоку крови в ткани полового члена, что вызывает эрекцию. Аванафил не оказывает должного эффекта при отсутствии сексуальной стимуляции.

Пациенты принимали Аванафил длительно (в режиме мультидоз) по 50 мг 1 раз в сутки в течение 12 недель. Мы отметили, что длительное регулярное ежедневное применение препарата значительно улучшало состояние пациентов, что в большинстве случаев приводило к естественному, спонтанному половому акту.

Наши пациенты с ПЭД вместе с Аванафилом применяли терапевтические средства коррекции сопутствующих типовых психастенических симптомов (Ноофен, Адаптол, Нейромедин). В комплексе лечения пациентам назначали препарат сбалансированного нейромодулярного действия Ноофен (производное γ-аминомасляной кислоты и фенилэтиламина) – транквилоотроп, обладающий транквилизирующим и ноотропным свойствами, стимулирующий адаптационные механизмы НС, устраниющий психоэмоциональную напряженность, тревогу, фобические расстройства и в то же время не влияющий на холино- и адренергическую передачу. Клиническое действие Ноофена заключается в уменьшении астении, вазовегетативных симпатергических проявлений при отсутствии выраженного седативного эффекта или возбуждения. Ноофен назначали в дозе 250 мг (1 капсула) 4 раза в день в течение 2 недель, а далее – 3 раза в день в течение последующих 3 недель.

Полученные нами результаты свидетельствуют об эффективности препаратов Аванафила и Ноофена в комплексной терапии ПЭД у пациентов.

У всех пациентов произошла нормализация психоэмоционального состояния, восстанов-

ление нейрорегуляторных механизмов центральной нервной системы, охранительного торможения в кортикальных структурах головного мозга, что привело к восстановлению нормального спонтанного полового акта.

Таким образом, комплексный подход к диагностике и лечению ПЭД у пациентов молодого возраста позволяет улучшить результаты лечения и уменьшить вероятность психастенических и невротических осложнений.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОШОНКИ

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

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КНП «Городская больница № 12» ДГС

Острый эпидидимит и орхоэпидидимит наиболее часто встречающиеся заболевания органов мошонки. Лечение данной патологии на современном этапе реформирования медицины, как правило, начинается амбулаторно у семейного врача под маркой ОРВИ. Назначаются пероральные противовоспалительные препараты. Эффекта от такого лечения практически нет. У пациентов быстро появляются признаки интоксикации, болевой синдром, повышение температуры тела до 39–40 градусов, припухлость и резкая болезненность мошонки. Это все может привести в дальнейшем к формированию абсцесса мошонки и развитию бесплодия. Именно по этому решающее значение для предупреждения осложнений, которые снижают качество жизни пациентов, должна правильно вырабатываться стратегия лечения данной патологии.

Лечение острых эпидидимитов и орхоэпидидимитов изначально должно проводиться в стационаре под наблюдением уролога. На сегодняшний день принятие такого решения полностью зависит от правильного заключения семейного врача при первичном осмотре пациента.

Инфекционно-воспалительные заболевания мужских половых органов – актуальная проблема урологии, поскольку они трудно лечатся и вызывают развитие осложнений, которые существенно влияют на качество жизни пациентов. Острые заболевания органов мошонки встречаются довольно часто и являются причиной госпитализации 4–5% всех урологических больных.

Результаты исследований последних лет показали, что у молодых мужчин в возрасте до 35 лет, эпидидимит и орхоэпидидимит чаще всего вызывают возбудители инфекций, передаваемых половым путем, такие как *Chlamydia trachomatis* или *Neisseria gonorrhoeae*, в то время как у по-

жилых пациентов эпидидимит обычно вызван грамотрицательной кишечной флорой.

У мужчин старшей возрастной группы частыми возбудителями эпидидимита становятся микроорганизмы, обнаруживаемые в моче. Причиной этому являются обструктивные заболевания нижних мочевых путей – структуры уретры, обструкция шейки мочевого пузыря, доброкачественная гиперплазия предстательной железы. При этих заболеваниях неполное опорожнение мочевого пузыря, повышение давления в задней уретре во время мочеиспускания способствуют рефлюксам инфицированной мочи в семявыносящий проток и развитию эпидидимита. Наиболее часто этиологическим фактором в этой возрастной группе является *Escherichia coli*, ее выявляют у 32–55% пациентов с острым эпидидимитом, встречаются и другие уропатогены – *Enterococcus faecalis*, *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*. В результате использования бактериоскопических, бактериологических методов исследования и ПЦР – диагностики, этиологический агент острого эпидидимита удалось выявить у 75% обследованных больных. При этом у мужчин моложе 45 лет преимущественное значение в этиологии острого эпидидимита имели инфекционные агенты, передающиеся половым путем (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* и др.), в 25% случаев обнаруживалась условно-патогенная микрофлора, а у подавляющего большинства больных наблюдалось сочетание двух вышеуказанных видов микроорганизмов. У пациентов старшей возрастной группы выявляется как сапрофитная микрофлора в виде стафилококков (*Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus*), так и грамотрицательная условно-патогенная микрофлора.

Описано 4 возможных пути попадания инфекционных агентов в придаток яичка:

1) гематогенный (развитию эпидидимита предшествуют ангина, гайморит, фурункулез, сепсис и другие инфекционные состояния); 2) лимфогенный; 3) каналикулярный – по семявыносящему протоку; 4) секреторный – эпидидимиту предшествует орхит (этот путь типичен для вирусной природы заболевания). Большинство авторов указывают на то, что наиболее частым является каналикулярный путь.

О преобладании каналикулярного пути распространения инфекции свидетельствуют и клинические наблюдения: при эпидидимоортите, в первую очередь, всегда поражается придаток яичка, а деструктивные изменения чаще возникают в хвосте придатка, чем в головке.

Морфологические изменения в начальной стадии острого эпидидимита представлены инфильтрацией межточной ткани придатка, отеком и утолщением его оболочки, скоплением в просвете придатка серозного экссудата.

Частым и закономерным осложнением острого эпидидимита является развитие орхита, что обусловлено, как непосредственным распространением воспалительного процесса в сторону яичка перивазальным и интерстициальным путем, так и опосредованно, в силу механических факторов – нарушения кровообращения, лимфообращения, компрессии яичка, стаза и гипертензии в протоках и семенных канальцах. При этом в яичке происходят аналогичные изменения – инфильтрация стромы лейкоцитами, скопление экссудата в канальцах, утолщение белочной оболочки.

При прогрессировании заболевания процесс переходит в гнойную форму с образованием микроабсцессов, абсцесса придатка яичка, либо интратестикулярного абсцесса, которые осложняют течение острого эпидидимита у 3–8% больных. Ограниченные абсцессы могут заканчиваться самоизлечением с исходом в рубцевание или обызвествление, но чаще приводят к очаговому или диффузному склерозу яичка или придатка. Воспалительный процесс в придатке может заканчиваться облитерацией протока придатка, что при двустороннем процессе становится причиной бесплодия.

Тяжелый эпидидимит может приводить к ишемии ткани яичек, как за счет вовлечения в воспалительный процесс ткани яичка, а также за счет сдавления кровеносных сосудов яичка отечной тканью придатка.

Придаток яичка представляет собой важный репродуктивный орган, обеспечивающий конечную функциональную полноту спермы, необходимую для оплодотворения. Роль придат-

ка яичка в обеспечении мужской fertильности определяется, в частности, такими функциями как транспортная, резервуарная, секреторная и функция дозревания сперматозоидов.

Наиболее часто бесплодие после перенесенного острого эпидидимита носит экскреторный обструктивный характер, связанный с обструкцией протока придатка и составляет 10,5% всех случаев мужского бесплодия.

Влияние инфекции половых органов у мужчин на физиологию репродуктивных процессов можно объяснить следующим: 1) прямое и опосредованное действие инфекционного агента на сперматозоиды; 2) нарушение секреции половых желез оказывает косвенное влияние на функциональное состояние сперматозоидов; 3) воспаление и последующий склероз в тканях, где формируются или перемещаются сперматозоиды; 4) иммунологические реакции, угнетающие fertильность.

Базисом лечения острого эпидидимита и эпидидимоортита является антибактериальная терапия.

Наряду с антибактериальной терапией применяют комплекс других лечебных воздействий. Обязательным является приданье мошонке повышенного фиксированного положения, соблюдение постельного режима. Многие авторы высказываются о целесообразности местного применения холода (холодные компрессы, лед), что позволяет уменьшить выраженность местной воспалительной реакции.

Суммируя изложенное, можно констатировать, что в лечении острого эпидидимита на сегодняшний день наибольшее распространение получила консервативно-выжидательная тактика. Она подразумевает консервативную терапию и применение оперативного вмешательства лишь при развитии гнойных осложнений. В то же время не всегда удовлетворительные результаты консервативной терапии и высокая частота нарушений репродуктивной функции после перенесенного острого эпидидимита повлекли за собой разработку многочисленных методов, направленных на улучшение результатов консервативной терапии.

Чтобы исключить хронизацию воспалительного процесса, обязательным условием наряду с проведением своевременной диагностики является назначение адекватной антибактериальной терапии. Выбор конкретного лекарственного препарата для лечения инфекций мочеполовой системы определяется его спектром действия в отношении наиболее распространенных уропатогенов, способностью избирательно-

го накопления (например, в простате, яичках, придатках) и поддержания необходимой концентрации в течение достаточно длительного периода времени. Острый эпидидимит как ургентное урологическое заболевание требует немедленной диагностики и назначения адекватного лечения.

Европейская ассоциация урологов рекомендует фторхинолоны в качестве препаратов выбора для лечения острого эпидидимита. При этом преимущество предлагается отдавать фторхинолонам, действующим на *C. trachomatis* (например, офлоксацин, левофлоксацин), благодаря их широкому спектру активности и хорошему проникновению в ткани мочеполовой системы.

Фторхинолоны обладают широким спектром антимикробного действия, который включает грамотрицательные и грамположительные аэробные бактерии, микобактерии туберкулеза, хламидии, микоплазмы. Характерными для их действия являются положительные фармакокинетические особенности (высокая биопроникаемость, отличное тканевое проникновение, про-лонгированное действие у большинства представителей этого класса), относительно низкая токсичность, хорошая переносимость и высокая эффективность. Цитокинетические свойства фторхинолонов и их способность проникать внутрь клетки обусловливают их эффективность при инфекциях, которые вызваны хламидиями и микоплазмами. Наиболее изученным и широкоупотребляемым среди препаратов III поколения фторхинолонов является левофлоксацин.

В отличие от других препаратов группы фторхинолонов левофлоксацин в минимальной степени метаболизируется ферментами системы цитохрома P450 и не вызывает существенных лекарственных взаимодействий, обусловленных влиянием на эти ферменты; характеризуется минимальной фототоксичностью; не имеет выраженного действия на функцию печени, а также характерного для других фторхинолонов увеличение интервала QT. Также важно, что концентрация левофлоксацина в тканях в 30 раз превышает ее в сыворотке крови. На сегодняшний день левофлоксацин входит в перечень жизненно необходимых лекарств ВОЗ.

Левофлоксацин является препаратом первого выбора при лечении орхоэпидидимитов, учитывая его широкий антимикробный спектр действия и хорошее проникновение в ткани яичка и его придатка.

У пациентов молодого возраста отмечается широкий спектр этиологических факторов, вызывающих эпидидимит и орхоэпидидимит ча-

сто сочетающихся с распространением инфекций, передающихся половым путем (хламидиоз, трихомониаз, микоплазмоз и др.). Это говорит о целесообразности использования комбинирования препаратов с наиболее широким спектром противомикробного действия. В данном контексте представляет интерес комбинация фторхинолонов с препаратами группы нитроимидазола. Производные 5-нитроимидазола – высокоактивные антимикробные препараты широкого спектра действия для системного лечения инфекций, вызванных облигатными анаэробными бактериями и простейшими. Среди представителей этой группы более высокую эффективность в лечении урогенитальных инфекций проявляют препараты нового поколения, в частности орнидазол.

Орнидазол имеет лучшие фармакокинетические параметры, чем первый препарат группы нитроимидазолов – метронидазол, что позволяет уменьшать продолжительность лечения, не снижая его эффективности. Так, например, после применения орнидазола в крови более длительное время поддерживается эффективная противотрихомонадная концентрация. Кроме того, орнидазол имеет лучшую переносимость и комплаентность.

Стоит отметить, что правильно подобранное и вовремя назначенное лечение позволяет добиться эрадикации возбудителей патологического процесса при условии соблюдения необходимого режима терапии и соответствующих врачебных рекомендаций в каждом конкретном случае.

Нами проведен анализ 67 историй болезни пациентов с воспалительными заболеваниями яичек, которые находились на лечении в хирургическом отделении КНП «ГБ №12» ДГС за период с 01.01.2017 года по 31.12.2019 года. Из них:

- острый эпидидимит – 21 человек;
 - острый орхоэпидидимит – 46 человек (в том числе 6 человек с двусторонним орхоэпидидимитом);
 - сочетание острого эпидидимита с левосторонним варикоцеле – 8 человек;
 - сочетание эпидидимита с кистами придатков яичка – 9 человек;
 - поражение левого яичка – 34 человека;
 - поражение правого яичка – 33 человека.
- Возраст пациентов – от 20 до 77 лет:
- 20–30 лет – 6 человек (8,96%);
 - 31–40 лет – 20 человек (29,85%);
 - 41–50 лет – 11 человек (16,42%);
 - 51–60 лет – 9 человек (13,45%);

– 61–70 лет – 15 человек (22,4%);
– 71–77 лет – 6 человек (8,96%).

Выполнено 19 операций:

- варикоцелектомия по Мармару – 8 (после снятия воспалительного процесса в придатке яичка);
- удаление кист головки придатка – 7;
- резекция головки придатка яичка по поводу кист – 2 операции с формированием эпидидимоорханастамозов;
- орхэктомия по поводу гнойного орхо-эпидидимита – 2.

Средний койко-день составил 10,9 дня. Работающих – 28 человек. Неработающих – 28 человек, пенсионеров – 11 человек.

Основной курс лечения пациентов мы проводили в хирургическом отделении. Он включал в себя:

1. Строгий постельный режим до исчезновения острой фазы воспаления (3–5 суток).
2. Полноценное диетическое питание.
3. Обеспечение полного покоя воспаленному органу.
4. Внутривенная инфузионная терапия в течение 5–6 дней, включающая в себя 5%-ный раствор глюкозы, раствор Рингера, большие дозы аскорбиновой кислоты, левофлоксацин (Абифлокс 500 мг / 100 мл, Abryl), Орнидазол 500 мг / 100 мл (Дарница), Реамберин 400 мл, Коргликон, Аспаркам. Внутримышечное введение препаратов цефалоспоринового ряда: Лораксон (Exir Pharmaceutical) или Эмсеф (Abryl)

по 1 г 2 раза в сутки в течение 10 дней. Пероральный прием Абифлокса по 500 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней, Фуцис по 50 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней, гепатопротекторы, пробиотики (Нормагут, Mega Lifesciences) по 2 капс. 2 раза в день в течение 10 дней), аloe по 1 амп. внутримышечно ежедневно в течение месяца. Внутривенно струйно медленно антигипоксант Тиосульфат натрия 30% по 10 мл 1 раз в день в течение месяца. Примочки с Димексидом, разведенным в кипяченой воде (1:5) 4–5 раз в сутки 7–10 дней.

После улучшения соматического состояния пациента, уменьшения явления воспаления в яичке назначаем физпроцедуры на соответствующую половину мошонки – электрофорез с гидрокortизоном 1 раз в день ежедневно 10–12 процедур. Если у пациента формировался абсцесс мошонки, проводили его вскрытие и дренирование мошонки. При расплавлении яичка выполняли орхофуникулэктомию.

Таким образом, своевременная диагностика воспалительных заболеваний органов мошонки – залог их успешного консервативного медикаментозного излечения. Учитывая, что остаточные очаги воспаления практически всегда остаются в придатке яичка в случае при повторном обострении эпидидимита или орхо-эпидидимита у этих пациентов, мы выполняли им оперативное вмешательство – резекция придатка яичка или эпидидимэктомия с гистологическим исследованием оперативного материала.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ ПО ДАННЫМ СПЕРМОГРАММ

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Г.В. Даниленко²,
Н.М. Русинко², Н.Ю. Полион¹, Н.Н. Ратова³*

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КНП «Городская больница №12» ДГС

³ ЧП «Клиника доктора Куликовича»

Хронический простатит (ХП) встречается у мужчин от 3% до 35%. ХП является самым распространенным урологическим заболеванием, с симптоматикой которого мужчины обращаются к урологу. При неэффективном лечении у пациентов молодого возраста может развиться эректильная дисфункция и репродуктивные расстройства. Все это заставляет искать новые методы диагностики и лечения данного заболева-

ния. Особого внимания заслуживает поиск новых диагностических методик.

Основной причиной развития осложнений в репродуктивной сфере называют нарушение гемодинамики в яичках. Однако качество эякулята зависит не только от состояния яичек, но и от функции предстательной железы. Секрет предстательной железы как составная часть спермальной жидкости выполняет

трофическую и защитную функции для сперматозоидов, определяет их подвижность и предотвращает аглютинацию. Работы, освещавшие состояние репродуктивной функции у молодых мужчин при ХП, и способов профилактики ее нарушений, единичны.

Настоящая работа основана на результатах исследования эякулята у пациентов с ХП и подозрением на нарушение репродуктивной функции. Исследовали эякулят, полученный методом мастурбации, после трехдневного воздержания. Оценку проводили в соответствии с критериями ВОЗ. Исследования проводились в соответствии с принципами Хельсинской декларации ВОЗ по проведению биомедицинских исследований у людей. Исследования проводились в лицензированной лаборатории клиники Куликовича (г. Днепр).

Сpermограмма – это лабораторное исследование эякулята, которое позволяет оценить возможность мужской спермы оплодотворить женскую яйцеклетку. Результаты spermограммы помогают выявить бесплодие у мужчин и определить его причины. Исследуя эякулят, врач имеет возможность оценить степень мужского здоровья. Кроме того, spermограмма помогает выявить целый ряд заболеваний мочеполовой системы (простатит, заболевания, передающиеся половым путем и т.д.).

Оценивать «качество» спермы по отдельным показателям некорректно – необходимо учитывать все показатели комплексно.

Расчет показателей spermограммы сегодня ведется по нормативам ВОЗ. Они являются общепринятыми.

Изменения спермы могут носить различный характер:

- азооспермия – полное отсутствие сперматозоидов в представленном эякуляте;
- акинозооспермия – сперматозоиды в об разце есть, но все они неподвижные;
- лейкоцитоспермия – выявление избыточного количества лейкоцитов в эякуляте;
- тератозооспермия – количество сперматозоидов с аномальным строением (больше 50%) в эякуляте;
- астенозооспермия – сперматозоиды обладают пониженной подвижностью;
- антиспермальные антитела – антитела, которые мужской организм вырабатывает для противодействия сперматозоидам;
- гемоспермия – наличие эритроцитов в эякуляте;
- некрозооспермия – отсутствие живых сперматозоидов в эякуляте;

– нормозооспермия – выявление любых отклонений от нормы, которое может повлиять на возможность зачатия;

– олигоzoоспермия – объем выделяемой спермы недостаточный (ниже 2 мл);

– полиспермия – повышенное количество сперматозоидов в эякуляте или его большой объем (более 8–10 мл);

– пиоспермия – гнойные включения в эякуляте;

– нормоспермия – все показатели в пределах нормы.

Важные показатели spermограммы:

Физико-химические исследования:

1. Количество – 2–6 мл.

2. Цвет – серовато-белый.

3. Мутность – мутная.

4. Запах – цветов каштана.

5. Вязкость (после полного разжижения) – 0,1–0,5 см.

6. pH – слабощелочная.

7. Время разжижения – 5–30 минут.

8. Количество сперматозоидов в 1 мл. – 20–120 млн/мл.

9. Количество сперматозоидов во всем объеме – более 150 млн.

10. Количество живых сперматозоидов – 80–90%.

11. Количество мертвых сперматозоидов – 10–20%.

Морфологические исследования:

1. Клетки сперматогенеза – 0,5–2%.

2. Лейкоциты – единичные.

3. Эритроциты – единичные.

4. Лецитиновые зерна – большое количество.

5. Спермаглютинация – (–).

6. Спермагрегация – (–).

7. Макрофаги – нет.

8. Кристаллы Бетхера – нет.

9. Слизь – нет.

10. Микрофлора – нет.

11. Атипические клетки – нет.

Кирнезиограмма через 1 час:

1. Нормокинезис – 80–90%.

2. Гипокинезис – 10–12%.

3. Дискинезис – 0%.

4. Акинезис – 6–10%.

Дифференциальная spermограмма:

1. Нормальные формы – 80–85%.

2. Юные формы – 0%.

3. Старые формы – 0%.

4. Дегенеративные формы (патология) – 0–20%.

Важную роль при анализе spermограммы играет показатель плодовитости Фарриса. Это

произведение объема в мл мужской спермы, процента подвижных сперматозоидов и их числа в 1 мл спермы, разделенные на 100. При норме показатель Фарриса должен быть не менее 200.

Причинами изменений могут быть гормональные нарушения, поэтому при плохих результатах необходимо назначать анализ крови на гормоны (ФСГ, ЛГ, тестостерон и др.).

С сентября 2014 по июль 2020 года нами проведено микроскопическое исследование 585 образцов спермальной жидкости у пациентов с ХП. У всех этих пациентов одновременно произведен посев эякулята на флору.

Патогенная флора выселяна в 52% случаев, в остальных случаях флора не обнаружена. В бак-посевах эякулята были выявлены:

- Enterococcus faecalis – 30%;
- Stafilococcus aureus – 10%;
- Candida albicans – 10%;
- Escherichia coli – 8%;
- Stafilococcus gaemoliticus – 8%;
- Stafilococcus saprofiticus – 8%;
- Proteus mirabilis – 4%;
- Streptococcus epidermidis – 14%;
- Micrococcus cuteus – 4%;

- Enterobacter aurogenes – 2%;
- Klebsiella pneumoniae – 2%.

В 67,4% спермограмм выражена лейкоцитоспермия. Спермагглютинация выражена в 12 спермограммах +++, в 150 спермограммах – ++, в 100 спермограммах – +, в 95 спермограммах – -.

Спермагглютинация – это процесс склеивания сперматозоидов. Причиной такого состояния может быть нарушение работы иммунной системы или наличие воспалительного процесса в половых органах.

Показатель плодовитости Фарриса ниже нормы отмечен в 92,4%.

Полученные результаты говорят о том, что у большинства пациентов с ХП обнаружено нарушение сперматогенеза. Всем пациентам проведено комплексное медикаментозное лечение. После комплекса лечебных мероприятий на контрольных спермограммах у большинства пациентов получено улучшение качества эякулята.

В заключение хочется отметить, что все пациенты с ХП наряду с другими методами обследования нуждаются в выполнении микроскопического исследования спермальной жидкости с посевом ее на флору.

МАТЕМАТИЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ПРОГНОЗІВ РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕнь ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

*C.O. Возіанов, С.М. Шамраєв, В.Д. Васильєва, Д.М. Шамраєва, В.П. Стусь,
М.Ю. Поліон, В.М. Краснов, М.А. Рідченко, А.П. Кондратенко*

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Мета дослідження: розробка математичної моделі прогнозування результату раннього після-операційного періоду у пацієнтів з карциномою сечового міхура.

Матеріали та методи. Під спостреженням перебували 307 пацієнтів (з 2008 до 2018 р.), що перенесли відкриту радикальну цистектомію (ВРЦЕ). Пацієнти були разподілені на 2 групи. До 1-ї групи увійшли хворі РСМ, які мали сприятливий результат раннього після-операційного періоду – 152 (49,5%) пацієнта. У 2-ї групі представлені 155 (50,5%) пацієнтів, що мали ускладнений перебіг періопераційного періоду. До післяопераційних ускладнень були віднесені: інфікування та діастаз країв після-операційної рани, необхідність гемотрансфузії,

гострий флеботромбоз, лімфоцеле, гематоцеле, що не могла бути розрішена консервативно, товсто-кишкова непрохідність та неспроможність кишкового анастомозу. Для оцінки досліджуваних параметрів використовувалась величина діагностичного коефіцієнта (ДК) із застосуванням неоднорідної послідовності процедури розпізнавання, яка базується на методиці Байеса.

Результати дослідження Способ застосування методу полягає у співвідношенні всіх отриманих параметрів пацієнта з відповідними діапазонами значень і відповідних їм ДК. Отримані коефіцієнти підсумовуються і при досягненні порогової суми +25 з імовірністю 95% можемо прогнозувати сприятливий перебіг раннього післяопераційного періоду, при досягненні

порогової суми ДК, рівної -25 , з тією ж імовірністю можемо прогнозувати несприятливий перебіг, якщо ж сума ДК не досягає жодного з порогів, прогноз вважається сумнівним. З 60 проаналізованих параметрів 50 виявилися неінформативними ($\Sigma I < 0,5$). Високу прогностичну значимість ($\Sigma I = 6,15$) має тривалість дренування рани після ВРЦЕ. Функціонування дренажної системи в межах двох тижнів характеризується позитивним знаком (+4; $I = 1,76$), що говорить про його вплив на прогноз розвитку ускладнень ВРЦЕ. Негативний вплив має сукупність таких факторів як індекс маси тіла (ІМТ) і рівень загального білка крові. Примітно те, що від'ємним значенням діагностичного коефіцієнта характеризувались показники, що не перетинають нижню межу референтної норми: ІМТ $\leq 24 \text{ кг}/\text{м}^2$ (-1; $I=0,1$) і загальний білок крові

$\leq 58,3 \text{ г}/\text{л}$ (-3; $I=0,5$). Негативним знаком супроводжувалися показники систолічного артеріального тиску нижче 120 мм рт.ст. (-1; $I=0,1$) і діастолічного АТ нижче 71 мм рт.ст. (-6; $I=0,8$). Статистично значимі показники крововтрати об'ємом більше 2882 мл, ДК=-5 ($I=0,5$) «запускають» ланцюг патологічних реакцій, що призводить до розвитку важких органних порушень.

Висновки. Розроблена математична модель дозволяє зробити стратифікацію кожного конкретного хворого у відповідну групу характеру перебігу післяопераційного періоду, що дозволить в проспективній частині дослідження валідувати модель у вигляді програмного комп'ютерного забезпечення, що приведе до точності прийняття рішення у виборі тактики лікування даної категорії хворих.

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДОВГИХ СТРИКТУР ТА ОБЛІТЕРАЦІЙ УРЕТРИ

С.О. Возіанов, С.М. Шамраєв, М.А. Рідченко, О.Л. Шарпіло, Д.М. Шамраєва

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Мета. Порівняти ефективність різних видів уретропластик при довгих структурах та облітераціях сечівника.

Матеріал і методи. Ретроспективно оцінено результати відкритих уретропластик у 164 пацієнтів за період 2010–2019 рр. Хворі поділені на 4 групи: 1-ша група – букальна уретропластика – 66 (46,6%), 2-га група – уретро-уретро-або уретро-простатоанастомоз – 50 (35,2%), 3-тя група – замісна пластика шкірно-фасціальним шматком – 15 (10,6%), 4-та група – винесено пацієнтів, яким була виконана букальна пластика з використанням модифікації шва фіксуючого букальний шматок – 11 (7,7%).

Результати. Рецидивна форма структурної хвороби уретри була у 59 (41,5%) пацієнтів. Середня довжина СУ склала в 1-й гр. – $8,1 \pm 0,5$ см; $1,6 \pm 0,6$ см в 2-й гр.; $3,6 \pm 0,5$ см в 3-й гр.; і в 4-й гр. – $7,2 \pm 1,9$. Середній період післяопераційної госпіталізації склав $7 \pm 2,3$ діб і не різнився в досліджуваних групах. Більшість пацієнтів (78%) вписані на амбулаторне лікування з уретральним катетером.

У результаті порівняння часу операції та наркозу у групах 1-й і 4-й. Достовірно меншим

виявився час операції у 4-й групі. Результатом цього було використання модифікації безперервного шва для фіксації букального шматка, що значно зменшує час операції. При цьому забезпечується більш щільне прилягання букального шматка до підготовленого майданчика. Для фіксації шматка модифікованим швом не потрібно виділяти уретру з обох боків, достатньо виділення враженої частини уретри з одного боку, що не порушує кровопостачання уретри та покращує післяопераційне приживлення встановленого шматка.

При рецидиві СУ провели 28 (19,7%) пацієнтам ВОУТ, і 12 (8,4%) – повторну букальну пластику уретри або уретропростатоанастомоз – з хорошим результатом.

Висновки

1. Відповідно до проведеного аналізу первинна ефективність уретропластик склала: букальна пластика – 68,6%; уретроуретро-уретро-простатоанастомоз – 75,7%; пластика шкірно-фасціальним шматком – 63,2%; букальна пластика в модифікації клініки – 72,1%;

2. Використання модифікації шва, що фіксує букальний шматок, зменшує час операції і, відповідно, час наркозу.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯТРОГЕННЫХ ФОРМ ВАЗАЛЬНОЙ АЗООСПЕРМИИ

Н.Л. Панасовский, А.В. Аркадов

Харьковский национальный медицинский университет

Обструктивная азооспермия (OA) определяется как отсутствие сперматозоидов в эякуляте, при сохраненном сперматогенезе. OA является распространенным урологическим заболеванием и составляет от 6,1% до 13,6% пациентов, с нарушенной fertильностью.

Травма семявыносящего протока во время различных хирургических вмешательств может быть вызвана рассечением, компрессией, послеоперационным фиброзом и ишемией – это все возможные механизмы повреждения протока. Травмы семявыносящего протока возможны при различных паховых, мошоночных и тазовых операциях, включая герниопластику, пластику оболочек яичка при гидроцеле, аппендэктомию и трансплантацию почек. На вероятность обструкции семявыносящего протока после пластики паховой грыжи может влиять хирургический подход (лапароскопический против открытого), педиатрический против пластики грыжи у взрослых, хирургический метод и материал, используемый для укрепления стенок.

Целью исследования явилась оценка результативности одно- и двухслойной микрохирургической техники вазовазоанастомоза при ятрогенной вазальной азооспермии.

Материалы и методы. Собраны и проанализированы данные микрохирургического восстановления проходимости у 28 мужчин с доказанной OA, которым была выполнена двусторонняя вазэктомия с целью контрацепции. У всех пациентов были исключены врожденные, эндокринные, инфекционно-токсические и любые иные негативные причинные факторы азооспермии.

В исследование были включены пациенты, средний возраст которых составил 36 лет $36,1 \pm 5,7$. В группу I включены 12 пациентов, которым выполнена однослойная микрохирургическая техника вазовазоанастомоза (ретроспективный анализ). В группу II вошли 16 пациентов, у которых при восстановлении вазальной проходимости была использована техника двухслойного анастомоза с применением современной оптико-увеличительной техники большого разрешения (операционный микроскоп Carl Zeiss с 24-кратным увеличением).

Основными критериями диагностики OA служили: азооспермия при трехкратном иссле-

довании с интервалом не менее двух недель; концентрация в семенной плазме биохимических маркеров OA (фруктоза, цинк, pH, нейтральная α -гликозидаза). К лабораторным прогностическим факторам относились уровень тестостерона, ФСГ, ЛГ, пролактина, ингибина B.

Всем пациентам проводили УЗИ с допплерометрией – оценивали размер, структуру яичек, состояние придатков и наличие семявыносящего протока. Все полученные в ходе исследования данные подвергнуты статистической обработке. Результаты оценивали по двум критериям: наличие сперматозоидов в эякуляте и частота наступления физиологической беременности. Техника доступа, мобилизации и резекции краев анастомоза при обоих методах не отличалась.

Результаты. Результаты лечения оценивали по двум критериям: появление сперматозоидов в эякуляте и наступление физиологической беременности. В I группе пациентов, где проводилась однослойная техника наложения анастомоза, в 30% случаев в послеоперационном периоде были обнаружены сперматозоиды, и лишь в 16,6% наступила физиологическая беременность. Мужчинам, у которых был отрицательный послеоперационный результат рекомендовано проведение программы ЭКО / ИКСИ.

В группе II, где была использована техника двухслойного анастомоза с применением оптико-увеличительной техники большого разрешения, восстановление проходимости наблюдалось у 14 пациентов (87%). Физиологическая беременность наступила у 10 пар (63%).

Выводы. Микрохирургическая техника двухслойного анастомоза с применением оптико-увеличительной техники большого разрешения позволяет добиться в 87% случаев восстановления проходимости семявыносящих путей у пациентов с вазальной ятрогенной азооспермией, а также наступления физиологической беременности у 63% пар. Методика показала свои преимущества в сравнении с однослойной техникой анастомоза, так как является более деликатным в наложении слизисто-слизистого анастомоза. Может быть рекомендована парам с вазальной OA, как альтернатива программы ЭКО / ИКСИ.

ВІДДАЛЕНІ ОНКОЛОГІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОЇ ХІРУРГІЇ ПУХЛИН НИРОК

Г.Г. Хареба, В.М. Лісовий, Д.В. Щукін

Харківський національний медичний університет

Вступ. Результати органозберігаючої хірургії (ОЗХ) пухлин нирок, як мінімум, не гірші ніж після радикальної нефректомії. Дослідження показують, що ОЗХ за елективними показаннями, не пов'язана з підвищением кількості місцевих рецидивів і не має відмінностей в загальній та канцерспецифічній виживаності протягом 5 і 10 років. При цьому ризик появи місцевих рецидивів після ОЗХ можна порівняти з їх частотою після РН.

Проте більш широке застосування ОЗХ при імперативних показаннях, при більш складних пухлинах (великого розміру, рецидивних, мультифакторіальних, інтрапаренхімних пухлинах і навіть при внутрішньовенній інвазії) вимагають сучасної оцінки онкологічних результатів таких операцій.

Мета. Робота присвячена вивченню віддалених онкологічних результатів ОЗХ за результатами роботи одного урологічного спеціалізованого закладу.

Матеріали та методи дослідження. Всього за період з 2010 до 2019 року в Харківському обласному медичному клінічному центрі урології і нефрології ім. В.І. Шаповалі ОЗХ пухлин нирок була виконана у 1024 пацієнтів. Після обробки документації були вилучені всі випадки, при яких була відсутнія будь-яка вичерпна інформація по цих пацієнтах. У результаті оцінка віддалених онкологічних результатів була здійснена на основі ОЗХ у 701 пацієнта з новоутвореннями нирки.

Розподілення пухлин згідно зі стадією TNM було наступним: T1a – 295 (42,1%) хворих, T1b – 265 (37,8%), T2a – 57 (8,1%), T2b – 17 (2,4%), T3a – 67 (9,6%), N1 – 6 (0,9%), M1 – 11 (1,6%).

Для отримання максимальної достовірності інформації по онкологічних результатах лікування, був вибраний метод безпосереднього телефонного контакту зі всіма пацієнтами. У результаті вичерпну достовірну інформацію станом на лютий 2020 року вдалося отримати про 596 (85,0%) пацієнтів. Ще про 10 (1,4%) хворих інформація отримана з бази даних закладів радіологічної діагностики та даних про госпіталізацію пацієнта з приводу інших захворювань. Інформація про стан 95 (13,6%) хворих вияви-

лася недоступною з різних причин — проживання на тимчасово окупованих територіях ОРДЛО, в Криму, в Росії або у зв'язку зі зміною номера телефона та місця проживання. Взагалі, інформація була отримана про 606 (86,4%) хворих після ОЗХ.

Результати. Відомості про всіх пацієнтів після ОЗХ пухлин нирок за весь період часу, про яких вдалося отримати дані з різних джерел інформації, зібрані в таблиці 1. Там же наведені дані про віддалені результати лікування за весь період часу після ОЗХ. Вичерпна інформація була отримана про 606 (86,4%) пацієнтів: з них 33 (5,4%) померли через різні причини; 16 (2,6%) померли від прогресування раку нирки; 573 (94,6%) залишаються живими; 559 (92,2%) живі та не мають рецидивів пухлини нирки.

Загальна частота прогресування захворювання за весь період спостереження склала 4,95%, яка включає пацієнтів, що померли від раку нирки, а також живих хворих з локальним рецидивом або метастазами. Хворих з локальним рецидивом після ОЗХ було 9 (1,5%). Середній час спостереження до виявлення локального рецидиву складав $28,3 \pm 2,6$ місяця. У 3 хворих у подальшому була виконана нефректомія, щодо методів лікування інших пацієнтів з локальним рецидивом, інформація відсутня.

При подальшому спостереженні після ОЗХ, живих хворих з метастазами виявлено 5 (0,8%). Середній час спостереження до виявлення метастазів – $40,4 \pm 3,1$ місяця. У 1 хворого після ОЗХ виданий метастаз у лімфатичний вузол без подальшого лікування, 2 хворих отримують таргетну терапію, 2 пацієнти з метастазами в легені живі – специфічне лікування не проводиться.

Аналіз загальної виживаності серед 606 пацієнтів після ОЗХ показав, що 5-річна загальна виживаність після ОЗХ склала 94,6%.

Також аналіз виживаності вільної від прогресії продемонстрував, що вона дорівнює 95%.

Висновки. Органозберігаюча хірургія є ефективним та безпечним методом лікування пухлин нирок. Дослідження показало, що загальна частота прогресії після ОЗХ не перевищує 4,95%, а частота ізольованих локальних рецидивів 1,5%.

УСКЛАДНЕННЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОЇ ХІРУРГІЇ ПУХЛИН НИРОК

Г.Г. Хареба, В.М. Лісовий, Д.В. Щукін

Харківський національний медичний університет

Хірургічне лікування є основним видом терапії хворих з пухлинами нирок. Сучасна тенденція в лікуванні пухлин нирок полягає в більш широкому застосуванню органозберігаючої хірургії (ОЗХ). Зараз ОЗХ більше виконується при складних видах новоутворень: великого розміру, з внутрішньовенозним поширенням, мультифокальних, а також інтрапаренхімних пухлинах нирки і не тільки за імперативними показаннями.

Дійсно, протягом останніх двох десятиліть ОЗХ пухлин нирок стала золотим стандартом для невеликих новоутворень, що супроводжується невеликою кількістю ускладнень. Проте дослідження, що оцінюють ефективність та безпеку ОЗХ більш складних пухлин нирок, обмежені та містять суперечливі результати.

Мета. Завданням роботи було оцінити ускладнення ОЗХ різних видів пухлин нирок.

Матеріали та методи дослідження. Результати отримані на основі ОЗХ 701 пацієнта з новоутвореннями нирок. Всі пацієнти лікувалися і були прооперовані в Харківському обласному медичному клінічному центрі урології і нефрології ім. В.І. Шаповалова за період з 2010 до 2019 року.

Серед пацієнтів було 359 (51,2%) чоловіків та 342 (48,2%) жінки. Середній вік хворих: $57,9 \pm 0,45$ року. Середній розмір пухлин, що видалялися, був $45,5 \pm 1,6$ мм (мінімальний розмір 7 мм, а максимальний – 200 мм). Всього 86 (12,3%) пацієнтів мали новоутворення розміром >7 см. Пацієнтів з анатомічно або функціонально єдиною ниркою – 33 (4,7%). Двобічні пухлини нирок були у 21 (3,0%) хворого. Виражена ниркова недостатність (ШКФ < 60 мл/хв) зафіксована у 137 (19,5%) випадках. Абсолютні показання до ОЗХ мали 167 (23,8%) пацієнтів. Розповсюдження пухлини в вени спостерігалось у 32 (4,6%) пацієнтів: з інвазією в головну ниркову вену – 7 (1%), сегментарні вени – 25 (3,6%). Інвазія в синус нирки була в 33 (4,7%) випадках ОЗХ. Мультифокальність пухлин була зареєстрована в 22 (3,1%) спостереженнях. Повністю інтрапаренхімні новоутворення виявлені в 27 (3,9%) спостереженнях. Розподіл пацієнтів за стадіями: Т1a – 295 (42,1%), Т1b – 265 (37,8%),

T2a – 57 (8,1%), T2b – 17 (2,4%), T3a – 67 (9,6%), N1 – 6 (0,9%), M1 – 11 (1,6%).

Була оцінена частота ускладнень після ОЗХ пухлин нирок серед всіх пацієнтів, а також окремо з урахуванням наступних критеріїв: розмір пухлини >7 см, внутрішньовенозне поширення новоутворення, мультифокальність, повторна ОЗХ при рецидивній пухлині, повністю інтрапаренхімне розташування, у хворих з абсолютними показаннями до ОЗХ, пацієнтів похилого віку (>70 років), хворих з поганим загальним станом (ECOG >2 балів).

Післяопераційними вважалися ускладнення, що виникли в період до 30 діб після операції. Важкість ускладнень оцінювалася за класифікацією Clavien–Dindo (The Clavien–Dindo Classification of Surgical Complications).

Результати. Серед всіх пацієнтів інтрапаренхімні ускладнення виникли у 87 (12,4%) випадках, післяопераційні – у 58 (8,3%). Періопераційна летальність склала 1,1% (8 хворих). Жодного випадку смерті під час операції не було зафіксовано – всі пацієнти померли в ранньому післяопераційному періоді.

Серед всіх пацієнтів частота інтрапаренхімніх ускладнень була більшою ніж післяопераційних. Але слід враховувати, що переважну кількість інтрапаренхімніх ускладнень склала інтрапаренхімна кровотеча в 73 (10,4%) випадках, яка враховувалася, якщо була більше 500 мл. Також серед інтрапаренхімніх ускладнень спостерігалися травма сечоводу у 5 (0,7%) хворих, травма ниркової вени або артерії – 9 (1,3%) хворих. Більшість травм ниркових судин під час операції спостерігалася у пацієнтів з внутрішньовенозним поширенням пухлини – у 7 (21,9%) хворих. Пошкодження сечоводу також було характерним для пухлин складних для ОЗХ (розміром >7 см, внутрішньовенозним розповсюдженням, мультифокальних та інтрапаренхімних).

Була проведена оцінка впливу кожного з 8 критеріїв «складності» пухлини на кількість ускладнень ОЗХ. Для цього всіх хворих кожного разу поділяли на тих, які мали означений критерій складності пухлини та решту хворих, та проводили порівняння частоти ускладнень.

Виявiloся, що інтраопераційні та після-операційні ускладнення при ОЗХ пухлин розміром >7 см спостерігалися достовірно частіше ($p<0,001$ та $p<0,002$ відповідно). Зокрема, достовірно частіше була інтраопераційна кровотеча >500 мл ($p<0,001$), травма ниркової вени або артерії ($p<0,028$), травма сечоводу ($p<0,033$), необхідність гемодіалізу ($p<0,046$) та повторної операції ($<0,033$).

У пацієнтів з внутрішньовенним поширенням пухлини кількість інтраопераційних та післяопераційних ускладнень була також достовірно вище ($p<0,001$). Частіше спостерігалися: інтраопераційна кровотеча >500 мл ($p<0,001$), травма ниркової вени або артерії ($p<0,001$), олігоанурія після операції ($p<0,001$), необхідність гемодіалізу ($p<0,002$), гематоми рані без необхідності операції ($p<0,018$), повторні операції ($p<0,001$), вторинні нефректомії ($p<0,018$), інсульт ($p<0,039$).

У пацієнтів з мультифокальними пухлинами частота інтраопераційних ускладнень також була достовірно вище, ніж при солітарних пухлинах ($p<0,001$). Були зафіксовані: інтраопераційна кровотеча >500 мл ($p<0,001$), травма сечоводу ($p<0,034$) та необхідність повторної операції ($p<0,034$). Частота післяопераційних ускладнень достовірно не відрізнялася ($p>0,880$).

Випадків повторної ОЗХ при рецидиві пухлини було всього 6. Враховуючи невелику кількість таких операцій, статистично достовірні результати порівняння з пацієнтами без рецидиву новоутворення були отримані лише за показниками частоти вторинної нефректомії ($p<0,001$), яка спостерігалася частіше при ОЗХ рецидивних пухлин.

У пацієнтів з повністю інтраренхімними пухлинами нирки спостерігалася більша кількість інтраопераційних ($p<0,001$) та після-операційних ускладнень ($p<0,001$). Післяопераційний період достовірно частіше ускладнювався олігоанурією ($p<0,021$), але необхідності в гемодіалізі не було. Також частіше мала місце: інтраопераційна кровотеча >500 мл ($p<0,001$), сечові нориці ($p<0,015$), гематоми рані, які не вимагали хірургічного втручання ($p<0,011$), частіше виконувалася вторинна нефректомія ($p<0,015$). Післяопераційний період ускладнювався інсультом ($p<0,021$). Смертність після ОЗХ інтраренхімних пухлин нирки також була достовірно вище ($p<0,002$).

Серед хворих з абсолютними показаннями до збереження нирки, інтра- та післяопераційних ускладнень було більше ніж у решти хворих ($p<0,001$): інтраопераційна кровотеча >500 мл ($p<0,001$), олігоанурія після операції ($p<0,001$), необхідність гемодіалізу ($p<0,012$). Вторинна нефректомія також виконувалася частіше ($p<0,002$) і виключно у пацієнтів з абсолютними показаннями до резекції нирки. Частіше спостерігалися інтраопераційні травми ниркових судин ($p<0,003$). Але відсоток смертних випадків у цієї категорії хворих достовірно не відрізнявся від групи хворих з відносними та елективними показаннями до ОЗХ ($p>0,067$).

Порівняльна оцінка ОЗХ пухлин нирок у пацієнтів ≥ 70 та <70 років не показала достовірно більшої загальної частоти інтра- та після-операційних ускладнень у вікових пацієнтів ($p>0,155$ та $p>0,149$ відповідно), а також відмінностей по кожному з ускладнень. Аналогічні дані отримані при порівнянні між пацієнтами з різним загальним станом хворих: достовірних відмінностей в кількості ускладнень не відзначено.

Серед всіх пацієнтів частота важких після-операційних ускладнень (Clavien–Dindo III–V) склала 5,1% – 36 випадків. Була проведена оцінка впливу критеріїв «складності» пухлини на кількість важких ускладнень. Для цього проведено порівняння між пацієнтами, що мали означеній критерій пухлини та рештою хворих. Таким чином виявилось 8 груп порівняння.

Виявилося, що достовірними факторами негативного прогнозу розвитку важких після-операційних ускладнень ОЗХ є: великий розмір пухлини >70 мм ($p<0,004$), внутрішньовенна інвазія пухлини ($p<0,001$), повністю інтраренхімне новоутворення ($p<0,001$), а також наявність абсолютних показань до ОЗХ ($p<0,001$).

Висновки. Таким чином, ОЗХ пухлин нирок великих розмірів, з внутрішньовенним розповсюдженням, мультифокальних та інтраренхімних пухлин, а також при наявності абсолютних показань до ОЗХ супроводжується більшою кількістю періопераційних ускладнень. У той же час достовірними факторами негативного прогнозу розвитку важких післяопераційних ускладнень ОЗХ є: великий розмір пухлини >70 мм ($p<0,004$), внутрішньовенна інвазія пухлини ($p<0,001$), повністю інтраренхімне новоутворення ($p<0,001$) та наявність абсолютних показань до ОЗХ ($p<0,001$).

УРОВЕНЬ КРОВОПОТЕРИ ПРИ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ

Д.В. Щукин, В.Н. Лесовой, Г.Г. Хареба, А.А. Маковозов,
И.М. Антонян, П.В. Мозжаков, А.И. Гарагатый

Харківський національний медичний університет

Введение. Одним из наиболее распространенных осложнений, возникающих при удалении опухолевых тромбов из просвета НПВ, считается массивное кровотечение. Общая кровопотеря во время хирургического вмешательства, включающего венакавотромбэктомию, определяется многими факторами и в основном является следствием кровотечений из поврежденных коллатеральных сосудов при выделении почки и нижней полой вены, из просвета нижней полой вены после удаления тромба, а также из полой вены, печеночных вен и паренхимы печени при их интраоперационной травме.

Мы провели ретроспективную оценку частоты и источников массивных кровотечений, объема интраоперационной кровопотери при венакавотромбэктомии, а также исследовали различные клинико-морфологические параметры, влияющие на возникновение данного осложнения.

Материал и методы. В исследование вошли 108 пациентов, оперированных по поводу опухолей почек с неопластическими тромбами, распространяющимися в нижнюю полую вену. Уровни внутривенозных опухолевых тромбов были представлены равномерно во всей выборке: I уровень – 32 (29,6%), II уровень – 30 (27,8%), III уровень – 24 (22,2%), IV уровень – 22 (20,4%). Средний возраст больных составлял $63,2 \pm 8,6$. Во всей выборке незначительно преобладали мужчины – 58 (53,7%). Статус по шкале ECOG 0–1 отмечался у 64 (59,3%) пациентов, 2 – у 34 (31,5%) и 3 – у 10 (9,3%). Правосторонние опухоли имели место в 65 (60,2%) случаях, тогда как левосторонние – в 43 (39,8%). Средний размер опухолей почки достигал $11,6 \pm 4,4$ см. Инвазия новообразования в жировую клетчатку была зафиксирована в 48 (44,4%) наблюдениях, отдаленные метастазы – в 13 (12,0%), метастазы в региональные лимфоузлы – в 8 (7,4%). Средняя длина опухолевого тромба составляла $7,4 \pm 1,6$ см, тогда как его ширина – $2,8 \pm 0,3$ см.

Все операции проводились из доступа шеврон. Искусственное кровообращение не использовалось ни в одном из наблюдений. При удалении интрамюинальных опухолевых масс каво-

ренального или подпеченочного отдела НПВ для васкулярной изоляции тромба применялась стандартная техника трех турникетов. В случаях распространения опухоли до ретропеченочного или интраперикардиального отделов НПВ, а также при ее проникновении в просвет правого предсердия применяли трансплантиционную методику тромбэктомии, которая включала мобилизацию печени, хирургический доступ к правому предсердium со стороны брюшной полости и пальцевое смещение верхушки тромба ниже диафрагмы или устьев главных печеночных вен.

Результаты. Средний объем кровопотери в нашем исследовании составил $1460,4 \pm 458,6$ мл (варьировал от 600 мл до 6000 мл). Кровотечения объемом более 2000 мл имели место у 44 (40,7%) пациентов.

При оценке источников значительной кровопотери у 44 пациентов были получены следующие результаты:

1) повреждение массивных венозных коллатералей забрюшинного пространства при перевязке почечной артерии, при выделении нижней полой вены или почки являлось основной причиной кровотечения у 7 (15,9%) пациентов;

2) повреждение нижней полой вены, поясничных, печеночных или диафрагмальных вен – у 6 (13,6%);

3) кровотечение из просвета изолированного сегмента НПВ при эвакуации тромба – у 4 (9,1%);

4) сочетание нескольких источников кровотечения – у 27 (61,4%).

Периоперационная летальность отмечалась у 9 (8,3%) из 108 пациентов. Объем интраоперационной кровопотери в этой подгруппе варьировал от 2000 до 6000 мл и составлял в среднем $3844,4 \pm 1547,7$. Интраоперационное кровотечение, как причина смерти имело место в 2 (22,2%) наблюдениях.

Данные унивариантного анализа продемонстрировали, что среди изученных факторов прогноза значительного кровотечения при выполнении венакавотромбэктомии достоверное значение имели стадия основной опухоли T4 и наличие метастазов в лимфоузлы, IV уровень

тромба, наличие кровяного тромба ниже опухолевого, инвазия интрамюнинальной опухоли в стенку НПВ с необходимостью ее латеральной или сегментарной резекции, а также полная или частичная блокада кавального кровотока.

Заключение. Нефрэктомия с удалением опухолевого тромба из просвета нижней полой вены осложняется значительными кровотечениями (бо-

лее 2000 мл) почти в 40% случаев. При этом преобладают множественные источники кровотечения. Основными факторами прогноза геморрагических осложнений являются IV стадия и региональное распространение почечной опухоли, а также супрадиафрагмальная локализация верхушки тромба, блокада кавального кровотока и инвазия интрамюнинальной опухоли в стенку НПВ.

ХИБНИЙ КРИПТОРХІЗМ ЯК ОДНА З ПРИЧИН ПОРУШЕННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ ТА ГОРМОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ЧОЛОВІКІВ

В.П. Стусь, О.Ю. Крижановська, Є.П. Українець

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
КП «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» ДОР

Безпліддя стає перепоною на шляху до щасливого життя сімей усього світу, незважаючи на старання лікарів і всілякі досягнення в галузі медицини. За даними МОЗ, у 2016 році в Україні було зафіковано 38 998 випадків жіночого безпліддя (77,67% серед усіх випадків жіночого і чоловічого безпліддя) і 11 210 випадків чоловічого безпліддя. Перша причина, а це десь близько 20–25% – це гормональні порушення, полікістоз яєчників, ендометріоз, трубне безпліддя. Друга, а це 40% випадків – чоловічий фактор і поєднаний фактор безпліддя. До того ж, десь 30–40% випадків безпліддя залишаються незрозумілими, причиною чого в 36–60% випадків є порушення репродуктивних властивостей чоловіків (Аліпов В.І. та співав., 1986; Kunzle R. et al., 2003; Jezek D. et al., 2004).

Згідно з даними літератури є багато етіологічно доведених та допустимих причин, які викликають багато наукових диспутів і можуть привести до інфертильності у чоловіків (Тіктинський О.І. та співав., 1985; Gianotten J. et al., 2003; Matthiesson K., 2005; Brady B., 2006; Євдокімов В.В. та співав., 2006).

Існує багато гіпотез, яким чином порушується сперматогенез при різноманітних випадках репродуктивних порушень (Мазо Е.Б. та співав., 2001; Прохорова А.А., 1993; Євдокімов В.В. і соавт., 2003; Beagley K.W. et al., 1998; Kiuru A. et al., 2003; Song G.S. et al., 2006; Mc Kerracher C. et al., 2006; Grigore M., Andrei A., 2001).

Гормональне тло, згідно зі світовими статистичними даними, у чоловіків стабілізується по закінченні статевого дозрівання, тобто в се-

редньому до 17–20 років і залишається незмінним порядком 10 років. Уже з 30-річного віку у значної частині чоловічого населення відзначається постійне зниження рівня важливого статевого гормона – тестостерону. В нормі зниження його рівня становить близько 1% на рік, при гіподинамії до 2,5 % на рік (Кирилюк М.Л., 2013).

При виникненні різноманітних патологічних змін у яєчках ситуація значно погіршується. Тому рання діагностика захворювань, які можуть створювати додаткові причини до порушення функціонування репродуктивних органів, має значення.

Доведено, що порушення кровообігу яєчка негативно впливає на сперматогенез, оскільки сперматогенний епітелій досить чутливий до ішемії (Misro M. et al., 2005; Turner T., et al., 2005). Медведев Ю.А. та Турганбаев Ш.Т. (1973) у результаті своїх досліджень прийшли до висновку, що гіпоксія, при тривалому впливі може призводити навіть до асперматогенезу, а також, що гіпоксичний асперматогенез може носити аутоімунний характер. Такі явища можуть призводити до змін у тестікулах, що не дозволяють отримати матеріал для ЕКО навіть шляхом мікторези.

Питання гормональних розладів та фертильності, збереження гормонального статусу та усунення безпліддя у чоловіків є темою кафедри протягом багатьох років. З 1993 до 2013 р. ретроспективно відстежено, та з 2013 р. нами було активно обстежено та прооперовано, з метою лікування безпліддя та вторинного гіпогонадизму, 96 пацієнтів з хибним крипторхізмом.

У всіх випадках вивчались лабораторні показники, як рутинні загальноклінічні та біохімічні, так і гормональне тло та дослідження еякуляту, до та після операції. Також виконувалась ультразвукове та фізикальне дослідження. Оперативне лікування полягало в пластисі пахового каналу за методом Жирара—Спасокукоцького у модифікації Кімбаровського з одного або

двох боків. Максимальний термін післяопераційного спостереження склав 6 років.

Результатами проведеного дослідження статистично доведено наявність покращення досліджених показників рівня статевих гормонів, усунення проявів гіпогонадизму, усунення безпліддя у прямій залежності від часу, що пройшов з моменту оперативного лікування.

ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З ДІАГНОСТОВАНИМ РАКОМ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*A.I. Бойко, Д.О. Попов, С.Ю. Ілющенко, О.Н. Слинько,
А.В. Марковський, К.Б. Малік, А.О. Савельєв*

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупіка
Одеський обласний онкологічний диспансер*

Актуальність. На сьогоднішній день середня тривалість життя чоловіків в Україні становить 66,8 року. Середній вік пацієнтів з місцево-поширенім раком передміхурової залози становить 60–70 років. Пацієнти цієї групи мають обтяжений соматичний статус, що вимагає пошуку малоінвазивних методів лікування з менш вираженими ускладненнями, що підвищують тривалість і якість життя.

Мета дослідження. Вивчити якість сечовипускання, виживаність першого року після проведеної комбінованої терапії (ТУР + променева терапія + гормонотерапія) у пацієнтів з місцево-поширенім раком передміхурової залози.

Матеріали та методи. У досліденні взяло участь 18 пацієнтів віком 71 рік (+/- 5 років) III стадії РПЖ. Оцінка прогресування пухлинного процесу проводилася за рівнем ПСА у пацієнтів даної вибірки. Якість сечовипускання оцінювалась за показниками IPSS, QoL та вимірювання залишкової сечі.

Результати та висновки. Отримані результати демонструють стабілізацію пухлинного процесу та високу якість сечовипускання у пацієнтів протягом першого року після проведення комбінованої терапії (ТУР + променева терапія + гормонотерапія).

УРОДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ІЛЕОЦИСТОПЛАСТИКИ

P.B. Савчук, Ф.І. Костєв, Ю.М. Дехтар, О.М. Колосов

Одеський національний медичний університет

Найкращим методом лікування м'язово-інвазивного раку сечового міхура є радикальна цистектомія зі створенням штучного кишкового сечового резервуара з відновленням трансуретрального сечовипускання. Нетримання сечі після формування артифіційного сечового міхура — одне з основних ускладнень післяопераційного періоду, яке, за даними різних авторів, в нічний час може становити до 81%, а днем — до 79%.

Мета дослідження: вивчення уродинамічних особливостей штучного сечового міхура.

Матеріали та методи дослідження. Основну групу дослідження утворили 57 пацієнтів з інвазивним раком сечового міхура, яким була проведена радикальна цистпростатектомія з ілеоцистопластикою.

Результати та висновки. Штучний сечовий міхур, сформований з термінального відділу клубової кишки, демонструє оригінальні уродинамічні результати, які не схожі на дані, отримані при різних патологіях сечового міхура. Відзначалися пацієнти з вираженою атонією

необладера, що посилювало хронічну мікційну недостатність з елементами обструкції і потребувало періодичної катетеризації. Деякі пацієнти, в яких основною скаргою було нетримання сечі в денний і нічний час, за даними комплексного

уродинамічного дослідження (КУДД), продемонстрували прояви гіперактивності неоциста, що також може бути причиною нетримання сечі й потребує подальшого вивчення патогенетичних особливостей і можливих методів корекції.

ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧА ТРИМОДАЛЬНА ТЕРАПІЯ М'язово-інвазивного раку сечового міхура: НАШ ДОСВІД

C.I. Приндум, M.B. Соколовська

LISOD Лікарня Ізраїльської онкології

В даний час рак сечового міхура займає друге місце серед онкоурологічних захворювань. На частку інвазивної форми припадає до 30%. Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації урологів (2020), стандартним методом лікування м'язово-інвазивного раку сечового міхура (МІРСМ) вважають радикальну цистектомію (РЦЕ). Однак великий обсяг і травматичність операції, обтяженість і виснаженість пацієнтів, інвалідизація і соціальна дезадаптація, а також високий відсоток летальності обмежують застосування цистектомії. У зв'язку з цим та динамічним розвитком можливостей хіміопроменевої терапії (ХПТ), що дозволяє знізити частоту рецидивів, все більше фахівців схиляються до можливості органозберігаючого лікування МІРСМ (S. Zhang et al., 2015, H. Hamza Abbas, 2018, F. Audenet, 2018). Органозберігаюче лікування має ряд переваг: відсутня громіздкість в проведенні хірургічного втручання, зниження матеріальних витрат, збереження статевої функції, зменшення небезпеки порушення функції нирок, забезпечення гарної якості життя (P. Jenkins, 2009, F. Audenet, 2018).

Проведення трансуретральної резекції (ТУР) забезпечує частоту повної ремісії в 20%, ТУР з наступною ПТ – в 57%, а додавання цисплатина/карбоплатина підвищує цей показник до 80% (C. Rodel et al., 2006). Разом з тим показники виживання після органозберігаючої комплексної терапії (ОЗКТ) аналогічні таким після РЦЕ (41%, G. Arcangeli et al., 2015).

Таким чином, в літературі існують суперечливі думки щодо порівняльної оцінки результатів РЦЕ та органозберігаючих операцій при МІРСМ, що обґрутовує необхідність подальшого вивчення даної проблеми. Застосування неоад'юvantної хіміотерапії (НАХТ) перед

РЦЕ відоме, однак використання платиновмісної хіміотерапії в неоад'юvantному режимі у складі тримодальної терапії знаходиться в режимі дискусії, що і обумовлює актуальність проблеми.

З 2014 року в LISOD проліковано 26 пацієнтів на МІРСМ із застосуванням ОЗКТ. Згідно з внутрішнім протоколом клініки вони були розподілені на 2 групи: контрольна (22 пацієнти), дослідна (4 пацієнти і набір в групу триває).

Пацієнти віком від 47 до 88 років, середній вік в контрольній групі становив $69,2 \pm 9,4$ року, в дослідній – $68,3 \pm 13,1$ року. Розподіл за статтю: чоловіки – 16/2, жінки – 6/2 в контрольній та дослідній групах відповідно.

Переважна більшість хворих із локальним процесом без лімфогенного розповсюдження: Т1 – 5/0, Т2 – 13/2, Т3 – 3/2; Н1 лише у 6/2 осіб в контрольній та дослідній групах відповідно. За ступенем зложісності розподіл був наступним: Г2 – 3/2, Г3 – 15/2, Г4 – 1/0, Гх – 3/0 хворих в контрольній та дослідній групах відповідно.

На першому етапі всім пацієнтам виконувалась цистоскопія з біполлярною ТУР-біопсією з метою гістологічної верифікації МІРСМ. В подальшому пацієнти дослідної групи отримували НАХТ: 3 цикли Гемцитабін + Цисплатин з наступною біполлярною ТУР сечового міхура та променевою терапією в сумарній дозі за весь курс 65,0 Гр на сечовий міхур.

Пацієнтам контрольної групи після максимально можливої ТУР сечового міхура проводилась ХПТ: в ад'юvantному режимі протягом 3-4 тижнів після ТУР пацієнти отримували ПТ – на першому етапі на малий таз (бох-методика) СВД = 45,0 Гр (РВД = 1,8 Гр) на тлі радіосенситизації цисплатином/карбоплатином в дозі 40 мг/м² 1 раз на тиждень (5 введень).

3 пацієнти контрольної групи отримували карбоплатин у зв'язку із віком, супутньою патологією та ознаками ниркової недостатності та 2 – переведені на карбоплатин в зв'язку з непереносимістю цисплатину. В подальшому опромінення підводили на boost – ложе пухлини в СВД=20,0 Гр (РВД = 2,0 Гр). Отже, сумарна доза на сечовий міхур за весь курс ХПТ становила 65,0 Гр. При цьому навантаження на оточуючі тканини та критичні структури знаходилось в межах їх толерантності.

У більшості пацієнтів в процесі та після лікування спостерігали променеві реакції: променевий цистит 1–2 ст. та проктит 1–2 ст. Променеві цистити купірували за допомогою медикаментозної терапії (внутрішньоміхурові інстиляції, уроантисептики тощо), що дозволило пацієнтам задовільно та без перерв отримати повний курс ХПТ. Для інтрацевикальних інстиляцій застосовували Контроцист® в режимі індуктивного циклу (6 інстиляцій щотижня), з

подальшим переходом на підтримуючий цикл (4 інстиляції кожні 2 тижні та 4 інстиляції щомісяця). Рецидиви після проведеного лікування виявлено у 4/0 (18,2%/0), пролонгація процесу – у 1/0 (4,5%/0) пацієнтів контрольної та дослідної груп відповідно. Летальність – 3 хворих (13,6%) контрольної групи, внаслідок гострої серцево-судинної недостатності. Безрецидивний період спостереження становив максимальний – 66/91 місяці, середній – 22,38±15,03 та 33±30,3 міс в контрольній та дослідній групах відповідно.

Отже, адекватний локальний контроль надає можливість зберегти СМ і нівелює необхідність в РЦЕ. А застосування платиновмісної хіміотерапії в неoad'ювантному режимі перед ТУР новоутворення СМ дозволяє значно покращити найближчі та віддалені результати тримодальної ОЗКТ МІРСМ. Однак невелика кількість пацієнтів в дослідній групі дозволяє робити лише попередні висновки і вимагає подального дослідження.

ЗНАЧЕННЯ БАКТЕРІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ РЕЦИДИВУЮЧОМУ ЦИСТИТИ

В.П. Стусь, Н.В. Гавва

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Інфекція сечовивідних шляхів (ІСШ) – це запальна реакція епітелію сечовивідного тракту у відповідь на дію патогенних мікроорганізмів, переважно бактерій (Schaeffer A.J., 2002). Майже в половині жінок протягом життя спостерігається принаймні один епізод циститу. До 24 років приблизно кожна третя жінка хоча б один раз перенесла гострий цистит. Фактори ризику включають статевий акт, появу нового статевого партнера, використання сперміцидів, ІСШ в анамнезі матері та епізод ІСШ у дитячому віці. При неускладненому циститі та піелонефриті спостерігається спектр збудників: *Escherichia coli* становить 70–95% випадків, а *Staphylococcus saprophyticus* – 5–10%. У рідкісних випадках виділяються інші ентеробактерії, включаючи *P. mirabilis* і *Klebsiella spp.* (Рекомендації ЕАУ, 2019).

Актуальність проблеми інфекцій сечових шляхів і нирок зумовлена значною їх поширеністю та високим ризиком хронізації патології. Ефективність лікування значною мірою лімітується формуванням резистентності до антибактеріальних препаратів; наявністю у хворих цукрового діабету, сечокам'яної хвороби, не адек-

ватною тривалістю та об'ємом лікування, по-гіршенням стану імунної системи внаслідок негативної екологічної ситуації, яка склалась на сьогодні. Ці ж причини призводять до хронізації, рецидивування та реінфекції ІСШ, довготривалої втрати працездатності пацієнтів, погіршення якості їх життя (Березняков І.Г., 2002; Возіанов О.Ф., 1998; Дудар І.О., 2004; Петрук Д., 2000).

Запальні захворювання сечового міхура в даний час зберігають статус провідної медичної, соціальної та економічної проблеми, що обумовлено високим ризиком трансформації в хронічну форму, частими рецидивами, недостатньою ефективністю традиційної терапії (Robinson R., 2011).

На базі клініки урології ДЗ «ДМА МОЗ України» було обстежено 33 жінки від 19 до 76 років, які звернулися з приводу загострення циститу. Для лікування пацієнток застосовувався ципрофлоксацин для перорального прийому 250 мг двічі на добу протягом 5 днів. Лікування та спостереження виконувалось амбулаторно.

Пацієнтки спостерігались протягом 28 днів, виконувалось та оцінювалось: збір скарг (ступінь

виразності дизуричних розладів), фізикальний огляд, вимірювання показників життєво важливих функцій, лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, загально-клінічний та бактеріологічний аналіз сечі – в рамках спостереження за динамікою відхилень лабораторних показників від норми у разі неефективності проведеної антибактеріальної терапії).

Основним критерієм оцінки ефективності лікування була загальна відповідь на лікування (сукупність терапевтичного ефекту та мікробіологічної ефективності). Оцінка терапевтичного ефекту проводилась на підставі даних про наявність таких симптомів: часте сечовипускання, імперативні позиби до сечовипускання, біль або печія при сечовипусканні та біль в надлобковій ділянці. Оцінка мікробіологічної ефективності проводилась на підставі результатів посіву сечі з визначенням кількісного складу флори.

Встановлено дизуричні розлади у різних ступенях виразності (від 2 до 4 балів): у 18 (54,5%) пацієнтік – 4 бали, у 13 (39,4%) – 3 бали, у 2 (6%) – 2 бали.

До лікування у 30 (90%) пацієнтік в загальному аналізі сечі спостерігалася лейкоцитурія в різному ступені виразності: «+» у 33,3% (10), «++» у 16,7% (5), «+++» у 40% (12) пацієнтік. Після лікування кількість пацієнтік з лейкоцитурією зменшилась: у 20 (66,7%) пацієнтік лейкоцитарна естераза виявилася негативною «-», але у 3 (10%) залишилась позитивною «+++». Нітрати виявились позитивними «+

до початку лікування у 17 (51,5%) пацієнтік, негативними «-» у 16 (48,5%), після лікування у 31 (93,9%) нітрати не виявлено (-). Також оцінювався показник мікрогематуруї: на початку лікування у 26,7% (9) «+», «++» у 16,7% (5), «+++» у 6,7% (3) пацієнтік. Після лікування кількість пацієнтік з мікрогематуруєю зменшилась: у 28 (84,8%) пацієнтік мікрогематуруї виявилась негативною, але у 5 (15,1%) залишилась та зменшилась за ступенем виразності.

За даними бактеріологічного дослідження сечі до лікування у 29 (87,8%) пацієнтік висівався той чи інший збудник в титрі від 10^4 КУО/мл і вище. При цьому в більшості (66,7%) випадків визначалася *Escherichia coli*, в 6,7% – *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus agalactiae*, *Proteus mirabilis*, *Streptococcus gallolyticus*, в 3,3% – *Klebsiella pneumonia*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus saprophyticus*. За результатами бактеріологічного дослідження сечі, після проведеної терапії патогенні мікроорганізми не виявлялися у 25 (75,7%) пацієнтік. У 8 (24,3%) пацієнтік були виділені наступні мікроорганізми: *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Morganella morganii*.

За час спостереження, рецидив захворювання, який вимагав другого курсу терапії, виник у 3 (9%) з 33 жінок.

Таким чином, бактеріологічне дослідження після проведеного лікування дає можливість визначити необхідність продовження курсу антибактеріальної терапії у пацієнтік із рецидивуючим бактеріальним циститом.

ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЩІЛЬНОСТІ ПРОСТАТСПЕЦІФІЧНОГО АНТИГЕНУ З ОЦІНКОЮ ЗА СИСТЕМОЮ PI-RADS ПРИ ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Ю.С. Кобільник, Ю.О. Мицук, А.Ц. Боржієвський, І.Ю. Дутка, І.В. Дац, О.О. Строй, В.М. Артищук, О.М. Лесняк, В.М. Мацькевич

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Медичний центр «Євроклінік»

Вступ. Рак передміхурової залози (РПЗ) – це злюкісне новоутворення, що розвивається з епітелію передміхурової залози та вважається одним із найбільш поширеніх онкологічних захворювань серед чоловіків. Незважаючи на поступ у діагностиці РПЗ, вибір оптимального методу лікування при індивідуальному підході до хво-

рого все ще становить значну клінічну проблему, в основному внаслідок невисокої діагностичної вартості ультразвукового методу та значною часткою псевдонегативних результатів пункційної біопсії простати, яка досягає 45%. В останні роки з'явилися роботи, в яких висвітлюється високий потенціал МРТ в діагностиці РПЗ,

проте корелятивні зв'язки між її даними та показниками рідинних онкомаркерів все ще залишаються достеменно не вивчені.

Мета. Провести аналіз корелятивних зв'язків між даними мультипараметричної МРТ (мпМРТ) та рівнями рідинних онкомаркерів у хворих на РПЗ, а саме: простат-специфічним антигеном (ПСА), щільністю щПСА та щільністю ПСА в перехідній зоні простати (щпПСА).

Матеріал та методи. У дослідження увійшло 79 чоловіків, із підозрою за даними клінічних обстежень на РПЗ. У дослідження входили хворі із рівнем загального ПСА в крові понад 4 нг/мл. МРТ проводилась за допомогою 1,5 Т сканера. Оцінка отриманих зображень МРТ здійснювалась згідно з системою PI-RADS версії 2.1.

Отримані результати. Було отримано наступні дані щодо розподілу хворих згідно з оцінкою за системою PI-RADS: 1 бал – 8% пацієнтів, 2 бали – 18% хворих, 3 бали – 35% пацієнтів, 4 бали – 23% хворих та 5 балів –

16% осіб. Усім хворим, ураження простати яких було класифіковано як 3–5 балів за системою PI-RADS, впродовж 1 тижня після мпМРТ була виконана систематична зображення-керована пункцийна біопсія передміхурової залози. У хворих із балом 5, клінічно значимий РПЗ виявлено у 100% випадків, з оцінкою 4 – у 5 (87%) випадках. При проведенні кореляційного аналізу встановлено прямі кореляційні зв'язки між балом згідно з системою PI-RADS (3–5) та рівнями рідинних онкомаркерів РПЗ – ПСА, щПСА та щпПСА, які становили відповідно 0,694 ($p<0,05$), 0,784 ($p<0,05$) та 0,878 ($p<0,05$).

Висновки. Було виявлено наявність корелятивних зв'язків між даними мпМРТ простати та рівнями рідинних онкомаркерів у хворих на РПЗ, при цьому найсильніший прямий корелятивний зв'язок спостерігався між балом за системою PI-RADS та щпПСА, а найслабший – між балом PI-RADS та рівнем ПСА.

ОЦІНКА СУДИННОЇ ГЕМОДИНАМІКИ НИРОК ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ІНДЕКСУ РЕЗИСТЕНТНОСТІ УЗД У ХВОРИХ НИРКОВО-КЛІТИННИМ РАКОМ У ПРОГНОЗУВАННІ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК

C.M. Пасічник¹, Л.Ю. Гречух², Ю.О. Мицик¹, М.С. Пасічник¹

¹ Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

² КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна лікарня»

Надзвичайно поширеною онкоурологічною проблемою сьогодення є нирково-клітинний рак. Досить часто це захворювання може ускладнюватись розвитком або прогресією ХХН. Динамічні зміни судинної гемодинаміки не ураженої пухлинним процесом контралатеральної нирки у хворих НКР як до, так і після проведеного хірургічного лікування НКР, є до кінця не досліджені та не вивчені питанням сучасної медицини.

Мета. Дослідити зміни судинної гемодинаміки не ураженої пухлинним процесом нирки у хворих НКР із застосуванням індексу резистентності як до, так і після проведення хірургічного лікування.

Матеріали і методи. У досліджені брали участь 47 пацієнтів. Всі хворі були розділені на 2 групи. В I групу дослідження входило 36 хворих, в яких було вперше діагностовано НКР

(справа), III стадія захворювання, без ознак хронічної хвороби нирок (ШКФ становила ≥ 90 мл/хв/1,73м²). У залежності від зміни індексу резистентності протягом періоду спостереження хворі І групи були розподілені на Іа та Іб підгрупи. До Іа – підгрупи входило 11 пацієнтів, у яких протягом 6 місяців спостереження визначалась статистично достовірна зміна показника індексу резистентності. До Іб підгрупи входило 26 хворих, у яких за вище згаданий період не спостерігалось суттєвих змін показника індексу резистентності. Всім пацієнтам І групи з лікуванням метою було проведено правобічну радикальну нефректомію. ІІ (контрольна) група – 11 добровольців, пацієнти без ознак НКР та ХХН. Оцінка результатів проводилася до проведення хірургічного лікування, через 3 та 6 місяців після проведеного лікування (або під час візиту для контрольної групи).

Результати. В результаті проведеного дослідження встановлено, що у хворих Іа групи, через 6 місяців після хірургічного лікування, середнє значення показника індексу резистентності значимо відрізнялось від вищезгаданого показника до операції та змінилось з $0,51 \pm 0,26$ до $0,691 \pm 0,04$ при вибраному рівні ризику ($p=0,05$). Разом з тим у підгрупі Іб, показник індексу резистентності змінився не значимо з $0,51 \pm 0,04$ до $0,53 \pm 0,03$. Середні значення показника індексу резистентності у пацієнтів ІІ (контрольної) групи за цей самий період відповідно змінилися з $0,48 \pm 0,03$ до $0,49 \pm 0,03$. У період, через 6 місяців після первинного звернення у 11 пацієнтів (23,40%) І групи (підгрупа Іа) спостерігалось статистично значиме зниження ШКФ у порівнянні з початковим значенням з $98 \pm 0,04$ мл/хв/ $1,73\text{ m}^2$ до $78 \pm 0,01$ мл/хв/ $1,73\text{ m}^2$

рівень ризику становив ($p=0,05$). У решти пацієнтів через 6 місяців від моменту первинного звернення суттєвих змін ШКФ не спостерігалось (підгрупа Іб). Середні значення ШКФ у хворих ІІ (контрольної) групи змінилось з $102 \pm 0,02$ мл/хв/ $1,73\text{ m}^2$ до $101 \pm 0,05$ мл/хв/ $1,73\text{ m}^2$ ($p=0,05$).

Висновки. Кореляційний аналіз свідчив, що у Іа підгрупі було отримано сильний обернений кореляційний зв'язок між показниками індексу резистентності та ШКФ: коефіцієнт Пірсона при цьому складав – 0,752.

У пацієнтів із НКР, через 6 місяців після проведеного оперативного лікування, підвищення показника індексу резистентності контралатеральної нирки (не ураженої пухлинним процесом) було статистично значимо та залежало від зниження ШКФ.

НОКТУРІЯ – МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА ПАТОЛОГІЯ

В.П. Стусь¹, Е.С. Оверченко^{1,2}, М.Ю. Поліон¹, Г.М. Сніцар²

¹ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² КНП Кам'янської міської ради «Міська лікарня № 7»

Ноктурія – це стан, який характеризується необхідністю прокидатися ≥ 1 разу за ніч, для випорожнення сечового міхура (для сечовипускання). Ноктурія є многофакторним станом, який може співіснувати з іншими симптомами нижніх сечових шляхів, найбільш розповсюдженим фактором є підвищене сечноутворення у нічний час.

Розповсюдженість: 69% чоловіків та 76% жінок (віком ≥ 40 років) у США, Великобританії та Швеції, мають ≥ 1 нічного епізоду сечовипускання. Від 4% до 18% жінок віком від 20 до 30 років страждали ≥ 2 нічних епізодів сечовипускання, збільшилось до 28–62% у жінок віком 70–80 років. Подібні діапазони були зареєстровані у чоловіків. Частка чоловіків віком від 20 до 30 років, які повідомили про ≥ 2 нічних епізодів сечовипускання, склала від 2% до 17%, збільшилась до 29–59% у чоловіків віком від 70 до 80 років.

Класифікація. Необхідно розрізняти наступні терміни, при яких зустрічається ноктурія. Глобальна поліурія, при якій підвищений добовий діурез, а співвідношення нічний/денний діурез збережено (діурез >40 мл/кг/добу). Ноктурічна поліурія – переважання нічного діурезу над денним. Розраховується через ноктурічний індекс,

який не повинен перевищувати 20% у категорії до 60 років, 33% у категорії 60 років та старше.

Причинами ноктурії можуть бути урологічна патологія (доброкісна гіперплазія передміхурової залози, рак сечового міхура, нейрогенний сечової міхур), ендокринопатії (цукровий діабет, нецукровий діабет, полідіпсія), так і спосіб життя (споживання алкоголю, кофеїн містких напоїв, рідини ввечері), споживання діуретиків у другій половині дня, зсув секреції сечі у бік нічного (ідіопатична ноктурічна поліурія).

Була показана кореляція між ноктурією та переломом шийки стегна у пацієнтів віком від 40 до 80 років. Травматизм збільшився у 2,67 разу у пацієнтів із ноктурією ≥ 2 (ICS Philadelphia 2018 Population-based analysis of the relationships between falls, fractures and nocturia). Серед близько 3000 опитаних пацієнтів «Що ймовірно порушує ваш сон?», серед інших причин ноктурію відмітили 60% пацієнтів (Middelkoop et al. J Ger Sci Med Sci 1996. Bliwise et al. Sleep Med 2009)

Лікування пацієнтів із нейрогенним сечовим міхуром соліфенацином 10 та 5 мг не показало результатів у відношенні ноктурії (Brubaker et al. Int Urogynecol J. 2007). Лікування ДГПЗ методом ТУР простати у 359 пацієнтів

показало ефективність тільки у 20% випадках (Yoshimura et al. Urology 2003).

Методи діагностики. Окрім збору скарг, анамнезу захворювання та анамнезу життя, одним із найважливіших методів діагностики — щоденник сечовипускання протягом 3 діб, із зачлененням часу та об'єму сечовипускання, випитої рідини, прийому препаратів, часу засинання та пробудження (не включається останнє сечовипускання перед сном, але включається перше сечовипускання після сну), розрахування ноктурічного індексу.

Останнім часом вважається найважливішою причиною ноктурічної поліурії — недостатність продукції вазопресину гіпоталамусом, або мутація гена рецепторів вазопресину у нирках, мутація гена аквапоринів 2-го типу. Недостатність вазопресину викликає зсув діурезу у бік нічного.

Лікування. В усьому світі ноктурічну поліурію лікують за допомогою десмопресину (синтетичний аналог вазопресину) «Ноктіва», який був затверджений агентством FDA. Це назальний спрей, який використовується у дозі 1,66 мкг і 0,83 мкг на добу. Основним побічним ефектом є гіпонатріемія (виникала у пацієнтів більше 65 років та при дозі 1,66 мкг). Європейська асоціація урологів рекомендує споживання десмопресину пацієнтам із ноктурією. Визначати рівень натрія сироватки крові рекомендується перед початком прийому препарату, на 3-й, 7-й добі лікування, через місяць та далі індивідуально. Необхідно обговорювати із пацієнтом всі плюси та мінуси лікування десмопресином, особливо із пацієнтами віком 65 років та більше через ризик виникнення гіпонатріемії. У нашій державі на даний момент немає відповідних препаратів.

РОЛЬ РАКОВО-ЕМБРІОНАЛЬНОГО АНТИГЕНУ У ДІАГНОСТИЦІ МЕТАСТАТИЧНОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

Н.О. Гладких, О.І. Залюбовська

Харківський національний медичний університет

Проблема діагностики раку сечового міхура є однією з найактуальніших для клінічної онкології. Він складає 35–50% всіх форм урологічних онкологічних захворювань.

Протягом останніх 10 років широку розповсюдженість отримав лабораторний метод діагностики злоякісних епітеліальних новоутворень за допомогою онкомаркерів, які визначають в сироватці крові.

Мета: вивчити можливості лабораторної діагностики метастазів раку сечового міхура.

Завдання:

1. Оцінити ефективність доопераційної діагностики метастазів раку сечового міхура.

2. Визначити інформативність раково-ембріонального антигену в діагностиці розповсюдження пухлинного процесу.

3. Вивчити можливості та ефективність лабораторного моніторингу за розвитком злоякісного захворювання після оперативних втручань.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження виконувалось за методикою кількісного визначення рівня раково-ембріонального антигену в сироватці чи плазмі крові людини.

Матеріал для дослідження: сироватка чи плазма. Центрифугування 10 хв. (1300–2000 об/хв.) слід проводити після утворення згустку, через 30 хвилин після взяття крові та не пізніше 1 години.

Метод визначення — електрохемілюмінісцентний.

Принцип вимірювання заснований на реакції антиген—антитіло та для ідентифікації реакції використовуються спеціальні мітки, магніт та електрична напруга. Як мітка використовується сіль рутенію.

Аналізатор автоматично розраховує концентрацію аналіту на підставі вимірювань СЕА CALL та СЕА CaL2 у нг/мл.

Референтні значення:

- чоловіки та жінки 20–69 років: до 4,7;
- 40–69 років: до 5,2;
- курці в минулому, або не курці ніколи 20–69 років: до 3,8;
- курці в минулому, або не курці ніколи 40–69 років: до 5,0;
- курці 20–69: до 5,5.

Об'єкт дослідження. Дослідження засновано на матеріалах обстеження 40 пацієнтів з раком сечового міхура.

Пацієнти перебували на стационарному лікуванні в онкоурологічному відділені. У всіх пацієнтів до хірургічного втручання та в ході післяопераційного моніторингу з інтервалом в 6 місяців виконувалось дослідження раково-ембріонального антигену.

У всіх пацієнтів до хірургічного втручання та в ході післяопераційного моніторингу з інтервалом в 6 місяців виконувались дослідження онкомаркерів.

Результати дослідження та їх обговорення. До операції підвищення рівня раково-ембріонального антигену не відмічалось в жодного пацієнта.

У 28 пацієнтів з 40 в післяопераційному моніторингу було підвищення концентрації раково-ембріонального антигену.

Підвищеним вважався показник онкомаркера, який перевищував дискримінаційну величину.

Дослідження показало, що важливе діагностичне значення має не тільки сам факт підвищення раково-ембріонального антигену, але і ступінь підвищення його концентрації.

Таким чином, при підвищенні рівня раково-ембріонального антигену більш ніж в 1,5 рази достовірно підвищується ймовірність виявлення метастазів раку сечового міхура.

Підвищення концентрації раково-ембріонального антигену є в першу чергу ознакою метастазування раку сечового міхура, а не маркером первинної пухлини.

Встановлено, що дискримінаційна величина концентрації пухлинних маркерів є фактором ризику нарівні з підвищеними показниками.

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ НЕУСКЛАДНЕНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ

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

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Обстежено і проліковано 246 хворих на гострий неускладнений пієлонефрит (ГНП) на тлі хронічних запальних хвороб органів малого таза (ХЗХОМТ). Доведено, що важкий перебіг захворювання зумовлено інфікуванням сечових і статевих шляхів класичними бактеріями в асоціації з молікутами (*M.hominis* та/або *Ureaplasma spp.*), які ідентифіковано у двох третин обстежених пацієнтів. Встановлено одночасне інфікування сечових і статевих шляхів молікутами (93,2% випадки серед інфікованих молікутами), що підтвердило наявність джерела інфекції у статевих шляхах. Діагностичний рівень IgG-антитіл до молікутів у сироватці крові збігався з індикацією *Ureaplasma spp.* у сечових (94,2% випадків) та статевих (89,8%) шляхах, що доводить їх причетність до розвитку запального процесу як у сечових, так і статевих шляхах. Найбільші порушення місцевого імунітету слизових оболонок сечових шляхів зареєстровано за наявності їх інфікування молікутами. Встановлено одночасне підвищення титрів протинир-

кових атоантитіл та діагностичні рівні IgG-антитіл до молікутів у сироватці крові у 47,0% випадків. Експериментально доведено, що при моделюванні пієлонефриту незалежно від способу локального введення клінічного ізоляту *U.ragvum* лабораторним тваринам (у сечовід або тканину матки), як у статевих, так і в сечових шляхах розвивається первинно хронічний запальний процес, відмінний від бактеріального. Таким чином, ГНП на тлі супутніх ХЗХОМТ за наявності інфікування *M.hominis* та/або *Ureaplasma spp.* – це початок рецидивуючого перебігу пієлонефриту у майбутньому, що обґруntовує застосування додаткової антибактеріальної терапії, специфічної імунотерапії та пробіотиків, спрямованіх на ерадикацію молікутів, як патогенетичної ланки розвитку та рецидивування інфекційно-запальних захворювань сечових шляхів у жінок репродуктивного віку. Результати апробації запропонованої схеми засвідчили її високий лікувальний потенціал та перспективу застосування у клінічній практиці.

СТАН НИРКОВИХ ФУНКЦІЙ У ОСІБ ІЗ СЕЧОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ ЄДИНОЇ НИРКИ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ

A.I. Бойко, Д.І. Купрін

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (доктора філософії) за спеціальністю 14.01.06 – урологія. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – Київ, 2020.

Дисертація присвячена покращенню якості надання медичної допомоги пацієнтам із нефролітіазом єдиної нирки та супутнім цукровим діабетом 2-го типу шляхом удосконалення комплексної діагностики та схеми стандартного лікування на основі вивчення функціонального стану нирки та окремих ланок патогенезу сечокам'яної хвороби.

Відповідно до програми дослідження було розроблено спеціальний комплекс клініко-лабораторних та інструментальних методів, спрямованих на виявлення особливостей змін функціонально-відновного стану єдиної нирки у за-значеної категорії пацієнтів. Він був доповнений вивченням показників метаболічного, мінерального та гормонального обмінів, а також факторів ризику несприятливого перебігу у них сечокам'яної хвороби із наступною оцінкою їх інформативної значущості.

Визначено, що у хворих на нефролітіаз єдиної нирки та однобічним процесом із супутнім ЦД 2-го типу при відсутності різниці за віком і статтю, спостерігалась більша вираженість проявів метаболічного синдрому, удвічі зросла кількість випадків артеріальної гіпертензії та калькульозного піелонефриту в латентній fazі на тлі достовірно тривалішого перебігу обох за-значених патологічних процесів. Доведено, що достовірній більшості пацієнтів I групи притаманне зниження функції нирки, виразнішими були й їх зміни: нижчі середні значення ШКФ, по-казники ренографії у вигляді превалювання венозного відтоку, частіші випадки гломерулярної гіперфільтрації, що є предиктором прогресування ХХН. Виявлено, що дефіцит вітаміну D мав місце у достовірній більшості пацієнтів з нефролітіазом єдиної нирки, ніж однобічним, при супутньому цукровому діабеті 2-го типу. Вияв-

лена пряма залежність між рівнем паратгормону із порушенням мінерального обміну (більш високими показниками концентрації іонізованого кальцію та фосфору плазми крові), що підтверджує несприятливий перебіг захворювання у даної категорії. Виявлені притаманні йому фактори ризику та їх ознаки, встановлені значення відносного ризику кожного, визначена інформативна значимість (в балах) найбільш важливих. Отримані дані стали передумовою щодо обґрунтування виділення трьох груп з межовими значеннями за сумарною оцінкою наявних факторів на момент обстеження в кожному конкретному випадку. Такий підхід став інструментом для об'єктивізації прийняття персоніфікованих рішень щодо вибору лікування пацієнтів та моніторингу за його результатом. Запропоновано удосконалені схеми лікування хворих на нефролітіаз єдиної нирки із супутнім ЦД 2-го типу, за рахунок розширення стандартним включенням до них вітаміну D, пентоксифіліну та α-ліпоєвої кислоти. Особливість доз, тривалість курсів підпорядковується визначенням групам ризику, а результативність підтверджується частотою переходу пацієнтів з однієї групи ризику в іншу за даними моніторингу. Доведена необхідність міждисциплінарного підходу при лікуванні хворих із нефролітіазом єдиної нирки та супутнім ЦД 2-го типу. Опрацьовані механізми взаємодії урологів, ендокринологів при виборі препаратів комплексної медикаментозної терапії, її корекції та тактики лікування гіперпаратиреозу, а також строків та об'єму обстеження при диспансерному спостереженні сімейними лікарями.

Обґрунтована також доцільність розширення стандартного комплексу обстеження хворих на нефролітіаз єдиної нирки із супутнім ЦД 2-го типу визначенням концентрацій вітаміну D, паратгормону, обов'язковим дослідженням ниркового кровотоку та консультацією ендокринолога на предмет виявлення гіперпаратиреозу.

ОПЕРАЦІЯ МИТРОФАНОВА В ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОГО УРОЛОГА

*В.А. Дігтяр, Л.М. Харитонюк, М.В. Бойко,
О.А. Острівська, А.В. Обертинський, Д.Г. Вернігора*

*КП «Обласна дитяча клінічна лікарня» м. Дніпро, Україна
ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України*

Лікування нейрогенних порушень сечового міхура завжди було наріжним каменем у практиці дитячого уролога. Вибір адекватного способу відновлення резервуарної та евакуаторної функції сечового міхура займає ключове місце та дозволяє значно покращити якість життя. Операція Митрофанова значно змінила тактику лікування сечової інконтиненції. Позитивні результати спостерігаються більш ніж в 90% випадках апендикостомії.

Мета дослідження: удосконалення тактики лікування дітей з тяжкою урологічною патологією та оцінити переваги операції Митрофанова.

Матеріали та методи дослідження: Ретроспективно проаналізовано 6 історій хвороби пацієнтів, яким була виконана операція Митрофанова в період з 2010 до 2020 року на базі урологічного відділення Дніпропетровської обласної дитячої клінічної лікарні. Операція Митрофанова виконана пацієнтам з наступною патологією: нейрогенна дисфункція сечового міхура, екстрофія сечового міхура, тотальна епіспадія статевого члена з недостатністю шийки сечового міхура та дівчинка із множинними вадами

ми розвитку геніталій та аноректальною мальформацією.

Результати. В усіх випадках джерелом кондуїта був апендикс. Шляхи відведення апендикостоми були різні: виведена до пупка (16%); та в 5 (84%) випадках у праву здухвинну ділянку. Косметичний результат краще спостерігався при стомуванні до пупка. Міхурова частина апендикостоми у формі клапана з антирефлюксним захистом імплантована в задню стінку сечового міхура у всіх випадках. Шкірна частина апендикостоми сформована за VQ – пластикою шматком в 5 випадках (84%), в одному випадку за U – пластикою (16%). Ускладнення, які виникли, це стеноз шкірної частини апендикостоми, яка потребувала реконструкції цієї частини апендикостоми та в одному випадку був сформований хибний хід через недотримання правил катетеризації (32%).

Висновки. Операція Митрофанова при тяжких урологічних патологіях стає гарним альтернативним способом деривації сечі з сечового міхура та підвищує якість та тривалість життя пацієнтів. Для усунення більшості ускладнень застосовувались консервативні та малоінвазивні методи корекції.

НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГАНГРЕНОЮ ФУРНЬЄ

*М.В. Зеляк¹, О.В. Пиплюк¹, І.В. Білищук²,
О.П. Сандурський², С.М. Скородійчук², М.В. Ткачук¹*

¹ Івано-Франківський національний медичний університет

² Івано-Франківська обласна клінічна лікарня

Вступ. Гангрена Фурньє (ГФ) – некротизуюче ураження м'яких тканин геніталій і ділянки промежини, потенційне для розвитку екстремального стану з високим ризиком летально-го наслідку.

Мета дослідження – аналіз власного досвіду та світової літератури стосовно етіопатогенезу, діагностики та лікування цієї тяжкої недуги.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням було 28 хворих з ГФ за 25-річний період. Всім пацієнтам провели «агресивне» хірургічне та комбіноване антибактеріальне лікування. Терапія була успішною в 25 випадках. Трьом хворим провели шкірну пластику дефектів калитки повношаровими клаптями. Двоє хворих померли через септичний шок. Ще в одного па-

циєнта настала смерть через ГФ на тлі розгорнутого СНІДу.

Результати дослідження. Терапія була успішною в 89,3% випадків, летальність склала 10,7%, що не перевищує опублікований рівень.

ГФ – некротизуюче ураження м'яких тканин геніталій і ділянки промежини. Ця назва пов'язана з іменем французького венеролога Ж.А. Фурньє, який в 1883 р. описав молодого чоловіка з гангреною промежини.

Вважалося, що ГФ – захворювання порівняно рідкісне. R.Paty і співавт. у 1992 р. повідомили, що в літературі було описано близько 500 випадків. Проте інші дослідники наводять відомості про значно більшу кількість описаних в літературі спостережень. Так, N.Eke в 2000 р. представив огляд на основі 1726 випадків ГФ. Зрозуміло, збільшення частоти захворювання останнім часом пов'язане з кращою обізнаністю про цю патологію.

На жаль, вітчизняна наукова періодика вкрай бідна повідомленнями про ГФ, за винятком дуже рідкісних описів окремих спостережень. Це, по суті, й стало мотивацією до необхідності виступити з оглядом власних спостережень і лікування 28 пацієнтів та аналізом зарубіжних джерел, метою якого є певне зменшення інформаційного вакуума з проблеми, яка є потенційною для розвитку екстремального стану з високим ризиком летального наслідку. Останній сягає рівня 18–42%.

Якщо раніше носіями захворювання була переважно молодь, то за минулі роки змінилося уявлення про епідеміологію ГФ. Так, зараз є докази, що вона може уражати навіть новонароджених і людей похилого віку. Дотепер в педіатричній практиці було описано 55 випадків, причому у 2/3 з яких складали пацієнти молодші 3 міс. В окремих публікаціях є свідчення, що в країнах Африки ГФ зустрічається частіше.

Етіологія ГФ, за даними літературних джерел, була позбавлена конкретного причинно-наслідкового зв'язку і тому гангрену називали спонтанною, ідіопатичною. Проте тепер причини її виникнення вже відомі, їх згруповано в наступній за частотою послідовності: урогенітальні, аноректальні, дерматологічні. У ряді клінічних спостережень автори вказують на конкретні фактори, що призводять до захворювання. До них належать рак кишок, міеломна хвороба, операції по пересадці кісткового мозку, пірсинг, ін'екції кокаїну в пеніс, колостомія. До сприяючих чинників віднесені також діабет, алкоголь, стероїдна і хіміотерапія, ВІЛ.

Виникнення захворювання з характерною морфологічною і клінічною складовою пов'язане з мікробною флорою, спектр якої досить добре вивчений і представлений у практично всіх публікаціях. Повідомляється, що збудниками ГФ в більшості випадків є грампозитивні, грамнегативні стафілококи і стрептококки. В половині випадків виявляють анаеробну мікрофлору.

Детальна характеристика мікрофлори у хворих з ГФ представлена в роботі G. Smith і співавт. Найбільш вірулентним виявився стрептокок групи А, екзотоксин якого діє як суперантіген, який має унікальну здатність взаємодіяти з головним комплексом гістосумісності II класу на антигенпрезентуючих клітинах. Монокіни (ФНО- α , інтерлейкін (ІЛ)-1, ІЛ-6, ІЛ-8), що синтезуються при цьому, запускають каскад коагулатії з наслідком тромбозу мікроциркуляторного русла органів, що є морфологічною основою шоку.

Патогенез ГФ тривалий час залишився неясним. Проте автори сучасних публікацій схилилися на бік причинного зв'язку захворювання та тромбозу судин фасціальних структур і розвитком на цій основі некротичних змін. Подібна патогенетична концепція аргументована авторами на основі даних морфологічних досліджень висіченіх при операціях тканин. Більше того, постулюють, що ГФ – це клінічний різновид некротизуючого фасціту, з чим не можна не погодитись.

Вхідні ворота інфекції можуть бути різноманітними: урогенітальні, періуретральні інфекції, структури уретри, пухлина сечового міхура, тривала катетеризація, епідідимохіті, аноректальні, періанальні абсцеси, гемороїдектомія, колоректальний рак, апендицит, дивертикуліт, хвороба Крона, шкірна травма, гнійничкові захворювання шкіри, грижосічення. У жінок геніталія гангрена може розвиватися з вульварної або великої передньої залози (бартоліновий абсцес), або як ускладнення гістеректомії, септичного аборту тощо. Є ще одне значуще джерело інфекції, яке ініціює виникнення ГФ – це мікробна флора товстої кишки, яка запускає складний патогенетичний процес розвитку некротичного процесу м'яких тканин.

Механізм розвитку некрозу поверхневої фасції, в якій розташовується розгалужена мережа мікросудинного русла, знайшла відзеркалення в різних роботах. Суть даного механізму полягає в наступному: збудник – піrogенний екзотоксин А стимулює продукцію цитокінів, що пошкоджують ендотелій судин, призводить

до екстравазації рідкої частини крові, порушуючи кровотік в капілярах внаслідок їх стиснення. У даному трактуванні, на нашу думку, не врахована найбільш значуща патогенетична деталь в розвитку некрозу – тромбоз судин, ініційований дією цитокінів і зокрема ІЛ-8, що запускає гіперкоагуляційний каскад через механізм утворення тромбопластину. На додаток до викладеного слід сказати, що розвиток гангреди Фурнє пов’язаний не з місцевим проникненням мікробного агента в тканину, а з початковою бактеріемією, обумовленою дислокацією мікрофлори в кровоносне русло з місцевого вогнища або кишок. Цьому є підтвердження, що ґрунтуються на результатах бактеріологічних досліджень з виявленням позитивної гемокультури у пацієнтів з ГФ в 25% випадках. Ще більш доказовими виявилися результати спеціальних досліджень феномену дислокації мікробів при синдромі централізації кровообігу, зумовленою суперагресивною дією на організм.

Існує й клінічне підтвердження тому, що ГФ, як і вся група пацієнтів з некротизуючим фасцієтом є наслідком генералізованої інфекції.

Всі, без виключення, автори публікацій, присвячених ГФ, пишуть про раптовий початок захворювання, клінічними ознаками якого є тріада симптомів: висока температура тіла, що досягає 39 °C, сильний біль в ділянці геніталій і наявність щільного різко болючого інфільтрату, іноді з ознаками крепітациї. Якщо додати до цього появи чорного забарвлення шкіри калитки, то діагноз навряд чи може викликати сумнів.

За своїм характером дане захворювання є «підступним і різким», а за результатом – «таким, що загрожує життю». Найбільшою мірою це відноситься до випадків з близкавичним перебігом сепсису, летальним кінцем протягом доби з початку захворювання. Клінічна картина перебігу хвороби в цих випадках обумовлена розвитком інфекційно-токсичного шоку, викликаного високо вірулентним гемолітичним стрептококком групи А, а також резорбцією некротоксинів з обширних ділянок некротизованих тканин, що виходять за межі геніталій (живіт, кінцівки).

Труднощі в розпізнаванні ГФ відносились до найбільш раннього періоду хвороби, коли ще відсутні ознаки некротичних уражень шкіри калитки з характерним чорним її забарвленням, яке з’являється не раніше 8–10 годин від початку тромбозу мікроциркуляторного русла. Особливого значення в цій ситуації набуває «значна настороженість», заснована на достатньому сту-

пені інформованості лікаря, який першим оглядає хворого. Міжнародний досвід лікування пацієнтів з некротизуючим фасцієтом і ГФ дозволяє стверджувати, що терміни точної діагностики цього захворювання за часом повинні перевершувати терміни розпізнавання всіх інших гострих хірургічних захворювань, оскільки динаміка близкавичного перебігу тяжкого сепсису, що катастрофічно розвивається, відводить для рятівної реанімаційної допомоги небагато часу, не більше, ніж добу. Це погоджується з даними літературних джерел, що наводять високі цифри летальності. Як показує клінічна практика, саме рання діагностика, а точніше – екстренне оперативне втручання дає шанс на сприятливий результат лікування хворих.

За своєю метою діагностика ГФ належала до розряду екстреної реанімаційної допомоги та повинна проводитись за участю досвідчених реаніматологів, що забезпечують, разом з урологами і хірургами окрім діагностичного пошуку, підтримку функції життєво важливих органів і систем (гемодинамічну, респіраторну), а також включала протизапальну, антикоагулянтну і фібринолітичну терапію.

Разом з ознаками ГФ, що клінічно маніфестиють, існують стандартні діагностичні тести, які детально представлені в літературі. До них відносяться: бактеріологічне дослідження крові, сечі, тканини, отриманої при пункциї або операції, газовий склад крові для визначення рівня гіпоксії, вмісту креатиніну та сечовини. Важливим компонентом діагностики є коагулограма, оскільки у хворих проявляються ознаки тромбопластинової коагулопатії. На нашу думку, віправдане дослідження рівнів прозапальних цитокінів, маркерів сепсису (ІЛ-1, ІЛ-6), а також прокальцитоніну. З метою виявлення газу в м’яких тканинах використовують УЗД, оглядову рентгенографію, а також КТ або МРТ. І, нарешті, в спірних випадках показана експрес-біопсія.

Лікування хворих з ГФ базувалося на трьох принципах: 1) некректомія; 2) інфузійна терапія; 3) антибіотикотерапія. Заслуговує на увагу теза, що «реанімаційні заходи повинні передувати всім подальшим, включаючи діагностичні». Оперативне лікування є пріоритетним. Воно має бути не просто раннім, а негайним, котре проводять відразу ж при встановленні діагнозу. На думку всіх авторів публікацій з цієї теми, мета операції – спочатку прибрати, висікти весь некроз, джерело ендотоксикозу на значних за площею ділянках тіла, особливо у випадках розповсюдження некрозу, який поширюється за межі геніталій. Іншим за важливістю елементом ліку-

вання є антибіотикотерапія. Більшість авторів вказують на необхідність потрійної схеми антибактеріальних препаратів з обов'язковим підключенням кліндаміцину.

Присутність у складі мікрофлори анаеробів диктує необхідність використання в лікуванні хворих з ГФ гіпербаричної оксигенації, при цьому відмічено зниження летальності в групі пацієнтів, котрим проводилися її сеанси. На жаль, в нас не було такого досвіду. Хоча існує і протилежна думка, котра не підтверджена статистично на достатній кількості спостережень.

Не може не викликати жалю те, що летальність пацієнтів з ГФ залишається дотепер високою, що зумовлено життєво небезпечними її ускладненнями, а також не завжди своєчас-

ним і адекватним лікуванням. Діапазон показників летальності диктує постійну необхідність серйозного вдумливого аналізу, а зрештою віднесення ГФ в число невідкладних хірургічних захворювань.

Реконструктивні втручання при великих шкірних дефектах в ділянці калитки були проведені лише після очищення ран з використанням шкірних клаптів.

Висновки. Аналізуючи власні спостереження та проводячи огляд літературних джерел по рідкісному, але небезпечному для життя захворюванню, яким є ГФ, ми підкреслюємо необхідність ранньої діагностики та вкрай не-відкладного за часом і радикального за характером оперативного втручання.

ЗАСТОСУВАННЯ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ І НАРКОТИЧНИХ АНАЛЬГЕТИКІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ НИРКОВОЇ КОЛІКИ

*M.B. Зеляк¹, О.П. Сандурський², I.B. Білищук²,
M.B. Ткачук-Теличкан², Б.М. Зіняк³*

¹ *Івано-Франківський національний медичний університет*

² *Івано-Франківська обласна клінічна лікарня*

³ *Івано-Франківська обласна клінічна дитяча лікарня*

Вступ. Ниркова коліка (НК) є однією з найтяжчих серед відомих форм болю в людині. Одразу після первинної оцінки, негайно необхідно провести знеболення. Однак ідеальне лікування при нирковій коліці залишається невідомим.

Мета. У своїй роботі ми ставили метою встановлення можливості застосування НПЗП та наркотичних анальгетиків для контролю болю при НК.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням протягом 21-го року було 3612 хворих з нападом НК віком від 7 до 72 років. Продуцили клініко-діагностичні та лабораторні обстеження, УЗД сечовидільної системи, оглядову та видільну уrogramами, КТ органів черевної порожнини, як правило, без внутрішньовенного введення контрасту, для заперечення захворювання аорти, сечових і статевих органів. На сьогодні наявна велика кількість НПЗП. Головна різниця між ними полягає в частоті та типі побічної дії, переважно подразненні шлунка та звиразкуванні. Використання диклофенаку на-трію та ібуuproфену пов'язане з підвищеною частотою коронарних розладів. Тому, призначаючи

їх, це брали до уваги. Вважають, що з метою зменшення ефективної дози, слід призначати ці ліки на найкоротший термін. Схема лікування включала парентеральне або пероральне введення НПЗП або традиційних спазмолітичних ліків, при потребі – наркотичних анальгетиків.

Результати. В усіх обстежуваних пацієнтах досягнули повного послаблення болю. Найбільш ефективним воно було у хворих з повною обструкцією сечоводу шляхом спонтанного відходження конкременту, його видалення, встановлення сечовідного стенту чи черезшкірної нефростоми. Спірним був кращий спосіб деблокування нирки у дітей та дорослих: шляхом дистанційного дроблення (SWL) чи уретероскопії та літо-трипсії (URS). Протягом 14 годин після поступлення невагітних ряд зарубіжних авторів наполягає на проведенні для з'ясування діагнозу КТ нирок, сечоводів і сечового міхура.

На щастя, більшість наших пацієнтів не мали повної обструкції, тому в них був зменшений ризик погіршення роботи нирки. Для багатьох хворих доречним було очікувальне лікування, дуже важливим було послаблення болю. Оскільки ниркову коліку частково пов'язують

з підвищеною сечовідною м'язовою активністю, ліки, здатні розслабити гладкий м'яз, можуть бути найефективнішими. НПЗП для лікування НК відомі як такі ж ефективні, як і опіоїди, хоча хворі, що отримували морфін, повідомляють більше послаблення болю через 10 хв. Але через 20–30 хв. вже не було значущої різниці.

З появою селективних інгібіторів ЦОГ II був значний ентузіазм щодо їх використання при лікуванні ниркової коліки, оскільки селективні інгібітори ЦОГ II підвищують шлунково-кишкову толерантність. Однак на сьогодні показано, що вони мають шкідливий вплив на ниркову та серцеву функції в тих пацієнтів, які раніше хворіли: зокрема при досліженні VIGOR встановлено, що при застосуванні рофеоксибу частота виникнення інфаркту міокарда була в 5 разів вищою, достовірно вищою була й частота церебральної тромбоемболії. Вважають, що мелоксикам є вдалим засобом для тривалого застосування, однак, не все так однозначно при тривалому застосуванні селективних інгібіторів ЦОГ II.

Традиційне лікування НК може включати внутрішньо-м'язове введення папаверину

гідрохлориду, метамізолу натрію+фенпіверину броміду+пітофенону гідрохлориду, но-шпи, баралгіну. Зрозуміло, що у випадку непереносимості НПЗП, опіоїдів або вагітності хворої можуть виникати великі труднощі. Альтернативне лікування може використовувати локальне активне зігрівання живота та попереку, яке є ефективним знеболенням у хворих з запідозреною нирковою колікою. Так само, може допомагати гаряча ванна, внутрішньошкірна ін'єкція стерильної води, призначення ін'єкції гідрохлориду папаверину тощо. Акупунктура не має побічних ефектів. Вона може діяти за рахунок збільшених рівнів ендогенних опіатів в цереброспінальній рідині, оскільки ліки, здатні блокувати морфін так само пригнічують біль, однак в наших спостереженнях вона була недоступною.

Висновок. Використання традиційного лікування не завжди дозволяє досягнути повного знеболення при нападі НК. На сьогодні НПЗП та наркотичні анальгетики є найбільш ефективними загальноприйнятими ліками при лікуванні НК.

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДИКИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА / СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

И.И. Горпинченко¹, В.В. Белошицкий², К.Р. Нуриманов¹,
О.Ю. Гарматина², М.В. Белошицкая²

¹ ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

² ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины»

Хронический простатит – распространенное, рецидивирующее заболевание. По данным Mehik A. et al. (2000), распространённость симптомов простатита у мужчин достигает 14,2%. У 27% пациентов обострение развивается не реже одного раза в год, у 16% – наблюдаются постоянные симптомы. Хронический простатит/синдром хронической тазовой боли (ХП/СХТБ) – наиболее частая форма простатита (90–95% пациентов).

Пациенты с упорным течением и частыми рецидивами заболевания являются кандидатами на проведение интервенционных методик. Последние позволяют доставить лечебное воздействие непосредственно к структурам, определяющим симптомы заболевания. Для точного проведения интер-

венции используются рентгеновская, ультразвуковая и КТ-навигация, а также диагностические блокады и электродиагностика.

При ХП/СХТБ интервенционные методики используются для введения препаратов ботулотоксина типа А, глюкокортикоидов длительного действия, радиочастотного воздействия. Мишенями интервенций являются мышцы тазового дна, половые нервы, нервные сплетения и ганглии малого таза, предстательная железа, семенные пузырьки и семенные канатики.

Безопасность интервенций позволяет проводить их в большинстве случаев амбулаторно. Для увеличения эффективности лечения мы используем сочетание нескольких интервенционных методик при ХП/СХТБ.

АНАЛІЗ ПАЦІЕНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ РАДИКАЛЬНУ ЦИСТЕКТОМІЮ: ДОСВІД ОДНОГО ЦЕНТРУ

В.П. Стусь¹, В.М. Краснов^{1,2}, М.Ю. Поліон^{1,2}, Д.І. Логвіненко¹

¹ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² КП «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» ДОР

Актуальність. Рак сечового міхура є 7-м найбільш часто діагностованим раком у чоловіків. Світовий стандартизований показник захворюваності (на 100 000 людей/рік) – 9,0 для чоловіків та 2,2 для жінок (13,7 та 2,0 відповідно в Україні). У Європейському союзі стандартизований за віком коефіцієнт захворюваності складає 19,1 для чоловіків та 4,0 – для жінок. У Європі найбільш високий стандартизований за віком показник захворюваності зареєстровано у Бельгії (31 – у чоловіків та 6,2 – у жінок) та самий низький у Фінляндії (18,1 – у чоловіків та 4,3 – у жінок).

Рівень захворюваності та смертності від раку сечового міхура у різних країнах відрізняється з причини різних факторів ризику, методів виявлення та діагностики, а також доступності методів лікування. Проте ця різниця також частково обумовлена різними методологіями, що використовуються у дослідженнях, та якістю збору даних. У деяких реєстрах частота та смертність від раку сечового міхура знизилась, що, можливо, відображає зниження впливу збудників. Приблизно у 75% пацієнтів з раком сечового міхура, пухлина обмежена лише слизовою або підслизовою. У більш молодих пацієнтів (<40 років) цей процент ще вищий.

Матеріали та методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз 73 історій хвороб

пацієнтів, які перенесли радикальну цистектомію з 2018 року по травень 2020 року на базі урологічного відділення №2 КП «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» ДОР».

Результати дослідження. Серед 73 проведених радикальних цистектомій – 6 було проведено жінкам (8,22%), а 67 – чоловікам (91,78%). Співвідношення жінок до чоловіків склало 1:11,2. Тривалість захворювання до проведення цистектомії складала $21,00 \pm 15,24$ місяців. При аналізі факторів ризику індекс маси тіла склав $27,26 \pm 4,46$ м/кг², а стаж тютюнопаління – $31,07 \pm 11,26$ пачко-років.

Уретерогідронефроз був у 43,24% пацієнтів, причому двобічний – у 18,91%. Швидкість клубочкової фільтрації складала $72,78 \pm 16,12$ мл/сек, а рівень загального білка крові $67,9 \pm 8,1$ г/л.

За результатами патогістологічного дослідження після радикальної цистектомії I стадія раку сечового міхура встановлена у 16 пацієнтів (21,92%), II – у 44 (60,27%), III – у 3 (4,11%), а IV – у 16 пацієнтів (21,92%).

Висновки. У цілому показники захворюваності в світі відповідають даним проаналізованих історій хвороби, а тютюнопаління лишається ключовим фактором у розвитку раку сечового міхура.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНА РАДІОХВИЛЬОВА ТЕРМОТЕРАПІЯ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АБАКТЕРІАЛЬНИЙ ПРОСТАТИТ

B.I. Тріщ

Івано-Франківський національний медичний університет

Вступ. Поширеність хронічного простатиту (ХП) у чоловічій популяції становить від 3 до 35%. Серед чоловіків працездатного віку (до 50 років) ХП є найбільш поширеним урологіч-

ним захворюванням, а притаманні для нього симптоми є частою (до 8% випадків) причиною звернення за урологічною допомогою. Захворюваність простатитом в Україні складає

блізько 19% серед чоловічого населення віком від 20 до 60 років. У 80% випадків при культуральному аналізі секрету передміхурової залози інфекційний чинник ХП не виявляється. Ця форма ХП відповідно до класифікації Національного інституту здоров'я (НІЗ) США визначається як хронічний абактеріальний простатит, або синдром хронічного тазового болю (категорія III) (С3ХТБ).

Серед різних методів лікування СР/CPPS теплова терапія може мати патогенетичне обґрунтування. Perachino et al. припустив, що трансуретральна термотерапія викликає тривалу блокаду альфа-адренорецепторів. Зменшення проявів симптоматики нижніх сечових шляхів у хворих після трансуретральної термотерапії обумовлене сенсорною денервацією задньої частини уретри. Nickel JC, Sorenson R. вказали на значне зменшення проявів симптоматики через 3 місяці, після проведення трансуретральної мікрохвильової термотерапії у 20 хворих на хронічний абактеріальний простатит, в порівнянні з групою плацебо. Kastner et al. повідомили результати пілотного дослідження, в якому в 35 пацієнтів на хронічний простатит спостерігалось покращення середнього показника NIH-CPSI на 51% при охолодженні трансуретральній мікрохвильової термотерапії через 12 місяців спостереження. Термотерапія, як термін був придуманий для опису лікування температурами вище 45 °C, а термін гіпертермія нижче цього показника. При трансректальних підходах використовують температурний діапазон від 41 до 45 °C. Перевага радіохвилі над мікрохвильами, за рахунок більш глибокої і рівномірної передачі тепла. Термін «радіочастота» відноситься не до хвилі, що випромінюється, а до перемінного електричного струму, який коливається в високочастотному діапазоні (від 200 до 1200 кГц). Радіочастотна енергія проходить через електроди і викликає збудження іонів. Перемішування та тертя іонів створює тепло, і досягаються достатні температури. Система Tempro – це трансуретральна процедура нагріву з температурою від 45 до 60 °C для термотерапії. Трансуретральний доступ більш ефективний ніж трансректальний, за рахунок безпосереднього впливу на передміхурову залозу. Біополярна технологія забезпечує концентровану радіочастотну передачу в простату з мінімальними впливом енергії на оточуючі тканини. Okрім цього, не має потреби в системі охолодження, на відміну від трансуретральної чи трансректальної мікрохвильової термотерапії. На сьогоднішній день не існує єдиної універсальної успішної терапії хронічного про-

статиту. Тому це виправдовує подальший пошук нових методів лікування пацієнтів з даною патологією.

Мета дослідження: метою дослідження було оцінити ефективність трансуретральної радіохвильової біополярної термотерапії (TURF) передміхурової залози (ПЗ) у хворих на хронічний абактеріальний простатит із синдромом запального хронічного тазового болю (СР/CPPS (NIH III A)).

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 57 хворих на хронічний абактеріальний простатит, із синдромом запального хронічного тазового болю (С3ХТБ)/СР/CPPS (NIH III A), з тривалим рецидивуючим перебігом захворювання, який важко піддавався традиційній терапії. Середній вік пацієнтів склав $36,4 \pm 8,2$ року тривалість захворювання від 4 до 7 років (в середньому $5,6 \pm 1,3$ року).

Діагноз, хронічного абактеріального простатиту із синдромом запального хронічного тазового болю (С3ХТБ)/СР/CPPS – (NIH III A), виставлявся на основі наступних критеріїв: наявність періодичного чи постійного болю (дискомфорт) над лоном, в промежині, калитці, крижах протягом тривалого часу (не менше 3 міс.), з розладами сечовипускання або без них; наявність кількості лейкоцитів >10 в полі зору при мікроскопічному дослідженні секрету передміхурової залози чи сечі після масажу простати (VB3); негативних результатах мікробіологічних досліджень секрету простати чи сечі після масажу простати (VB3); негативні результати ПЛР діагностики видіlenь з уретри.

Також проводили анкетування пацієнтів згідно з міжнародною системою оцінювання симптомів за допомогою опитувальника «Індекс симптомів хронічного простатиту» (NIH-CPSI, 1999) з оцінкою якості життя пацієнтів (QoL).

Всі хворі отримували стандартну терапію згідно з клінічним протоколом, а саме α -адреноблокатори, нестероїдні протизапальні середники, антибактеріальні препарати фторхіонолонового ряду. Частині хворих (37 – II група) на тлі стандартної терапії проведено трансуретральну радіохвильову біополярну термотерапію передміхурової залози за допомогою апарату «Tempro», з подальшою порівняльною оцінкою клінічних результатів відносно контрольної групи пацієнтів (20 – I група), які отримували тільки стандартну терапію, через 3, 6 та 12 місяців після лікування.

Результати дослідження. Було встановлено, що використання на тлі стандартної терапії, трансуретральної радіохвильової біополярної

термотерапії передміхурової залози за допомогою системи Tempro, у хворих на хронічний абактеріальний простатит із синдромом запального хронічного тазового болю (CP/CPPS – NIH III A), сприяло більш тривалому та стійкому клінічному ефекту, на відміну від результатів у групі пацієнтів, які отримували тільки стандартну терапію. Якщо за оцінкою загального стану (S+QoL) у I групі пацієнтів, через 3 та 6 міс. після стандартного курсу лікування, показник покращився на 38,9 та 41,4% відповідно ($p<0,05$), то через 12 міс. тільки на 10,3%, без достовірної статистичної різниці з показником до лікування ($p>0,05$). Тоді як у II групі пацієнтів, яким додатково було проведено трансуретральну радіохвильову біполлярну термотерапію ПЗ, показник суми балів (S+QoL) через 3 міс. та 6 міс., був на 64,0% та 68,2% відповідно нижче від показника до лікування ($p<0,05$). Через 12 міс. після лікування, цей результат залишався без негативної динаміки, що на 68,4% нижче від показника до лікування ($p<0,05$).

Відповідні результати отримані і при детальній оцінці динаміки основних симптомів через 3, 6 та 12 міс. після лікування. Прояви болю чи дискомфорту в типових ділянках, через 12 міс. після лікування повернулись у пацієнтів I групи, тоді як у II групі таких пацієнтів був незначний відсоток, окрім дискомфорту над лоном у 27% пацієнтів. Також доведена значна ефективність TURF щодо вираженості запального процесу за результатами мікроскопії секрету передміхурової залози. Відповідно через 12 міс., менше 10 лейкоцитів в полі зору було у 35% пацієнтів I – групи, тоді як у II групі – 73%, від 11 до 20 лейкоцитів було у 60% пацієнтів I групи, та 37% – II групи. За результатами ТРУЗД передміхурової залози, середній об'єм передміхурової залози через 12 міс. після лікування у II групі був меншим на 28,1% від показника до лікування ($p<0,05$). Якщо через

3 та 6 міс. після лікування середній об'єм простати у I групі пацієнтів вірогідно зменшився на 14,1% та 11,9% відповідно, то через 12 міс. статистично достовірної різниці не було ($p>0,05$).

За результатами ТРУЗД передміхурової залози, середній об'єм передміхурової залози через 12 міс. після лікування у II групі був меншим на 28,1% від показника до лікування ($p<0,05$). Якщо через 3 та 6 міс. після лікування середній об'єм простати у I групі пацієнтів вірогідно зменшився на 14,1% та 11,9% відповідно, то через 12 міс. статистично достовірної різниці не було ($p>0,05$).

Під час проведення пацієнтам трансуретральної радіохвильової біполлярної термотерапії передміхурової залози у жодного із них, значущої побічної дії відмічено не було. Після TURF 54% пацієнтів відмічали незначну пекучість при сечовипусканні протягом першої доби, що не потребувало додаткової фармакологічної корекції.

Таким чином, дані літератури та результати проведеного дослідження свідчать, що використання трансуретральної радіохвильової біполлярної термотерапії передміхурової залози є безпечним з тривалим та стійким клінічним ефектом в лікуванні пацієнтів із хронічним абактеріальним простатитом, які важко піддаються традиційній терапії.

Висновки. На сьогоднішній день, значенню хронічного абактеріального простатиту / СХТБ, все більше уваги приділяється, як в клінічних, так і наукових фундаментальних дослідженнях. Досі не існує єдиних універсальних ефективних методів лікування. Із мультимодальних стратегій у веденні пацієнтів із СХТБ, які важко піддаються традиційній терапії, трансуретральна радіохвильова біполлярна термотерапія передміхурової залози за допомогою системи «Tempro» забезпечує тривалий та стійкий клінічний ефект.

К 210-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ГЕНИЯ ЕВРОПЕЙСКОЙ ХИРУРГИИ НИКОЛАЯ ИВАНОВИЧА ПИРОГОВА

И.М. Русинко, Н.М. Русинко

КНП «Городская больница № 12» ДГС

Николай Иванович Пирогов родился в Москве 13 (25) ноября 1810 года в крепкой, набожной (в семье строго и убежденно соблю-
дали все религиозные обряды) и патриархальной многодетной (в семье было четырнадцать детей, большинство из которых умерло в мла-

денчестве) семье. Внук крепостного крестьянина, он рано узнал нужду. Его отец, Иван Иванович, служил казначеем-майором провиантского депо, был комиссionером 9-го класса.

Получить образование ему помог знакомый семьи – известный московский врач, профессор Московского университета Е.О. Мухин, который заметил способности мальчика и стал заниматься с ним индивидуально.

В одиннадцать лет Николай поступил в частный пансион Кряжева. Курс обучения там был платным и рассчитан на шесть лет. Учащихся пансиона готовили для чиновной службы. Иван Иванович рассчитывал, что его сын получит хорошее образование и сможет добиться «благородного» дворянского звания. Он не думал о медицинской карьере сына, так как в то время медицина была занятием разночинцев. Николай проучился в пансионе два года, затем в семье кончились деньги на обучение.

Когда Николаю исполнилось четырнадцать лет, он поступил на медицинский факультет Московского университета. По совету профессора анатомии Е.О. Мухина отец с большим трудом «выправил» в документе возраст Николаю с четырнадцати на шестнадцать лет – для этого пришлось дать «хабаря» священнику. В Московский университет принимали с шестнадцати лет. Иван Иванович Пирогов успел вовремя. Через год он умер, семья же стала нищенствовать.

22 сентября 1824 года Николай Пирогов поступил на медицинский факультет Московского университета, который окончил в 1828 году.

Пирогов учился легко. Кроме того, ему приходилось постоянно подрабатывать, чтобы помочь семье. Умер отец, дом и почти все имущество пошли в уплату долгов – семья осталась сразу без кормильца и без кровя. Николаю порой не в чем было пойти на лекции: сапоги худые, а куртка такая, что шинель снять было совестно. Наконец Николаю удалось устроиться на должность прозектора в анатомическом театре. Эта работа дала ему бесценный опыт и убедила его в том, что он должен стать хирургом.

В 17 с половиной лет после окончания Московского университета и утверждения в звании «лекарь 1-го класса», Пирогов был делегирован в числе троих выпускников для поступления в Профессорский институт, открытый при Императорском Дерптском университете (в то время он считался лучшим в России). В 1828 году он успешно сдал вступительные экзамены в Императорской Санкт-Петербургской Академии наук и был принят на обучение.

В Профессорском институте Н.И. Пирогов подготовил докторскую диссертацию на тему «Является ли перевязка брюшной аорты при аневризмах паховой области легко выполнимым и безопасным вмешательством?». Ее оригинальность заключалась в экспериментальном обосновании целесообразности таких вмешательств и в дальнейшем была использована самим Пироговым в клинических условиях.

9 июня 1832 г. работа была представлена для печати, 31 августа 1832 г. состоялась защита диссертации на степень доктора медицины, а 30 ноября 1932 г. Н.И. Пирогов был утвержден вченой степени доктора медицины.

После окончания профессорского института Н.И. Пирогову была обещана кафедра хирургии в Московском университете.

Возвращаясь домой, Пирогов тяжело заболел и был оставлен для лечения в Риге. Риге повезло: не заболел Пирогов, она не стала бы площадкой его стремительного признания. Едва Пирогов поднялся с госпитальной койки, он взялся оперировать. До города и прежде доходили слухи о подающем великие надежды молодом хирурге. Теперь предстояло подтвердить бежавшую далеко впереди добрую славу.

Из Риги он направился в Дерпт, где узнал, что обещанную ему московскую кафедру отдали другому кандидату. Но ему повезло – Иван Филиппович Мойер передал ученику свою клинику в Дерпте. В 1836 г., в возрасте 26 лет, Н.И. Пирогов был избран заведующим клинической теоретической, оперативной и клинической хирургии Дерптского университета. Это далось непросто: «Против меня восстали преимущественно теологи. Говорили, что только протестанты могли быть профессорами университета». Новый «герр профессор» строг, он уже насмотрелся на немцев-незнаек. Студент, сдавший анатомию на «тройку», не имел права брать скальпель в руку. Для каждого учащегося припасена сотня вопросов и обязательно один, последний: «Почему?». Он проявляет громадное трудолюбие в хирургической деятельности. За 2 года до начала его работы в клинике было сделано всего 92 операции, а при его заведовании за следующие 2 года – 326, причем за все 4 года его работы получили хирургическое лечение амбулаторно 1391 человек, а в стационаре – 656 пациентов.

В 1838 г. на полгода Н.И. Пирогов ездил учиться во Францию, куда пятью годами раньше, после профессорского института, его неожелало отпустить начальство. В парижских клиниках он знакомится с преподаванием и госпи-

тальной практикой в клиниках известных французских хирургов Д. Лисфранка, Ф.-Ж. Ру, Д. Амюса.

18 января 1841 года Николай I утвердил перевод Пирогова из Дерпта в Петербург на должность заведующего клиникой госпитальной хирургии и патологической анатомии Петербургской медико-хирургической (ныне – военно-медицинская) академии, которой он руководил до 1856 г. В аудиторию, где он читал курс хирургии, набивалось человек 300. Теснились на скамьях не только медики, послушать Пирогова приходили студенты других учебных заведений, литераторы, чиновники, военные, художники, инженеры, даже дамы. О нем пишут газеты и журналы, сравнивают его лекции с концертами прославленной итальянки Анжелики Каталани: его речь о разрезах, швах, гнойных воспалениях и результатах вскрытий – божественное пение! Несмотря на неприязнь руководства, Николай Иванович добивается реализации своих идей – расширяет клиническую базу кафедры до 2000 коек, вводит новые методы преподавания анатомии и хирургии – клинические обходы с подробным анализом болезней пациентов, дежурства студентов. Чрезвычайно важным в преподавании медицины стала организация по предложению Н.И. Пирогова первой в мире госпитальной хирургической клиники, где вначале здесь, а затем и в других учебных заведениях студентов стали обучать непосредственно при лечении пациентов.

Николая Ивановича назначают директором Инструментального завода. Теперь он придумывает инструменты, которыми любой хирург сделает операцию хорошо и быстро. Его просят принять должность консультанта в одной больнице, в другой, в третьей, и он соглашается.

27 ноября 1846 г. состоялось тайное голосование по выборам в Императорскую Санкт-Петербургскую Академию наук членов Отделения физико-математических наук.

5 декабря 1846 г. Н.И. Пирогов в возрасте 36 лет был утвержден членом-корреспондентом Императорской Санкт-Петербургской Академии наук.

Н.И. Пирогов внес наиболее значительный вклад в анатомию человека, он предложил метод и получил уникальные результаты в разработке проблем, которые можно сформулировать как трехмерная анатомия. Н.И. Пирогов внес неоценимый вклад в ряд разделов медицины – внедрение в клинику эфирного наркоза, гипсовой повязки, принципов сортировки раненых, некоторые иные направления в хирургии. Эти

работы получили высокую оценку не только современников, но и выдающихся умов ХХ в. На втором году петербургской жизни Пирогов тяжело заболел, отравленный госпитальными миазмами и дурным воздухом мертвецкой. Полтора месяца не мог подняться. Тогда же он познакомился с Екатериной Дмитриевной Березиной, девушки из родовитой, но развалившейся и сильно обедневшей семьи. Состоялось торопливое скромное венчание. Выздорев, Пирогов вновь окунулся в работу, великие дела ждали его. Он «запер» жену в четырех стенах нанятой и, по советам знакомых, обставленной квартиры. В театр не возил, потому что допоздна пропадал в театре анатомическом, на балы с ней не ездил, потому что балы безделье, отбирал у нее романы и подсовывал ей взамен ученыe журналы. Пирогов ревниво отстранял жену от подруг, потому что она должна была всецело принадлежать ему, как он всецело принадлежит науке. А женщине, наверно, было слишком много и слишком мало одного великого Пирогова. Екатерина Дмитриевна умерла на четвертом году супружества, оставив Пирогову двух сыновей: второй стоил ей жизни. Здоровье Николая Ивановича расстраивается. Он бежит из родных стен, где все напоминает о потере. В марте 1847 г. Н.И. Пирогов уезжает в Западную Европу. Все время проводит в клиниках, отмечая достижения К. Лангенбека и Д. Диффенбаха в Германии, Г. Дюпюитрена и А. Нелатона – во Франции, Э. Купера – в Англии, для которых он уже был признанным авторитетом.

Однако в тяжкие для Пирогова дни горя и отчаяния случилось великое событие – высочайше был утвержден его проект первого в мире Анатомического института. Работая на его базе, он провел совершенно исключительные топографо-анатомические разработки, приведшие к созданию «скulptурной анатомии» путем проведения распилов замороженного человеческого тела в трех направлениях. Им было проведено вскрытие больше 11 тысяч трупов.

В 1847 году Пирогов уехал на Кавказ в действующую армию, так как хотел проверить в полевых условиях разработанные им операционные методы. На Кавказе он впервые применил перевязку бинтами, пропитанными крахмалом. Крахмальная перевязка оказалась удобнее и прочнее, чем применявшиеся раньше лубки. Здесь же, в ауле Салты в июле 1847 года Н.И. Пирогов впервые в истории медицины начал оперировать раненых под эфирным обезболиванием в полевых условиях. Он использовал эфирный наркоз у 100 раненых (у 98 путем вды-

хания через специально созданный им аппарат и у 2 человек путем ректальной «этеризацией»). Там же он вместо ампутации выполнил резекции плечевого (4) и локтевого (6) суставов. Все это вскоре было опубликовано в Санкт-Петербурге и в Париже во Французской академии.

После смерти Екатерины Дмитриевны Пирогов остался один. «У меня нет друзей», — признавался он с обычной прямотой. А дома его ждали мальчики, сыновья, Николай и Владимир. Пирогов дважды неудачно пытался жениться по расчету, чего он не считал нужным скрывать от себя самого, от знакомых, похоже, что и от девиц, намечаемых в невесты. В небольшом кружке знакомых, где Пирогов иногда проводил вечера, ему рассказали про двадцатидвухлетнюю баронессу Александру Антоновну Бистром, восторженно читающую и перечитывающую его статью об идеале женщины. Девушка чувствует себя одинокой душой, много и серьезно размышляет о жизни, любит детей. В разговоре ее называли «девушкой с убеждениями». Пирогов сделал баронессе Бистром предложение. Она согласилась. Собираясь в имение родителей невесты, где предполагалось сыграть незаметную свадьбу. Пирогов, заранее уверенный, что медовый месяц, нарушив привычные его занятия, сделает его вспыльчивым и нетерпимым, просил Александру Антоновну подобрать к его приезду увечных бедняков, нуждающихся в операции: работа уладит первую пору любви!

Не без усилий член-корр. Петербургской Академии наук Пирогов добился разрешения на участие в Крымской войне, и в ноябре 1854 года он прибывает в осажденный Севастополь. Оперируя ранеными, Пирогов впервые в истории мировой медицины применил гипсовую повязку, дав начало сберегательной тактике лечения ранений конечностей и избавив многих солдат и офицеров от ампутации. Во время осады Севастополя, для ухода за ранеными, Пирогов руководил обучением и работой сестер Крестовоздвиженской общины сестер милосердия.

Важнейшей заслугой Пирогова является внедрение в Севастополе совершенно нового метода ухода за ранеными. Раненые подлежали тщательному отбору уже на первом перевязочном пункте: в зависимости от тяжести ранений одни из них подлежали немедленной операции в полевых условиях, другие, с более легкими ранениями, эвакуировались вглубь страны для лечения в стационарных военных госпиталях. Поэтому Пирогов по справедливости считается основоположником специального направления в хирургии, известного как военно-полевая хирургия.

За год сделано около 10 000 «значительных» операций, большинство с применением обезболивания. За заслуги в оказании помощи раненым и больным Н.И. Пирогов был награжден орденом Св. Станислава 1-й степени.

Вернувшись в Петербург, на приеме у Александра II Пирогов резко критически рассказал императору о проблемах в войсках, а также поведал об общей отсталости русской армии и ее вооружения, чем навсегда испортил отношения с императором. Царь не захотел прислушаться к Пирогову. 45-летний Николай Иванович, в расцвете сил и таланта, подает рапорт об уходе из академии. В июле 1856 года был подписан приказ об увольнении Пирогова

Н.И. Пирогов, по предложению министра народного просвещения А.С. Норова, последовавшего 3 сентября, в начале октября 1856 года занял должность попечителя Одесского учебного округа. Это назначение произошло по настоянию поддерживающих Николая Ивановича Великой княгини Елены Павловны и Великого князя Константина.

Для Н.И. Пирогова это было, конечно, очень серьезное решение. Ведь не только кардинально менялась сфера его профессиональной деятельности — педагогика на медицину, но изменилось и ее содержание. Вместо привычной научной, преподавательской работы, врачебной практики Н.И. Пирогову предстояло на генеральской должности заниматься серьезной административной деятельностью. Это назначение давало очень высокий чин тайного советника, что соответствовало званию генерал-полковника.

Результаты деятельности Н.И. Пирогова на посту попечителя сначала Одесского, а после отставки с этой должности с сентября 1858 по март 1861 попечителя Киевского учебного округа всегда оцениваются двояко. С одной стороны, отмечается безусловный мощный личный вклад Пирогова, как он сам себя называл «попечителя — миссионера», в развитие просвещения и образования на территории этих учебных округов, который проявлялся буквально во всем.

Крайне опасной считалась деятельность попечителя по просвещению широких слоев трудающихся, выразившаяся, в частности, в поддержке открытия в Киеве первой воскресной школы. Эти школы сразу же попали под подозрение, прямо скажем небезосновательное, в распространении революционных идей.

Но особенно раздражал бюрократию подлинный демократизм Н.И. Пирогова, его стремление решительно поддерживать различные формы самодеятельных организаций и объединений

студенчества, гимназистов старших классов. В этом чиновничеству виделась исключительно опасность распространения «вольнодумства и нигилизма».

С должности попечителя Одесского учебного округа, Н.И. Пирогову пришлось уйти из-за одобренной им вечеринки студентов Ришельевского лицея, шумно отметивших сообщение в бельгийской газете «*Independence Belge*» о том, что в России начата подготовка отмены крепостного права. То есть, по сути, горячо и верноподданно поддержавших действия верховной власти.

Что касается поводов к отставке с поста попечителя Киевского учебного округа, то здесь, несомненно, сыграл свою роль комплекс до конца не выясненных обстоятельств. Среди них было и прямое недовольство начальства, и клеветнический донос.

Непосредственным же поводом стал решительный отказ, высказанный Н.И. Пироговым на личной встрече с императором Александром II, выполнять надзорно-полицейские функции по отношению к студентам, которые с начала 1861 года возлагались на попечителей учебных округов. Все эти обстоятельства и привели, согласно указу от 13 марта 1861 года, к увольнению Пирогова с поста попечителя Киевского учебного округа. Отказался он и от предложенной ему должности члена совета Министерства народного просвещения.

Сытый по горло государственной службой, Николай Иванович уезжает в свое имение – в село Вишня Каменец-Подольской губернии (ныне Винницкая область). Здесь он занимался, в основном, административной и педагогической работой – открывал, например, воскресные школы. Но и медицины не оставил. К этому времени Пирогов стал убежденным христианином, а его профессиональное мастерство достигло своей вершины. В своем имении он открыл бесплатную больницу и насадил различные лекарственные растения для ее нужд. В этом раю, засаженном липами и пронизанном запахом тысячи трав, лечение давало стопроцентный результат, потому что здесь не было различных госпитальных зараз и ворующих интендантов.

Правительство еще дважды обращалось к Николаю Ивановичу с предложениями послужить на педагогическом поприще.

Весной 1862 года Н.И. Пирогов был командирован за границу «для исполнения разных трудов по учебной и педагогической части». Главное поручение министра народного просвещения состояло «в руководстве и направлении молодых людей, готовящихся к профессорской де-

ятельности». Он посетил 25 европейских университетов, ознакомился с построением в них образовательного процесса, умело направлял научную работу молодых ученых и поддерживал их стремления и начинания.

На своем последнем официальном посту Николай Иванович снискдал большое уважение ученых.

В октябре 1862 г. Пирогов консультировал раненого национального героя Италии Д. Гарibalди. Никто из самых знаменитых врачей Европы не мог отыскать засевшую в его теле пулю. Николай Иванович определяет место нахождения пули и просит не спешить ее удалять – чуть позже она может быть легко извлечена. Так и случилось.

По поручению Общества попечения о больных и раненых воинах (в последующем Общество Красного Креста) Пирогов выезжает на франко-прусский фронт в Эльзас и Лотарингию, Болгарию и Румынию для наблюдения за деятельностью военно-лечебных учреждений и разработки мер по упорядочению помощи раненым.

Однако в 1866 году после покушения Д.В. Каракозова на Александра II и начавшейся смены политического курса, связанного с постепенным сворачиванием реформ, Н.И. Пирогов был отзван в Россию и отправлен 17 июня 1866 года в отставку.

После этого к педагогической деятельности Н.И. Пирогов больше не вернулся. Он был вообще уволен с государственной службы даже без права на пенсию. В расцвете творческих сил Пирогов уединился в своем небольшом имении в селе Вишня. Он ненадолго выезжал оттуда только за границу, а также по приглашению Петербургского университета для чтения лекций.

К этому времени Пирогов уже был членом нескольких иностранных академий. Относительно надолго Пирогов лишь дважды покидал имение: первый раз в 1870 году во время прусско-французской войны, будучи приглашен на фронт от имени Международного Красного Креста, и второй раз, в 1877–1878 гг. – уже в очень пожилом возрасте – несколько месяцев работал на фронте во время русско-турецкой войны.

Когда император Александр II посетил Болгарию в августе 1877 г., во время русско-турецкой войны 1877–1878, он вспомнил о Пирогове как о несравненном хирурге и лучшем организаторе медицинской службы на фронте.

Николай Иванович согласился отправиться в Болгарию при условии, что ему будет пре-

доставлена полная свобода действий. Его желание было удовлетворено, и 10 октября 1877 года Пирогов прибыл в Болгарию, в деревню Горна-Студена, недалеко от Плевны, где располагалась главная квартира русского командования. Пирогов организовал лечение солдат, уход за ранеными и больными в военных больницах в Свиштова, Згалеве, Болгарене, Горна-Студена, Велико-Тырново, Бохот, Бяла, Плевне.

С 10 октября по 17 декабря 1877 г. Пирогов проехал свыше 700 км на бричке и санях, по территории в 12 000 кв. км., занятой русскими войсками между реками Вит и Янтра. Николай Иванович посетил 11 русских военно-временных больниц, 10 дивизионных лазаретов и 3 аптечных склада, дислоцированных в 22 разных населенных пунктах. За это время он занимался лечением и оперировал как русских солдат, так и многих болгар.

В начале января 1881 года хирург пожаловался жене, что во рту у него какая-то болезненная язва «В конце концов, это как будто рак».

Вернувшись домой, 70-летний доктор продолжал оперировать у себя в Вишне, много консультировал, вел большую переписку с друзьями, успевал ухаживать за виноградником, персиками, которые разводил в теплицах, розарием — более 300 сортов царицы цветов. Украинская природа, красота сада успокаивающе действовали на уставшего от житейских невзгод хирурга.

Приближался пятидесятилетний юбилей научной, врачебной и общественной деятельности Н.И. Пирогова. Организовать торжества чловеку в опале, который не отправлен в отставку, но отстранен от обязанностей, не так просто. Н.В. Склифосовский обратился непосредственно к царю с просьбой об организации празднования, на что получил «высочайшее разрешение».

Сообщение о предстоящем юбилее великого ученого появилось в газетах еще в 1880 году, поэтому некоторые частные лица и организации прислали поздравления Пирогову в Вишню. На Киевском вокзале проводить Н.И. Пирогова собрались врачи, представители медицинского факультета университета.

В Москву он приехал 22 мая 1881 года. Вагон, в котором ехали хирург с женой, был украшен гирляндами цветов.

На вокзале в столице его встретила огромная толпа. Люди кричали: «Да здравствует патриарх русской хирургии!», «Слава русскому корифею Пирогову!». В волнении Николай Иванович произнес: «Неужели я им еще так важен. И нужен?..»

23 ноября 1881 года в 20.25 отца русской и украинской хирургии не стало. Его сын, Владимир Николаевич, вспоминал, что непосредственно перед агонией Николая Ивановича «началось лунное затмение, окончившееся сейчас же после развязки».

Он умирал, и его оплакивала природа: неожиданно наступило затмение солнца — все село Вишня погрузилось во мрак.

Незадолго до смерти Пирогов получил книгу своего ученика, известного хирурга из Петербургской медико-хирургической академии, бальзамировщика и анатома, уроженца Винницы Д. Выводцева, «Бальзамирование и способы сохранения анатомических препаратов», в которой автор описал найденный им способ бальзамирования. Пирогов с одобрением отзывался о книге.

Задолго до смерти Николай Иванович пошел бытуть погребенным в своей усадьбе и перед самым концом еще раз об этом напомнил. Сразу же после кончины ученого семья подала соответствующую просьбу в Петербург. Вскоре был получен ответ, в котором сообщалось, что желание Н.И. Пирогова может быть удовлетворено лишь в том случае, когда наследники дадут подпись о переносе тела Николая Ивановича из усадьбы в другое место в случае перехода имения к новым владельцам. Члены семьи Н.И. Пирогова с этим не согласились.

Еще за месяц до кончины Николая Ивановича его жена Александра Антоновна, скорее всего по его просьбе, обратилась к Д.И. Выводцеву с просьбой о бальзамировании тела покойного. Он согласился, но при этом обратил внимание, что на то, что для длительного сохранения тела требуется разрешение начальства. Тогда через местного священника пишется прошение «Его преосвященству епископу Польскому и Браиловскому». Тот, в свою очередь, обращается за высочайшим разрешением в Святейший Синод в Петербурге. Случай в истории христианства уникальный — церковь, учтя заслуги Н. Пирогова как примерного христианина и всемирно известно ученого, разрешила не предавать тело земле, а оставить его нетленным, «дабы ученики и продолжатели благородных и богоугодных дел раба Божьего Н.И. Пирогова могли лицезреть его светлый облик».

Что же заставило Пирогова отказаться от погребения и оставить свое тело на земле? Эта загадка Н.И. Пирогова будет долго еще неразгаданной.

Д.И. Выводцев забальзамировал тело Н.И. Пирогова и вырезал для гистологического

исследования ткань, пораженную злокачественным процессом. Часть препарата направили в Вену, другую передали в лаборатории Томса в Киеве и Ивановского в Петербурге, где и подтвердили, что это был плоскоклеточный эпителиальный рак.

Стремясь осуществить идею по сохранению тела мужа, Александра Антоновна еще при его жизни в Вене заказала специальный гроб. Встал вопрос, где постоянно сохранять тело? Выход нашла вдова. В это время недалеко от дома закладывалось новое кладбище. У сельской общины за 200 рублей серебром она покупает участок земли под семейный склеп, огораживает его кирпичным забором, и строители начинают возведение склепа. На строительство склепа и доставку специального гроба из Вены ушло почти два месяца.

Только 24 января 1882 года в 12 часов дня состоялись официальные похороны. Погода была пасмурной, мороз сопровождался пронзительным ветром, но, несмотря на это, на сельском кладбище собралась медицинская и педагогическая общественность Винницы, чтобы проводить в последний путь великого доктора и педагога. Открытый черный гроб устанавливают на постаменте. Пирогов в темном мундире тайного советника министерства народного образования Российской империи. Через четыре года над усыпальницей по плану академика архитектуры В. Сычугова было закончено строительство из траурно-красного кирпича ритуальной церкви Николая Чудотворца с прекрасным иконостасом.

И сегодня тело великого хирурга, постоянно ребальзамируемое, можно увидеть в склепе. В Вишне действует музей Н.И. Пирогова. Во время Второй мировой войны, при отступлении советских войск, саркофаг с телом Пирогова был скрыт в земле, при этом поврежден, что привело к порче тела, впоследствии подвергнутого реставрации и повторному бальзамированию. Официально гробница Пирогова именуется «церковь-некрополь», освященный в честь святителя Николая Мирликийского. Тело находится ниже уровня земли в траурном зале – цокольном этаже православного храма, в застекленном саркофаге, к которому возможен доступ желающих отдать дань уважения памяти великого ученого.

В настоящее время очевидно, что Н.И. Пирогов дал мощный импульс развитию научной медицинской мысли. «Ясными глазами гениального человека на самых первых порах, при первом прикосновении к своей специальности – хирургии, он открыл естественнонаучные основы этой науки – нормальную и патологичес-

кую анатомию и физиологический опыт – и в короткое время настолько на этой почве установился, что сделался творцом в своей области», – писал великий русский физиолог И.П. Павлов.

Взять хотя бы «Иллюстрированную топографическую анатомию распилов, проведенных в трех измерениях через замороженное человеческое тело». Для создания атласа Николай Иванович использовал оригинальный метод – скульптурную (ледянную) анатомию. Сконструировал специальную пилу и распиливал замороженные трупы в трех взаимно перпендикулярных плоскостях. Таким образом он изучал форму и положение нормальных и патологически измененных органов. Оказалось, что их расположение было совсем не таким, каким представлялось при вскрытиях вследствие нарушения герметичности закрытых полостей. За исключением зева, носа, барабанной полости, дыхательного и пищеварительного каналов, ни в одной части тела в нормальном состоянии не встречалось пустого пространства. Стенки полостей плотно прилегали к заключенным в них органам. Сегодня этот замечательный труд Н.И. Пирогова переживает второе рождение: рисунки его распилов удивительно похожи на изображения, получаемые при КТ и МРТ.

Имя Пирогова носят многие описанные им морфологические образования. Большинство – ценные ориентиры при вмешательствах. Человек исключительной добросовестности, Пирогов всегда критически относился к умозаключениям, избегал априорных суждений, каждую мысль подкреплял анатомическими изысканиями, а если этого было недостаточно, экспериментировал.

В своих исследованиях Николай Иванович был последователен – вначале анализировал клинические наблюдения, затем проводил эксперименты и только потом предлагал операцию. Весьма показательна его работа «О перерезке ахиллова сухожилия как оперативно-ортопедическом средстве лечения». До него никто не решался на подобное. «В бытность мою в Берлине, – писал Пирогов, – я еще не слышал ни слова об оперативной ортопедии. Осуществил до некоторой степени рискованное предприятие, когда в 1836 г. впервые решился произвести перерезку ахиллова сухожилия в моей частной практике». Вначале метод апробирован на 80 животных. Первая операция сделана 14-летней девочке, страдавшей косолапостью. От этого недостатка он избавил 40 малышей в возрасте 1–6 лет, устранил контрактуры голеностопного, коленного и тазобедренного суставов. Применял экстензионный аппарат собственной конструкции, постепенно вы-

тягивая (тыльная флексия) стопы с помощью стальных пружин.

Николай Иванович оперировал заячью губу, волчью пасть, туберкулезную «костоеду», «мешотчатые» опухоли конечностей, «белые опухоли» (туберкулез) суставов, удалял щитовидную железу, исправлял сходящееся косоглазие и др. Ученый учитывал анатомические особенности детского возраста, под его скальпелем были новорожденные и подростки. Его также можно считать основоположником детской хирургии и ортопедии в России. В 1854 г. вышел труд «Костно-пластика удлинение костей голени при вылущении стопы», положивший начало костно-пластики хирургии. Предвидя большие возможности трансплантации органов и тканей, Пирогов с учениками К.К. Штраухом и Ю.К. Шимановским одним из первых произвел пересадку кожи и роговицы.

Введение в практику эфирного и хлороформного наркоза позволило Николаю Ивановичу значительно расширить круг оперативных вмешательств еще до начала эпохи антисептики. Он не ограничивался применением известных хирургических приемов, предлагал собственные. Это операции при разрыве промежности во время родов, при выпадении прямой кишки, пластика носа, костно-пластика удлинение костей голени, конусообразный метод ампутации конечностей, вычленение IV и V пястных костей, доступы к подвздошной и подъязычной артериям, способ перевязки безымянной артерии и многое другое.

Н.И. Пирогов — основоположник военно-полевой хирургии. Огромной заслугой ученого является разработка трех принципов лечения раненых:

- 1) защита от травмирующих воздействий;
- 2) иммобилизация;

3) обезболивание при оперативных вмешательствах в полевых условиях. Сегодня невозможно представить, что и как можно делать без наркоза.

В научном наследии Н. И. Пирогова очень ярко выделяются работы по хирургии. Историки медицины так и говорят: «до Пирогова» и

«после Пирогова». Этот талантливый человек решил множество проблем в травматологии, ортопедии, ангиологии, трансплантологии, нейрохирургии, стоматологии, оториноларингологии, урологии, офтальмологии, гинекологии, детской хирургии, протезировании. Всей жизнью он убеждал, что не надо замыкаться в рамках узкой специальности, а бесконечно постигать ее в неразрывной связи с анатомией, физиологией и общей патологией.

Таким образом, Николай Иванович Пирогов — это не только бесценное прошлое нашей медицины, но ее настоящее и будущее. Вместе с тем, важно подчеркнуть, что деятельность Н.И. Пирогова не умещается только в рамках хирургии, его мысли, убеждения выходят далеко за ее пределы. Если бы в XIX веке была Нобелевская премия, то Н.И. Пирогов наверняка стал бы ее неоднократным лауреатом. На горизонте мировой истории медицины Н.И. Пирогов представляет собой редкое олицетворение идеального образа врача — одинаково великого мыслителя, практика и гражданина. Таким он остался в истории, таким он живет в нашем представлении о нем и сегодня, являясь великим примером для всех новых и новых поколений медиков.

В честь великого ученого в советское время ежегодно проводились пироговские чтения, начиная с 1954 по 1983 год. Пироговские чтения возобновились в 1995 году в Виннице (Украина) по инициативе ученого совета Винницкого Национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова. В настоящее время Пироговские чтения стали международными.

Значение Пироговских чтений возросло до уровня важного государственного мероприятия. После «III Международных Пироговских чтений» была принята периодичность проведения Пироговских чтений в Виннице — раз в четыре года. В память о Н.И. Пирогове в Украине, России, Белоруссии, Болгарии, Эстонии, Молдавии, Польше установлены памятники, мемориальные доски, утверждены памятные медали и ордена.

В честь Н.И. Пирогова назван (с 1960 года) Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова.

ЛІКУВАННЯ НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ УСКЛАДНЕНОГО МЕТАТРОМБОЗОМ НИРКОВОЇ ТА ПОРОЖНИСТОЇ ВЕН

I.B. Білий, O.B. Давиденко, C.B. Мойсеєнко

КП «Криворізька міська клінічна лікарня № 2» КМР

Представлено ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування 14 хворих з нирково-клітинним раком (НКР), ускладненого метатромбозом ниркової та нижньої порожністої вени (НПВ) у період з 2016 до 2020 р. Всі хворі були відібрані за принципом наявності метатромбозу в венах системи нижньої порожністої вени, які складають певні ризики тромбоемболічних ускладнень при лікуванні. Саме тромбоемболічні ускладнення при лікуванні цього виду раку стають основною причиною смертності в цій групі хворих. Рівень поширення оклюзії ниркових вен та НПВ ми оцінювали за класифікацією клініки Мейо за модифікацією (Ciancio et al. 2002р). Перехід тромботичного процесу на нижню порожністю вену довгий час був причиною відмови від хірургічного лікування таких хворих, тому в нашій клініці ми застосували мультидисциплінарний підхід до лікування цієї категорії хворих на нирково-клітинний рак. В одному випадку малося по-

єднання метатромбозу з аневризмою інфраrenalного відділу черевної аорти без розриву. Всім хворим цієї групи було застосовано хірургічне лікування. Задовільний результат відзначений в 11 (75%) хворих цією патологією, що дало можливість досягти задовільні результати при врахуванні віддалених результатів комплексного лікування хворих з нирково-клітинним раком. Різноманітні ускладнення виникли в 4 (26%) хворих. При розвитку ускладнень був застосований весь комплекс інтенсивної консервативної терапії, в тому числі застосовано тромболітичну терапію при тромбоемболічних ускладненнях. Летальність склала 2 випадки (14%). Основними причинами смерті є фрагментація тромба, яка викликає тромбоемболію легеневої артерії та масивна кровотеча з розвитком гострої серцевої недостатності. Термін спостереження в нашему закладі склав від 2 до 36 місяців. Трирічне виживання підтверджено у 66,6 %.

ФІБРОУРЕТОРОСКОПІЯ У ЛІКУВАННІ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ. ОПЦІЯ АБО ШЛЯХ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ? СУЧASNІ ПОГЛЯДИ, НАШ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ

M.C. Померанцев, I.B. Білий, Z.I. Яскевич

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

Вступ. Фіброуретероскопія та інтраrenalна хірургія сечокам'яної хвороби – сучасний напрямок ендоскопічного лікування уролітазу. Раніше це була опція для пацієнтів після неефективної дистанційної літотрипсії або при конкретентах нижньої групи чашок нирки. У теперішній час інтраrenalна хірургія займає передові позиції при лікуванні каменів нирок поряд з перкутанною хірургією. Вона рекомендована сьогодні як головний засіб лікування конкретентів розміром менше 2 см, особливо у ви-

падках, де ДЛТ малоперспективна або небажана. Фіброуретероскопія при використанні з КЛТ не має протипоказань, за виключенням активного запального процесу у сечовивідніх шляхах, та може виконуватися також у пацієнтів з різними коагулопатіями.

Мета дослідження. На нашему досвіді використання фіброуретероскопії при лікуванні хворих на СКХ, як самостійно так і в комбінації з іншими засобами доступу до конкретменту. Довести доцільність активного впровад-

ження при виконанні контактної лазерної літотрипсії з метою досягнення більш ефективного та малотравматичного шляху позбавлення від конкрементів нирки та сечоводу.

Матеріали та методи дослідження. За період 2019 р. нами виконано 62 контактні лазерні літотрипсії з використанням гнучкого уретерореноскопу. Для виконання ФУРС використовували гнучкий уретерореноскоп фірми Innovex ANQ(US31B-12). Лазерну дезінтеграцію конкрементів виконували за допомогою літотриптора фірми «Дорньє». Фіброуретерореноскопію проводили як самостійно, так і в комбінації з ригідною уретероскопією, мініПНЛ та стандартною ПНЛ. У 32 (51,6%) випадках це була контактна лазерна літотрипсія конкрементів чашки нирки розміром до 10 мм, щільність від 1000 ЕдН до 1800 ЕдН. Після установки сечовідного кожуху використовували фіброуретерореноскоп та лазерну літотрипсію у режимі «dusting» (тривалими до 1200 мкс, частими імпульсами до 20 Гц з низькою енергією до 2 КДж. Тривалість операції складала від 20 хв. до 90 хв. Операцію завершували стентуванням нирки у всіх випадках, крім хворих, яким проводилось предстентування у разі неможливості установки сечовідного амплацу. Через 2 тижні стент видалявся, проводилась ФУРС з КЛТ, катетеризація нирки від 1-ї до 2-ї доби (8 пацієнтів, 25%). У всіх випадках досягнуто повне позбавлення від конкременту, ускладнень не було.

У 10 випадках (16,1%) гнучкий уретерореноскоп використовувався після виконання мініПНЛ, як засіб, що дозволяє провести ревізію порожнини нирки при наявності резідуальних фрагментів конкременту після КЛТ, які було технічно неможливо видалити за допомогою мінінефроскопії також при складній будові чашок нирки. Таким чином було досягнуто «stone free». Це були пацієнти з конкрементами від 10 мм до 20 мм, щільністю від 800 ЕдН до 1700 ЕдН з локалізацією у миски нирки та різних групах чашок. Літотрипсію проводили у режимі дастинг та фрагментації. Тривалість операції досягала від 40 хв. до 120 хв. Ускладнення: 1 випадок — загострення пієлонефриту, хворий одужав після проведення протизапальної терапії. У 20 випадках (32,2%) методика ФУРС виконувалась у комбінації зі стандартною перкутан-

ною нефроскопією, хворим з конкрементами нирки від 25 мм до кораловидного К4, а також при наявності багатьох каменів чашок нирки різного розміру та щільності. У всіх хворих досягнуто повне позбавлення від конкрементів за одне втручання. Серед ускладнень у одного хворого була стійка макрогематурія по нефростомі, яка ліквідована після трансфузії СЗП (по Clavien-Dindo 2 ст.). Середня тривалість операції від 45 хв. до 180 хв.

Результати та їх обговорення. При проведенні аналізу ефективності використання ФУРС при контактній лазерній літотрипсії у хворих з конкрементами нирки ми враховували наступні показники: 1. Досягнення повного позбавлення від конкременту за один сеанс КЛТ. 2. Кількість ускладнень. 3. Швидкість одужання пацієнта та відновлення працевдатності. Таким чином ми оцінили ефективність повного позбавлення від конкременту за одну сесію контактної літотрипсії на прикладі 62 випадків використання ФУРС у нашій клініці, яка склала 100%. Мінімальні показники грізних ускладнень (1 випадок загострення пієлонефриту та 1 випадок кровотечі після КЛТ кораловидного конкременту, яка зупинилася після трансфузії СЗП). Загальний відсоток ускладнень склав 3,2%. Середнє перебування хворого на ліжку 5,6 днів, всі пацієнти швидко повернулися до праці та медико-соціальної адаптації.

Висновки. Провели аналіз ефективності використання ФУРС при контактній літотрипсії на нашому досвіді 62 випадків. Таким чином ми довели, що використання гнучкого уретероскопу дозволило у всіх випадках досягнути повного позбавлення від конкременту за один термін проведення КЛТ, як самостійного методу при конкрементах чашок нирок до 10 мм високої щільності, так і особливо в комбінації з мініПНЛ (конкременти від 10 мм до 20 мм) та ПНЛ (конкременти більше 25 мм) при мінімальних показниках ускладнень та швидкого відновлення пацієнтів. Вважаємо, що активне використання ФУРС при КЛТ, як самостійно, так і в комбінації з перкутаним доступом, з урахуванням розміру, щільності та локалізації конкрементів нирки, дозволить більш ефективніше та малотравматично, безпечно лікувати хворих на сечокам'яну хворобу.