

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ DORNIER MEDILAS D UROBEAM 940 НМ НА ТКАНИНИ ПРОСТАТИ ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

С.П. Пасєчніков, М.Д. Дячук, А.З. Журавчак, О.Г. Курик

*Державна наукова установа «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ
Кафедра урології НМУ ім. О.О. Богомольця, м. Київ*

Лазерна вапоризація – це одне з найуспішніших світових досягнень в урологічній хірургії. Вперше вапоризація за допомогою калійтитаніл-фосфатного лазера з довжиною хвилі 532 нм та потужністю 80W була запропонована Malek у 1998 році. Довготривале спостереження показало, що даний метод за ефективністю, аналогічний ТУР, проте значно безпечніший у зв'язку з відсутністю ризику виникнення ТУР-синдрому, інтраоперативної кровотечі, та можливістю виконання оперативного втручання пацієнтам з важкою супутньою патологією. Одним з останніх досягнень сучасної лазерної хірургії в урології є лазер «Medilas D UroBeam». Цей новий мінінвазивний вид лікування доповнює інші хірургічні втручання при доброкісній гіперплазії передміхурової залози. Довжина хвилі лазерного потоку 940 нм забезпечує оптимальне поглинання тканиною, а потужність 250 W – глибину проникнення в тканину 4 мм, що в свою чергу дозволяє проводити оперативне втручання без крововтрати.

Поглинання лазерної енергії біологічною тканиною призводить до вибухоподібного закіпання рідини в клітинах із швидким руйнуванням цитоплазматичних мембрани, результатом чого є випаровування тканин. У тканинах, що знаходяться глибше, спостерігається лише коагуляція, тому що потужність впливу лазерної енергії в цих ділянках простати зменшується.

Випромінювання лазера Dornier Medilas D UroBeam з довжиною хвилі 940 нм має унікальну дію на біологічні тканини за рахунок того, що поглинається однаково інтенсивно як молекулами оксигемоглобіну, так і молекулами води, що забезпечує значний коефіцієнт сумарного поглинання енергії тканинами.

У клінічних дослідженнях після застосування лазера Dornier Medilas D UroBeam за допомогою МРТ була визначена товщина шару коагуляції навколо зони вапоризації, яка впро-

довж тижня після лікування становила 12–15 мм. Разом з тим, у 2007 році, ще до впровадження апарату Dornier Medilas D UroBeam у клінічну практику, було проведено дослідження простат собак, де також виміряли товщину шару коагуляції тканини. Було встановлено, що ця товщина при збільшенні потужності дії лазера зменшувалась. При потужності 200 Вт при постійному режимі глибина коагуляції складає 4 мм. (Клінічні випробування виробника обладнання). Різницю між величинами товщини шару коагуляції в клінічних і експериментальних дослідженнях можна пояснити малими розмірами об'єму простати експериментальних тварин у порівнянні з простатою людини; різною структурою здорової тканини простати собак і адено-матозно зміненою передміхуровою залозою чоловіків; вимірювання товщини зони коагуляції у собак проводилось одразу ж після втручання, а у прооперованих пацієнтів вимірювання проводились протягом тижня, коли в тканинах могла проходити уповільнена реакція на дію високої температури лазерного випромінювання.

Товщина шару коагуляції важлива при подальшому утворенні струпа і відходженні його через уретру. При утворенні товстого шару коагуляційного некрозу тканин при вапоризації, масивний струп, що утворюється на місці некрозу при відторгненні може спричиняти обтурацію уретри і необхідність повторного втручання (В.В. Когут, Б.В. Джуран, 2012). Дозування лазерного випромінювання на адено-матозні тканини при дотриманні методики втручання повинно призводити до максимальної вапоризації і мінімальної товщини коагуляційного шару, що в подальшому забезпечує непомітне для пацієнта відторгнення струпа дрібними фрагментами.

При великому об'ємі адено-матозно зміненої передміхурової залози доцільно використо-

вувати комбінацію двох методів – лазерної вапоризації і трансуретральної резекції (ТУР), коли починають операцію з лазерної вапоризації, а потім за допомогою резектоскопа швидко і безкровно видаляють масив коагульованої адено-матозної тканини у кілька етапів, у залежності від об'єму простати. Вказана методика дає можливість гістологічно дослідити видалені тканини простати, позбавляючи лазерну вапоризацію її єдиного суттєвого недоліку [3].

Метою нашого дослідження стало вивчення морфологічних змін резектованої тканини вапоризованої простати, глибини зони коагуляції після проведення вапоризації гіперплазованої тканини простати.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Матеріалом для дослідження стала тканина передміхурової залози 15 пацієнтів з ДГПЗ. Об'єм передміхурових залоз досліджуваних хворих коливався від 80 до 120 мл та в середньому складаючи 100 мл.

Методика оперативного втручання була наступною: за допомогою тубусу резектоскопа 26 Сн та робочого каналу для лазерного волокна, підводилось лазерне волокно до гіперплазованої долі передміхурової залози. Виконувалась лазерна вапоризація середньої та бічних долей до утворення задовільного, достатнього простору для відходження сечі. Потужність лазерного випромінювання складала 175 Вт і збільшувалась до 250 Вт. Некротична тканина, що утворилася, резектувалась за допомогою петлі резектоскопа, при необхідності виконувався гемостаз коагуляційним валиком, некротична тка-

нина відмивалась з порожнини сечового міхура. Резектоскоп видалявся та встановлювався 2- чи 3-хдовий 22–24 Сн катетер Фолея.

Згідно з отриманим нами патентом [4], забір гістологічного матеріалу виконувався інтраопераційно після завершення основного етапу лазерної вапоризації за допомогою резекційної петлі шляхом декількох зрізів на протязі від шийки сечового міхура до сім'яного горбика.

Фрагменти простати для гістологічного дослідження під час операції брали з трьох зон за допомогою резекційної петлі і маркірували окремо: 1) резектована некротична тканина простати; 2) резектована тканина під шаром некрозу (глибший зріз); 3) залишкова резекована тканина простати. Матеріал фіксували у 10%-вому розчині нейтрального формаліну і проводили у гістопроцесорі карусельного типу STP-120. Для заливки парафінових блоків використовували станцію EC-350, для різки парафінових блоків – ротаційний мікротом серії HM-340E, для фарбування гістологічних препаратів – автомат Robot-Stainer HMS-740. Препарати фарбували гематоксиліном-еозином. Використовували мікроскоп Axioskop 40 з фотокамерою Axio Cam MRC5 (Carl Zeiss).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Фрагменти резектованої передміхурової залози першої зони представлені тканиною з коагуляційним некрозом у вигляді окремих фрагментів деструктивно зміненої строми; залозистий компонент і судини зруйновані (рис. 1).

В окремих випадках ми спостерігали зону коагуляційного некрозу, яка межувала із збереженою тканиною простати (рис. 2).

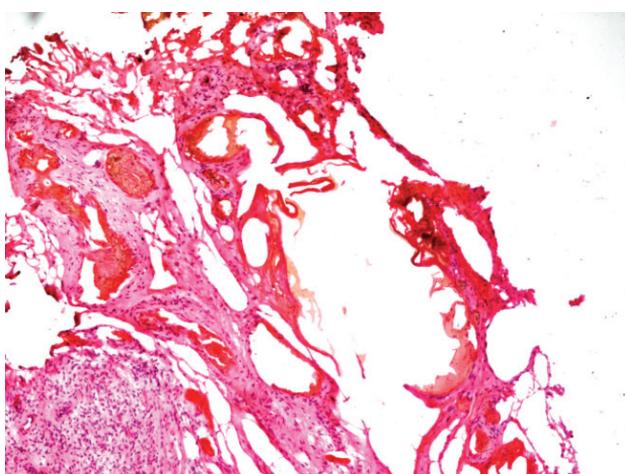


Рис. 1. Тканина простати в зоні некрозу.
Заб. гематоксиліном-еозином. x100

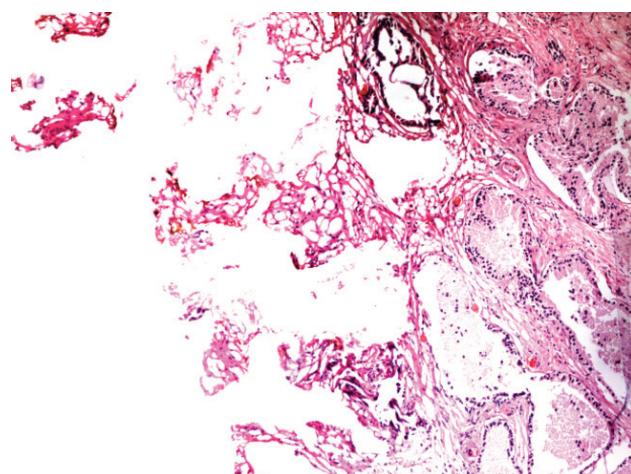


Рис. 2. Зона коагуляційного некрозу на межі із збереженою тканиною простати.
Заб. гематоксиліном-еозином. x100

Щодо товщини зони коагуляційного некрозу, то в жодному випадку він не займав всю площину присланого шматочка (фрагменти першої зони), товщина якого була не більше 4–5 мм; у більшості випадків товщина некрозу становила 1–2 мм. Така зона в наших випадках спостерігається під впливом лазерного випромінювання з використаннями потужністю 250 Вт, що підтверджує дані про те, що чим більше потужність випромінювання, тим тонший шар коагуляційного некрозу.

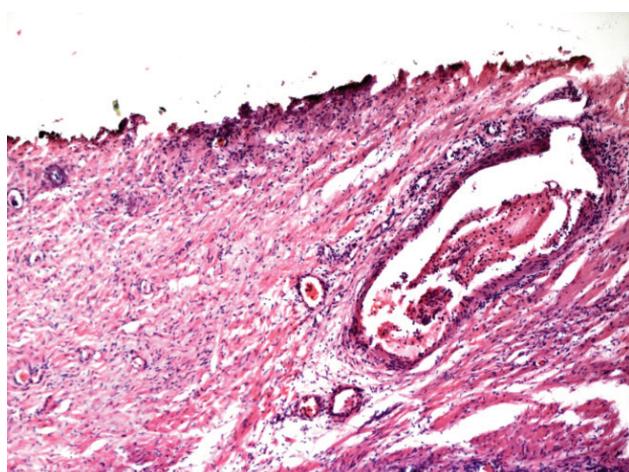
У фрагментах простати другої зони – резекованої тканини під шаром некрозу – спостерігали по краю смугу коагуляційного некрозу у вигляді «свіжого» коагуляційного струпу. Ця тонка смуга коагуляційного некрозу утворюється внаслідок взаємодії тканини з активним електродом резектоскопа (рис. 3, 4).

Оскільки випромінювання лазера Dornier Medilas D UroBeam з довжиною хвилі 940 нм

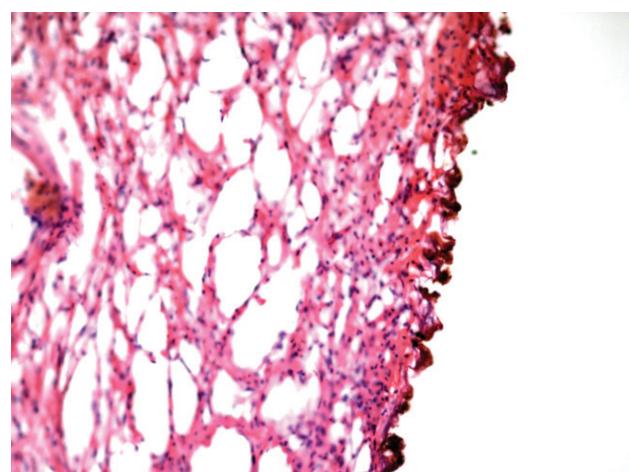
має унікальні властивості щодо поглинання молекулами оксигемоглобіну, випаровуванню в першу чергу підлягають добре васкуляризовані ділянки, коагуляційний некроз яких запобігає крововтраті. Навіть при збереженні стромі відбувається коагуляція вмісту судин за рахунок дії лазерного випромінення на гемоглобін еритроцитів (рис. 5).

Коагуляційний некроз вмісту кровоносних судин – еритроцитів запобігає кровотечі, навіть коли в зону резекції потрапляє судинний компонент (рис. 6).

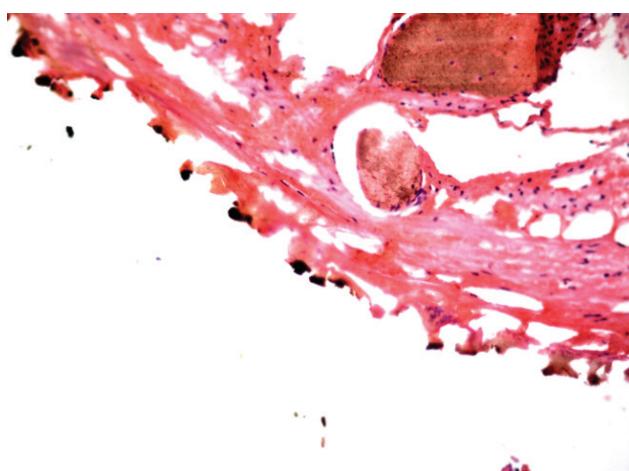
У тканини залози резектованого другого шару – під зоною некрозу в судинах рідко спостерігаються незмінені еритроцити, частіше – стази еритроцитів і зміни еритроцитів, подібні до коагуляційного некрозу пов’язані з дією лазерного випромінювання на гемоглобін еритроцитів (рис. 7).



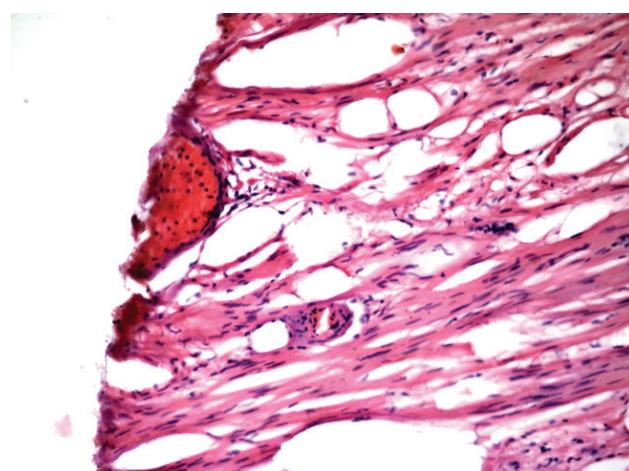
**Рис. 3. Смуга коагуляційного некрозу.
Заб. гематоксиліном-еозином. x100**



**Рис. 4. Смуга коагуляційного некрозу.
Заб. гематоксиліном-еозином. x200**



**Рис. 5. Смуга коагуляційного некрозу.
Зміни еритроцитів судин.
Заб. гематоксиліном-еозином. x200**



**Рис. 6. Смуга коагуляційного некрозу по краю
резекції, який проходить крізь судину.
Заб. гематоксиліном-еозином. x100**

У частини судин зміни спостерігаються у вигляді залишкових некротизованих мас еритроцитів у просвіті судин, що запобігає кровотечі при резекції тканини без ознак коагуляційного некрозу (рис. 8).

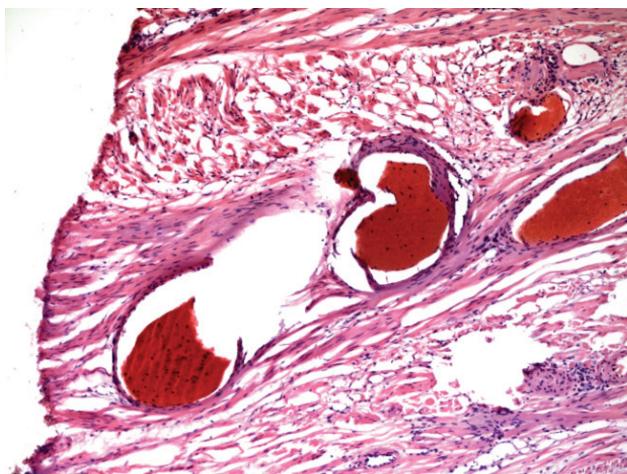


Рис. 7. Тканина простати під шаром некрозу – зміни еритроцитів по типу коагуляційного некрозу в кровоносних судинах.
Заб. гематоксиліном-еозином. x100

У третій зоні – резектованої тканини простати спостерігалась тканина передміхурової залози з adenomatозною гіперплазією (рис. 9).

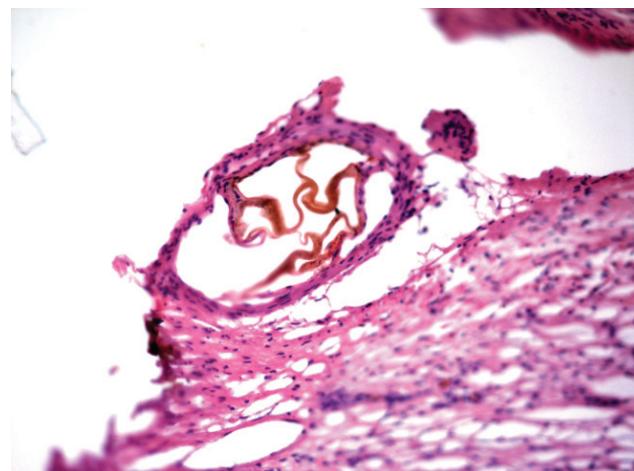


Рис. 8. Тканина простати під шаром некрозу – залишки некротизованих еритроцитів в кровоносних судинах.
Заб. гематоксиліном-еозином. x200

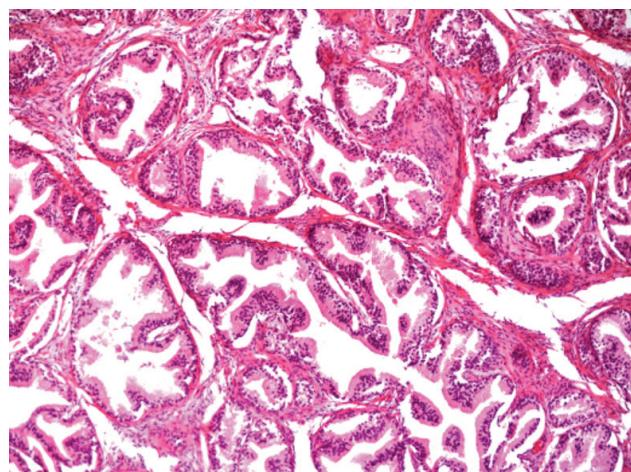


Рис. 9. Аденоматозна гіперплазія передміхурової залози. Заб. гематоксиліном-еозином. x200.

ВИСНОВКИ

Комбіноване використання вапоризації лазером «Dornier Medilas D UroBeam 940нм» при потужності 175–250 Вт та ТУР передміхурової залози забезпечує зменшення зони коагуляційного некрозу, а також коагуляційний некроз вмісту судин у ділянках з незміненою стромою, що запобігає кровотечі і, таким чином, дозволяє проводити оперативне втручання при об’ємі передміхурової залози більше 80 мл.

Необхідні подальші дослідження та пошук оптимальних показників потужності лазерного випромінювання при його використанні у хворих на ДГПЗ з метою зменшення глибини коагуляційного некрозу тканини після вапоризації та зведення до мінімуму ризику кровотечі при резекції простати великого об’єму, тобто подальшого покращення ефективності і результатів лікування.

Список літератури

1. *Photoselective Vaporization of the Prostate for the Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia: 12-Month Results from the First United States Multi-center Prospective Trial / Alexis E. Te, Terrence R. Malloy, Barry S. Stein, James C. Ulchaker, Unyime O. Nseyo, Mahmood A. Hai, Reza S. Malek // J Urol. – V. 172, N 4. – P. 1404–1408.*
2. *Photoselective PTP laser vaporization of the BPH long term outcomes. S. Malek // From the Department of Urology, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota.*

3. Патент на корисну модель №75724 «Спосіб лазерної вапоризації передміхурової залози» А.З. Журавчак, С.П. Пасечников, М.Д. Дячук.

4. Патент на корисну модель №74938 «Спосіб забору гістологічного матеріалу з передміхурової залози» А.З. Журавчак, С.П. Пасечников, М.Д. Дячук.

5. Alberta health technologies decision process. Photoselective vaporization of the prostate (PVP) for the treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH) Final Report / submitted by Dev Menon, School of Public Health, University of Alberta, 2007.

Реферат

Вивчено морфологічні зміни резектованої тканини вапоризованої простати, глибина зони коагуляції після проведення вапоризації гіперплазованої тканини простати.

Послідовне використання вапоризації лазером «Dornier Medilas D UroBeam 940nm» при потужності 175–250 Вт та ТУР передміхурової залози забезпечує зменшення зони коагуляційного некрозу, а також коагуляційний некроз вмісту судин у ділянках з незміненою стромою, що запобігає кровотечі і, таким чином, дозволяє проводити оперативне втручання при об'ємі передміхурової залози більше 80 мл.

Ключові слова: лазерна вапоризація простати, товщина шару коагуляції, морфологічні зміни тканини простати, коагуляційний некроз.

Summary

Studied the morphological changes of resected prostate tissue vaporisaion, depth zone of coagulation after vaporization hyperplasia prostate tissue.

Consistent use of laser vaporization «Dornier Medilas D UroBeam 940nm» with power 175–250 W and TUR of the prostate, would reduce the area of coagulation necrosis, and coagulation necrosis of blood vessels in the content areas with unmodified stroma that prevents bleeding and thus allows rapid intervention in prostate volume over 80 ml.

Keywords: laser vaporization of prostate, thickness coagulation, morphological changes in prostate tissue, coagulation necrosis.

ВИЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ ІНФІКОВАНОСТІ TRICHOMONAS VAGINALIS НА РОЗВИТОК ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В ТКАНИНІ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА НА РЕЗУЛЬТАТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

С.П. Пасечников¹, В.С. Грицай¹, Р.А. Литвиненко¹, А.С. Глєбов²

Кафедра урології НМУ ім. О.О. Богомольця, м. Київ¹
ДУ «Інститут урології НАМН України»²

На сьогоднішній день доведено, що наявність хронічної урогенітальної інфекції може впливати на характер перебігу захворювання і створювати загрозу розвитку цілого ряду ускладнень у після-оператійному періоді лікування добродякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ). При цьому не розглядається питання про роль трихомоніазу у виникненні ранніх післяопераційних ускладнень

(РПУ) відкритої простатектомії, хоча відомо, що інфікованість чоловіків цим збудником сягає 290 випадків на 100 тис. населення України.

Мета дослідження: вивчити зв’язок виникнення РПУ відкритої простатектомії (ВП) та патогістологічних особливостей видаленої тканини передміхурової залози (ПЗ) у хворих на ДГПЗ, інфікованих Trichomonas vaginalis.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після проведення 195 хворим черезміхурової простатектомії, ранні післяопераційні ускладнення спостерігались у 40 (20,5%) пацієнтів.

Інфекційно-запальні ускладнення спостерігались у 34 (17,3%) хворих. Нагноєння рани було відмічено у 5 (2,5%) з наших хворих. Це були хворі з сечовим затіканням у паравезікальну клітковину. Всім хворим доводилося тривалий час проводити місцеве лікування рани та довготривале дренування сечового міхура за допомогою уретральних катетерів.

Гострий орхоепідидиміт розвинувся в 8 випадках (4,1%), гострий уретрит – у 10 (5,1%), гострий піелонефрит – у 12 (5,6%) хворих. Вказані післяопераційні ускладнення були куповані консервативними заходами.

Довготривала (більше 7 діб) або профузна (включаючи гемотампонаду сечового міхура) макрогематурія спостерігалась у 20 (10,1%) хворих. У всіх випадках гематурую купіровали шляхом призначення гемостатичної терапії, у випадку гемотампонади сечового міхура, відмиванням згортків крові через уретральні дренажі, підвішуванням ваги на гемостатичні нитки на короткий час, з супутнім призначенням гемостатичної терапії.

У ранньому післяопераційному періоді у прооперованих нами хворих смертельних випадків не відмічалося.

Крім загального аналізу структури ранніх післяопераційних ускладнень із боку сечостатевих органів у хворих на доброкісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ) також здійснювали аналіз за окремими групами, які формувалися в залежності від виявлення збуд-

ників, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), зокрема *Trichomonas vaginalis* та наявності хронічного запального процесу в передміхуровій залозі та/або сечівнику:

- I група (n=40): хворі на ДГПЗ інфіковані *Trichomonas vaginalis*;
- II група (n=104): хворі на ДГПЗ, у яких збудники ЗПСШ не виявлені.
- III група (n=51): хворі на ДГПЗ інфіковані ЗПСШ без *Trichomonas vaginalis*;

Структура ранніх післяопераційних ускладнень у хворих на ДГПЗ в залежності від інфікування *Trichomonas vaginalis* представлена в таблиці 1.

Аналіз даних таблиці 1 свідчить про те, що у хворих на ДГПЗ, інфікованих *Trichomonas vaginalis*, частота виникнення ранніх післяопераційних ускладнень із боку сечостатевих органів вірогідно більше ніж у три рази перевищує таку у неінфікованих ЗПСШ. Вірогідної різниці між ускладненнями по нагноєнню післяопераційної рани, виникнення гострого уретриту чи орхоепідидиміту, у хворих даних груп не відмічено ($p>0,05$).

Таке ускладнення, як довготривала або профузна макрогематурія, майже у 4 рази частіше спостерігалось у хворих на ДГПЗ, інфікованих *Trichomonas vaginalis*.

Виникнення гострого піелонефриту у ранній післяопераційний період, майже у 8 разів частіше спостерігалось у хворих на ДГПЗ, інфікованих *Trichomonas vaginalis*.

Виходячи з цього, можна впевнено стверджувати, що інфікованість *Trichomonas vaginalis* хворих на ДГПЗ відіграє важливу роль у розвитку ранніх післяопераційних ускладнень планової черезміхурової простатектомії, зокрема довго-

Таблиця 1

Структура ранніх післяопераційних ускладнень з боку сечостатевих органів у хворих на ДГПЗ у залежності від інфікування *Trichomonas vaginalis*

Ускладнення	Кількість хворих					
	I група (n=40)		II група (n=51)		III група (n=104)	
	абс.	(%) $\pm m$	абс.	(%) $\pm m$	абс.	(%) $\pm m$
Нагноєння рани	2	5 \pm 3,44	1	1,9 \pm 1,9	2	1,9 \pm 1,33
Гострий орхоепідидиміт	2	5 \pm 3,44	3	5,9 \pm 3,3	3	2,8 \pm 1,63
Гострий уретрит	4	10 \pm 4,74	2	3,9 \pm 2,7	4	3,84 \pm 1,88
Гострий піелонефрит	6	15 \pm 5,64	3	5,9 \pm 3,3	2	1,9 \pm 1,33*
Довготривала або профузна макрогематурія	9	22,5 \pm 6,6	5	9,8 \pm 4,2	6	5,76 \pm 2,28*
Всього	23	57,5 \pm 7,81	13	27,4 \pm 6,2**	17	16,35 \pm 3,62*

* – $p<0,05$ при порівнянні груп I та III

** – $p<0,05$ при порівнянні груп I та II

тривалої або профузної макрогематури та гострого пієлонефриту.

З метою визначення вагомості впливу інфікування хворих *Trichomonas vaginalis* в порівнянні з іншими ЗПСШ на розвиток після-операційних ускладнень – проведений порівняльний аналіз між групами хворих I та II, за результатами якого достовірної різниці між групами не виявлено (що може бути обумовлено недостатньою кількістю пацієнтів).

При порівнянні I та III груп хворих – визначається достовірна відмінність результатів по загальному показнику виникнення після-операційних ускладнень.

Таким чином, інфікованість *Trichomonas vaginalis* хворих на ДГПЗ впливає на перебіг раннього післяопераційного періоду шляхом підвищення майже в 4 рази частоти виникнення довготривалої або профузної макрогематури та майже в 8 разів гострого пієлонефриту після черезміхурої простатектомії.

З метою визначення впливу інфікування *Trichomonas vaginalis* на розвиток інфекційно-запального процесу в передміхурої залозі та/або сечівнику були досліджені генітальні екскрети хворих. За результатами дослідження запальні зміни ідентифіковані у 31 інфікованого *Trichomonas vaginalis* хворого (77,5%) та у 94 (60,5%) неінфікованих цим збудником пацієнтів ($p < 0,05$).

Також, згідно з програмою дослідження, з метою вивчення патогістологічних особливостей нами було досліджено інтраопераційно видалену тканину передміхурої залози 15 хворих на ДГПЗ, інфікованих *Trichomonas vaginalis* (I група), та 15 хворих на ДГПЗ не інфікованих *Trichomonas vaginalis* (II група).

У результаті клініко-лабораторного обстеження у жодного з хворих не виявлено змін у загальних аналізах крові і сечі, біохімічних аналізах крові. Хворі, яким було встановлено патоморфологічно діагноз рак передміхурої залози, не ввійшли до даного дослідження.

Для розподілу хворих щодо описання вираженості хронічного запального процесу в передміхурої залозі ми застосовували власну класифікацію:

- легкий: невеликі розрізnenі периацинарні та стромальні запальні клітини (головним чином, лімфоцити);
- помірний: поширені периацинарні та стромальні запальні інфільтрати з вогнищами злиття;
- виражений ступінь: пласти запальних клітин із злиттям та формуванням лімфа-

тичних вузликів та фолікулів із залозистою деструкцією.

Дана класифікація передбачає описання не лише виду та кількості запальних клітин, а й локалізацію запального процесу.

Згідно із запропонованою класифікацією у хворих I групи хронічний запальний процес легкого ступеня виявлено у 2 хворих (13,3%), помірного – 5 (33,3%), вираженого – у 9 (53,4%). У 2 хворих діагностовано загострення хронічного простатиту. У хворих II групи запальний процес легкого ступеня виявлено у 5 хворих (33,3%), помірного – у 4 (26,7%), вираженого – у 6 (40,0%).

У роботі Nickel J.C. та співавт. (Prostatic inflammation in benign prostatic hyperplasia – the third component. – Can. J. Urol. – 1994) при гістологічному дослідженні біоптатів передміхурої залози виявлено ознаки хронічного запалення у 77% зразків тканини.

У дослідженні Р.М. Молчанова та співавт. (Інфекція сечових шляхів як ускладнення раку передміхурої залози в стадії Т3-Т4 / Р.М. Молчанов, К.Е. Меналієв // Урологія. – 2004.), хронічний простатит діагностовано у 72,4% випадків за допомогою бактеріологічного дослідження інтраопераційно видаленої тканини передміхурої залози.

Високий рівень асоціації хронічного запалення та ДГПЗ продемонстровано у роботі Delongchamps N.B. та співавт. (Evaluation of prostatitis in autopsied prostates – is chronic inflammation more associated with benign prostatic hyperplasia or cancer. – J Urol. – 2008.), в якій запалення (гістологічно оцінене у видаленій тканині передміхурої залози) було виявлено у 113 (67,6%) з 167 хворих. Зміни тканини прости у 93 (56%) випадках були характерними для ДГПЗ і в 49 (29%) – для раку прости, що вказує на більш високий зв'язок хронічного запалення з ДГПЗ. У даній роботі також зазначається, що у більшості випадків запалення визначалось у переходній зоні передміхурої залози.

У всіх випадках і у всіх дослідженіх ділянках виявлені осередки хронічного запалення різних розмірів з густо розташованими лімфогістіоцитарними елементами, поряд із якими або окремо від них розташувались пухко розсіяні лімфоцити, еозинофіли, окремі гістіоцити, що розрізнявалось як хронічний запальний процес. У цих зонах визначалось «прояснення» строми за рахунок запального набряку, що виявлено практично у всіх хворих, що піддавались оперативному лікуванню з приводу ДГПЗ. Осередки

запалення локалізувались частіше за все поряд із гіперплазованими вузлами, в зоні дрібних «здавлених» залоз, навколо судин, в ділянках фібробластичної реакції строми залоз, аж до формування великих гомогенних вузлів псевдомускулярної гіперплазії з дифузною запальною інфільтрацією.

Слід зазначити, що при тривалому перебігу хронічного простатиту в передміхуровій залозі поряд із мало зміненими ділянками виникають ділянки з вираженим склерозом, осередковою гіперплазією паренхіми, атрофією останньої, кістозним переродженням, нерідко з vogнищами гнійного запалення.

Частоту виявлення запального процесу, за даними цитологічного дослідження, проліферативних процесів (ПН, АДАП, проліферативної запалної атрофії (ПЗА)), оцінених патоморфологічно, в інтраопераційно видаленій тканині представлено в таблиці 2.

Як видно з таблиці 2, явища фіброзоутворення та проліферативні диспластичні зміни внаслідок запалення превалують у хворих I групи.

Частота розвитку передракових станів (ПН та АДАП) у хворих обох груп достовірно не відрізнялась. Для хворих I групи більш характерними були зміни, пов'язані з проліферацією клітинних (епітеліальних) елементів передміхурової залози в результаті її хронічного запалення, що відповідає ПЗА.

Очевидним є те, що внаслідок таких змін, як проста атрофія, постатрофічна гіперплазія та проліферативна запальна атрофія, ми знаходимо грубі диспластичні зміни в інтраопераційно видаленій тканині передміхурової залози. Результати нашого дослідження стверджують, що у хворих на ДГПЗ, інфікованих *Trichomonas vaginalis*, частіше виявляється хронічне запалення ПЗ та vogнища ПЗА.

Таким чином, у всіх хворих на ДГПЗ виявлено гістологічні ознаки хронічного запа-

лення. Загострення хронічного простатиту, виявлене патогістологічно, спостерігалось тільки у 13,4% хворих, інфікованих *Trichomonas vaginalis*.

У хворих на ДГПЗ, інфікованих *Trichomonas vaginalis*, превалювали явища склерозу, базально-клітинної атипії та простої атрофії у порівнянні з неінфікованими хворими, причому проліферативна запальна атрофія була більш характерною для хворих, інфікованих *Trichomonas vaginalis*.

ВИСНОВКИ

Інфікованість хворого на *Trichomonas vaginalis* вірогідно призводить до розвитку активного запального процесу в передміхуровій залозі та сечівнику у хворих на ДГПЗ, що в свою чергу може слугувати фактором ризику розвитку інфекційно-запальних ускладнень сечостатевих органів у ранньому післяопераційному періоді після проведення черезміхурової простатектомії, зокрема довготривалої або профузної макрогематурії та гострого пієло-нефриту.

У всіх хворих на ДГПЗ виявлено гістологічні ознаки хронічного запалення в інтраопераційно видаленій тканині. Патогістологічно виявлене загострення хронічного простатиту було виявлено тільки у хворих, інфікованих *Trichomonas vaginalis* (13,3%).

У хворих на ДГПЗ, інфікованих *Trichomonas vaginalis*, превалюють явища склерозу, базально-клітинної атипії та простої атрофії у порівнянні з неінфікованими хворими, причому проліферативна запальна атрофія більш характерна для хворих, інфікованих *Trichomonas vaginalis*.

Своєчасне виявлення хронічного запалення в передміхуровій залозі та/або сечівнику та інфікованості трихомоніазом хворих на ДГПЗ – це першочергове завдання на шляху зниження

Таблиця 2

Патоморфологічні зміни у тканині передміхурової залози хворих на ДГПЗ

Показники	I група		II група		p
	абс.	% \pm m	абс.	% \pm m	
Явища склерозу	2	13,2 \pm 9,0	1	6,67 \pm 6,7	>0,05
Кістозна трансформація	6	40,0 \pm 13,1	5	33,3 \pm 12,2	>0,05
Базально-клітинна гіперплазія	3	20,0 \pm 10,7	2	13,2 \pm 9,0	>0,05
Базально-клітинна атипія	3	20,0 \pm 10,7	1	6,67 \pm 6,7	>0,05
Зони атрофії	5	33,3 \pm 12,2	3	20,0 \pm 10,7	>0,05
Лімфонодулі	1	6,67 \pm 6,7	1	6,67 \pm 6,7	>0,05
ПН і/або атипова дрібноацинарна проліферація	7	46,7 \pm 13,3	6	40,0 \pm 13,1	>0,05

частоти ранніх післяопераційних ускладнень через зміхурової простатектомії.

Необхідні подальші дослідження впливу запального процесу на розвиток патоморфоло-

гічних змін у тканині передміхурової залози хворих на ДГПЗ інфікованих трихомоніазом.

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ КРИПТОРХІЗМУ

C.B. Богацький, Ф.I. Костєв

*Одеський національний медичний університет
 Кафедра урології та нефрології*

Крипторхізм залишається провідною андрологічною патологією дитячого віку, яка подалі визначає секреторний варіант безпліддя чоловіків [Єрохін А.П., 1995, Казанська І.В., 2007]. Патогенетичні механізми зниження функції клітин Лейдіга у пацієнтів з крипторхізмом остаточно не встановлені. Передбачається один з можливих механізмів зниження функціональної активності клітин Лейдіга, що полягає в порушенні транскрипційної активності комплексу гормон – рецептор і формуванні нечутливості клітин Лейдіга до гонадотропних гормонів та може являтися вторинним по відношенню до порушені функції звивистих сім'яних канальців і відображати тісний взаємозв'язок у роботі цих відділів гонади. Таким чином, проблема впливу крипторхізму на андрогенну функцію яєчок вимагає подальшого дослідження. Аналіз досліджень, присвячених цій проблемі, підтверджує, що крипторхізм призводить до зниження секреції тестостерону. Однак ступінь зниження андрогенної функції, особливості впливу одностороннього та двостороннього крипторхізму, а також механізми розвитку гіпоандрогенії остаточно не визначені.

Мета: визначити репродуктивний стан пацієнтів після оперативного втручання з приводу крипторхізму.

В урологічному відділенні МКЛ № 10 м. Одеси протягом 2010–2012 років проведено анкетування 53 пацієнтів, оперованих з приводу одностороннього крипторхізму. Для оцінки репродуктивного здоров'я пацієнтів в анкеті були задані питання відносно статевого життя, сімейного стану та рівня сексуальної активності. Серед прооперованих хворих з приводу лівобічного крипторхізму 30 (43%) і з приводу правобічного крипторхізму 23 (57%). По терміну оперативного втручання пацієнти розподілили-

ся наступним чином: до 3 років прооперовані 13 (25%), від 3 до 6 років – 19 (35%), від 6 до 12 років – 11 (20%), старше 12 років – 10 (20%). Серед 13 (25%) пацієнтів, оперованих до 3 років, статеве життя до 16 років відмічало 3 (5,7%) чол., від 16 до 18 років – 6 (11,3%) чол., старше 18 років – 4 (7,6%) чоловіків. Одружених 9 (17%) чоловіків. 7 (13,2 %) чоловіків мають дітей. Задоволені рівнем сексуальної активності 8 (15%) чоловіків. Серед 19 (35%) пацієнтів, оперованих від 3 до 6 років, статеве життя до 16 років відмічало 4 чол. (7,6%), від 16 до 18 років – 10 (18,9%) чол., старше 18 років – 5 (9,5%) чол. Одружених 11 чол. (20,8%). Діти є в 10 (18,9 %) чоловіків. Задоволені рівнем сексуальної активності 12 чол. (22,7%). Серед 11 (20%) пацієнтів, оперованих від 6 до 12 років, статеве життя до 16 років відмічало 3 (5,7 %) чол., від 16 до 18 років – 6 (11,3%) чол. Старше 18 років – 2 (3,8%) чоловіків. Одружених 5 (9,5%) чоловіків. Діти є у 4 (7,6%) чоловіків. Задоволені рівнем сексуальної активності 6 (11,3%) чоловіків. Серед 10 (20%) пацієнтів, оперованих старше 12 років, статеве життя до 16 років відмічало 6 (11,3%) чол., від 16 до 18 років – 2 (3,8%) чол., старше 18 років – 4 (7,6 %) чоловіків. Одружених 6 (11,3%) чоловіків. Діти є в 4 (7,6%) чоловіків. Задоволені рівнем сексуальної активності 7 (13,2%) чоловіків.

Таким чином, як видно з наведених даних пацієнти, оперовані з приводу крипторхізму старше 12 років, достовірно раніше (11,3%) ($p < 0,05$) починають жити статевим життям, в той же час в цій групі (11,3%) ($p < 0,05$) перебувають у шлюбі і які мають дітей (7,6%) ($p < 0,05$). Найбільша кількість одружених (17%) ($p > 0,05$) і які мають дітей (13,2%) ($p > 0,05$) серед оперованих до 3 років. Строки початку

статевого життя в цій групі не відрізняються від середньо статистичних. Слід зазначити, що

оцінка рівня сексуальної активності у всіх групах достовірно не відрізняється.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ВРОДЖЕНОЇ ДЕВІАЦІЇ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА

М.І. Бойко¹, О.М. Бойко²

*НМУ імені О.О.Богомольця¹
ДНУ НПЦ ПКМ ДУС²*

Мета: оцінити ефективність оперативної корекції вродженої девіації статевого члена на статеве життя та його якість життя пацієнтів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В дослідженні брали участь 40 пацієнтів середнім віком 21,5 року, з діагнозом вроджена девіація статевого члена, що були прооперовані на базі НУ «НПЦ ЛПМ» ДУС за період з 2007 до 2013 року. Всі пацієнти скаржились на неможливість проведення статевого акту, або психологічні проблеми, пов’язані зі страхом сексуального «дебюту». Пацієнтам на передопераційному етапі було проведено інtrakавернозну ін’єкцію вазоактивною речовиною і виконано вимірювання напрямку і градуса викривлення статевого члена. Крім того, теж саме проводилось безпосередньо під час операції, на початку та після завершення корекції. У 28 пацієнтів використано циркулярний доступ по вінцевій бороздці зі скальпуванням статевого члена, у п’ятьох – повздовжній розтин по латеральній поверхні, у семи – повздовжній розтин по вентральній поверхні. Використовувались різні техніки корекції девіації: пластика білочної оболонки шляхом накладання швів – 30, пластика білочної оболонки по Несбіту – 5, техніка Яшіа – 5, розсічення вентральної хорди – 6. Щонайменше через 4 місяці після операції, було проведено телефонне опитування хворих, яке включало 5 запитань: задоволеність статевим життям, наявність дискомфорту під час ерекції, відчуття вузлів, зміна чутливості та вплив операції на якість життя, що оцінювались за 5-балльною шкалою.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У більшості пацієнтів 25/40 (62,5%) визначалось вентральне викривлення, з середнім кутом викривлення біля 61,7° (40°–85°). Всі операції були закінчені з абсолютною корекцією викривлення. Післяопераційна девіація не перевищувала 5°. Середній ліжко-день склав 3,2. На момент опитування статевим життям жило 37 (92,5%) чоловіків, всі вони були задоволені своїм статевим життям і в середньому оцінили його на 4,8. Незначний дискомфорт під час ерекції відмічали 3 (7,5%) пацієнти. Вузли відчували 12 (30,0%) чоловіків, і лише 3 (7,5%) пов’язували з цим неприємні відчуття. 25 (62,5%) хворих відмітило незначне зниження чутливості, 19 (76%) з яких охарактеризувало це як позитивний ефект, і жоден – як негативний. Якість життя у всіх досліджуваних значно покращилася і в середньому склала 4,7 бала.

ВИСНОВКИ

Дані техніки хірургічних втручань можуть успішно застосовуватись для корекції вродженої девіації статевого члена. Техніка плікації білочної оболонки при вроджених девіаціях статевого члена є ефективною, проста у виконанні, має невелику кількість ускладнень та дає добре результати у віддалений післяопераційний період. Корекція девіації статевого члена значно впливає на повноцінне статеве життя і психічне здоров’я пацієнта, та суттєво підвищує якість життя чоловіків.

ЛАБОРАТОРНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕЯКУЛЯТУ В ПРОГНОЗІ УСПІШНОСТІ ЦИКЛІВ ДРТ ПРИ ЧОЛОВІЧІЙ НЕПЛІДНОСТІ

M.I. Бойко, I.C. Чорнокульський

НМУ ім. О.О. Богомольця

Проблему репродуктивного здоров'я і триналості життя виведено в ранг загальнонаціональних, а збереження репродуктивного здоров'я населення виходить за рамки суто медично-го питання і стає загальнодержавною, міжсекторальною проблемою. Поширеність неплідності набуває характеру епідемії. Частка чоловічої неплідності, за даними різних авторів, складає 40–50% [Brugh V.M., Lipshultz L.I. (2004); Hirsh A. (2003)]. Для ефективного вирішення проблем, пов'язаних з репродуктивним здоров'ям, необхідний пошук нових та впровадження і вдосконалення існуючих методів діагностики та допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Мета роботи полягає у визначенні цінності показників лабораторного дослідження еякуляту в прогнозуванні потенціалу чоловічої фертильності, встановлення їх чутливості та специфічності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Досліджено 26 зразків сім'яної рідини, взятих від 23 пацієнтів, що звернулись за допомогою до клініки репродуктивної медицини. Всі пацієнти репродуктивного віку (від 25 до 45 років), мають історію бесплідності у парі протягом ≥ 1 року, визначений чоловічий фактор неплідності та підписали інформовану згоду на участь у дослідженні. Сім'яна рідина пацієнтів була розділена на дві групи: до групи А увійшли зразки сім'яної рідини, що були задіяні в циклах ДРТ, у результаті яких у партнерок пацієнтів розвивалась клінічна вагітність (КВ); а до групи Б увійшли зразки сім'яної рідини, що були задіяні в циклах ДРТ, в результаті яких у партнерок пацієнтів діагностували перервану вагітність (ПВ).

Зразки сперми збирались та досліджувались згідно з вимогами ВООЗ (2010). Аналіз рівня фрагментації ДНК виконувався за допомогою комплекту для оцінки фрагментації ДНК «Halosperm®» (Halotech Dna, Іспанія).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Встановлено, що найбільше в групах відрізнялись наступні показники: відсоток прогресивної рухливості (кат. а) 28,29% (6–56) в групі А проти 15,80% (6–25) в групі Б ($p<0,05$), середня питома вага форм з нормальнюю морфологією 63,79% (33–89) в групі А проти 54,10% (29–85) в групі Б ($p<0,05$), середня питома вага форм з патологією головної частини джгутика 6,71% (0–21) в групі А проти 15,40% (5–30) в групі Б та фрагментація ДНК, середня питома вага в групі А становила в середньому 31,00% (17–63), а в групі Б – 56,50% (27–72).

Найбільш чутливими показниками потенціалу чоловічої фертильності виявилися наступні: фрагментація спермальної ДНК ($Se=0,94$), відсоток живих форм сперматозоїдів ($Se=0,71$) та загальна кількість сперматозоїдів у еякуляті ($Se=0,69$). Досить чутливим показником став відсоток прогресивної рухливості (а+b) сперматозоїдів ($Se=0,56$), а найменш чутливим – відсоток загальної кількості рухливих форм (а+b+c) сперматозоїдів у еякуляті ($Se=0,19$). Оскільки в усіх досліджуваних зразках еякуляту кількість морфологічно нормальних форм становила більше, ніж 4% (нижня межа відсотка нормальних форм сперматозоїдів у еякуляті за останньою редакцією ВООЗ), то нормальна морфологія сперматозоїдів виявилась взагалі не чутливим ($Se=0$), проте найспеціфічнішим показником ($Sp=1$).

Що стосується специфічності показників потенціалу чоловічої фертильності, то тут на першому місці (якщо не враховувати морфологію) – відсоток загальної кількості рухливих форм (а+b+c) сперматозоїдів у еякуляті ($Sp=0,92$). Далі, в порядку спадання, показники загальної кількості сперматозоїдів у еякуляті ($Sp=0,83$), відсотка їх прогресивно рухливих (а+b) форм ($Sp=0,79$) та фрагментації ДНК ($Sp=0,75$). Найнижчим за своюю специфічністю виявився відсоток живих ($Sp=0,44$) форм сперматозоїдів.

ВИСНОВКИ

1. Найбільш прогностично значимими показниками потенціалу чоловічої фертильності є фрагментація спермальної ДНК та середня питома вага активно-рухливих сперматозоїдів (кат. а).

2. З об'єктивних критеріїв у прогнозуванні потенціалу чоловічої фертильності найбільш чутливими є фрагментація спермальної ДНК та

відсоток живих форм сперматозоїдів у еякуляті, а специфічними – відсоток загальної кількості рухливих форм (a+b+c) та число сперматозоїдів у еякуляті.

3. З метою покращення діагностики та підвищення ефективності лікування чоловічої неплідності (зокрема методом ЕКЗ/ICSI), вважаємо доцільним проведення тесту фрагментації спермальної ДНК.

ПОРІВНЯННЯ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

M.I. Бойко¹, O.M. Бойко², M. C. Шейко

*НМУ імені О.О.Богомольця¹
ДНУ НПЦ ПКМ ДУС²*

Метою нашого дослідження було порівняти три хірургічні методи лікування варикоцеле, визначити переваги та недоліки і оцінити їх безпечності та ефективність.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідженні брали участь 223 пацієнти з діагнозом варикоцеле, яким було проведено хірургічне лікування трьома методами: ретроперitoneальна варикоцелектомія була виконана 80 пацієнтам, лапароскопічним та субінгвінальним мікрохірургічним методом було прооперовано 69 та 74 пацієнти відповідно. Визначалась та порівнювалась частота виникнення ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень та частота виникнення рецидивів протягом 6 місяців. Фіксувався час оперативного втручання та тривалість стаціонарного лікування в післяопераційному періоді.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При оцінці ранніх післяопераційних ускладнень достовірної різниці виявлено не було. Частота виникнення гідроцеле була значно ви-

щою у пацієнтів з ретроперitoneальної групи (6 пацієнтів – 7,5%), що втрічі перевищувало цей показник у лапароскопічної групи (2 пацієнти – 2,89%). У пацієнтів з мікрохірургічної групи не було виявлено жодного випадку виникнення гідроцеле. За частотою рецидивів у групах ретроперitoneальної та лапароскопічної варикоцелектомії достовірної різниці виявлено не було (РВ – 7 пацієнтів – 8,75%, ЛВ – 5 пацієнтів – 7,25%). У мікрохірургічній групі рецидиви спостерігалися лише у 2 пацієнтів (2,7%). Тривалість оперативного втручання була найбільшою в мікрохірургічній групі, у той час як тривалість післяопераційного стаціонарного лікування пацієтів цієї групи була найменшою. Час знаходження у відділенні пацієнтів ретроперitoneальної та лапароскопічної групи був у 8 та у 2 рази довшим у порівнянні з мікрохірургічною групою.

ВИСНОВКИ

У результаті цього можна зробити висновок, що субінгвінальна мікрохірургічна варикоцелектомія є найбільш ефективним та безпечним методом лікування варикоцеле, який значно скорочує час перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні.

СТАНДАРТИЗАЦІЯ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТВ З ВАРИКОЦЕЛЕ

М.І. Бойко¹, О.М. Бойко², М.С. Шейко

*НМУ ім. О.О. Богомольця¹
ДНУ НПЦ ПКМ ДУС²*

На даний момент варикоцелю залишається одним з найбільш суперечливих питань в урології та андрології. Існують протилежні думки не лише з приводу показань та вибору методу лікування, але й доцільноті його проведення. Не викликає сумніву судження про негативний вплив варикозно-розширеніх вен сім'яного канатика на функцію яєчка. Але також широко відомі випадки збереження фертильної функції у пацієнтів з варикоцелем.

варикоцеле без лікування, та відсутність ефекту від хірургічного втручання з цього приводу. Це, в тому числі, обумовлено нечіткістю тактики ведення пацієнтів з варикоцелем. Тому необхідно визначити, кому, коли і за яких умов варто проводити лікування. В роботі зроблена спроба зняти ряд протиріч навколо питання варикоцеле шляхом стандартизації тактики ведення пацієнтів, які страждають на це захворювання.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ. СТАРАЯ ПРОБЛЕМА, НОВОЕ РЕШЕНИЕ

И.И. Горпинченко, В.Г. Мигов, В.В. Бицоголовская, Е.А. Недогонова

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Хронический простатит (ХП) является одной из распространенных патологий у мужчин репродуктивного возраста. Синдром хронической тазовой боли (СХТБ), осложненный формированием уплотнений (конкрементов) простаты, вызывает значительное ухудшение качества жизни пациентов, зачастую сопровождаетсяексуальными расстройствами.

Под нашим наблюдением находились 387 больных ХП категории III-А и III-Б в возрасте 27–52 года и давностью заболевания более 3 месяцев.

По данным ультразвуковой диагностики (УЗД), наблюдали наличие участков повышенной эхогенности предстательной железы с наличием акустической тени и без нее, что расценивалось нами как разные стадии формирования конкрементов органа. У всех пациентов отмечено нарушение обмена, проявляющееся мочекислым диатезом, оксалатным у 78% больных, уратооксалатным – у 22%.

Для объективизации выраженності болевих ощущений исследовали анкетирование с помощью опросника «Индекс симптомов хронического простатита (NIH – CPSI, 1999)», модифицированного нами включением аналоговых шкал.

Выявлены 2 основных типа конкрементов: парауретральные (дающие акустическую тень и без таковой), собственно простатические (с акустической тенью и без нее). У больных I группы (170 человек) в комплексном лечении использовали ударные волны аппарата Richard Wolf Piezo Wave (с УЭВТ) с плотностью потока энергии в зоне фокуса до 0,4 мДж/мм² и давлением до 82,2 мПа, частотой пульсации ударных волн 8 Гц в количестве 2000 импульсов за один сеанс.

Больные II группы (217 человек) УЭВТ дополнена трансректальной фотоэлектростимуляцией (частота импульсов 2500 Гц, форма импульсов прямоугольная, биополярная, максимальная сила тока 100 мА, длина волны фотоизлучения 0,65 млк, частота модуляции фотоизлучения 20 мВт, экспозиция – 15 минут).

Эффективность терапии оценивали через 3 месяца после лечения по трем градациям: выраженный клинический эффект, улучшение, без перемен.

Выраженный клинический эффект отмечен у 13,5% больных I группы и у 22,1% пациентов II группы. Изменений не удалось достичь у 7,0% больных I группы и у 1,8% пациентов II группы.

ВЫВОДЫ

Лечение пациентов СХТБ в сочетании с калькулезным простатитом представляет значительные трудности. Предлагаемая методика

УЭВТ и трансректальной фотоэлектростимуляции позволяет у 18,3% больных добиться выраженного клинического эффекта (достоверное уменьшение выраженности боли и уменьшение размеров уплотнения (конкремента).

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНГИБИТОРОВ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ (ИФДЭ) 5 ТИПА

И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко, А.М. Корниенко, Э.Ф. Гусейнов

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

«Золотым стандартом» в лечении ЭД в настоящее время в мире считают препарат силденафил цитрат. Актуальным вопросом является продолжение поиска препаратов группы ИФДЭ 5 типа, обладающих меньшим количеством побочных явлений, препараторов, которые обеспечивают гармоничное соотношение всех составляющих современного лекарственного средства: эффективность, высокое качество и безопасность [1, 2, 3, 6].

Свойства и преимущества Тадалафила: продолжительность действия 36 часов, начало действия через 16 минут после приема, возможность применения с любой пищей и алкоголем, не вызывает изменения цветоощущения, не токсичен, отсутствует влияние на качество спермы.

В клинике сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» проведено открытое многоцентровое параллельное исследование препарата ТАДАЛАФИЛ (СИАЛИС) у 79 пациентов с ЭД различного генеза в динамике. В результате исследования были сделаны выводы о том, что назначение препарата СИАЛИС больным с эректильной дисфункцией приводит к достоверному двукратному возрастанию интегривных параметров, характеризующих сексуальную сферу пациента. Клиническая эффективность препарата СИАЛИС составляет 89,2%. Отмечалась тенденция к улучшению кавернозного кровотока у пациентов на фоне курсового лечения препаратом СИАЛИС. Препарат СИАЛИС может рассматриваться как препарат первого ряда в терапии расстройств эрекции украинских мужчин.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ, СОЧЕТАННОЙ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

*И.И. Горпинченко, А.М. Корниенко, Ю.Н. Гурженко, М.Г. Романюк,
В.В. Биологоловская, Н.А. Степаненко*

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

В клинике отдела сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» за период с 01.01.2007 по 31.07.2013 произведено эндофаллопротезирование 58 пациентам с болезнью Пейрони, возрастной диапазон больных 39–67 лет. Средний возраст: $51,6 \pm 3,4$. Основная диагностика базировалась на допплерографии сосудов полового члена, обосновано также применение лучевых методов диагности-

ки (КТ и МРТ). У большинства (58,5%) пациентов необратимые нарушения кавернозной гемодинамики вызваны артерио-венозной недостаточностью сосудов полового члена. Средний угол девиации до операции составлял $65^\circ \pm 4,1^\circ$. Среднее значение укорочения полового члена (разница длины между малой и большой кризивной при эрекции) как следствие фиброза составляло до операции $27\% \pm 5,8$. Основной

сопутствующей патологией являлись сахарный диабет 2-го типа (65,5%) и ишемическая болезнь сердца (63,7%). Решение об установке имплантов принималось на основе жалоб пациентов о нарушении эректильной функции, невозможности жить половой жизнью и доказанных нарушений кавернозной гемодинамики. Техническими особенностями эндофаллопротезирования у пациентов с болезнью Пейрони являются: субкоронарный доступ, а в случае имплантации гидравлического протеза дополнительно пеноскротальный разрез; скальпирование полового члена, мобилизация дорсального сосудисто-нервно-

го пучка, послабляющие наружные разрезы на бляшку без проникновения в кавернозную ткань; деликатная техника установки имплантов в кавернозные тела. В случае, если после выполнения этих условий на установленном импланте девиация сохраняется $\geq 30^\circ$, производится иссечение бляшки, закрытие дефекта граffтом из синтетического или биологического материала. Вызванное развитием бляшки укорочение полового члена удается скорректировать на 59,3% от утраченной длины. 91,4% пациентов удовлетворены результатами операции и качеством сексуальной жизни.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕЛЕКТИВНЫХ ФИТОМОЛЕКУЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТОВЕЗИКУЛИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ЭКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧЕСКИМ БЕСПЛОДИЕМ

Ю.Н. Гурженко, А.С. Федорук, А.И. Бойко, В.В. Спиридоненко, А.Ю. Гурженко

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Буковинский Государственный медицинский университет

• Национальная медицинская академия последипломного обучения им. П.Л.Шупика
Луганский Государственный медицинский университет

Воспалительные заболевания половых органов у мужчин в 40–60% случаев осложняются экскреторно-токсическим бесплодием (ЭТБ). Лечение ЭТБ, обусловленного хроническими воспалительными заболеваниями половых органов у мужчин проводят как комплекс индивидуально подобранных лечебных мероприятий: антибактериальное, противовоспалительное лечение, физиотерапевтические процедуры. Следующий этап предусматривает использование стимулирующих препаратов, которые улучшают общее количество и подвижность и качество сперматозоидов. Минимальная продолжительность такого лечения – 2,5 месяца. Для избежания полипрагмазии, рекомендуется использовать препараты, обладающие мультипатогенетическим воздействием. Это чаще всего фитопрепараты, Особое место среди препаратов этого ряда занимает один из подобных препаратов ПРАВЕНОР, который представляет собой новый класс препаратов – селективные фитомолекулы.

В отделении сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

проведена работа по изучению эффективности использования препарата ПРАВЕНОР и влияния препарата на качество показателей спермограммы при ЭТБ у 77 пациентов, обусловленным хроническим простатитом, осложненным ЭТБ, которые получали наряду с традиционной терапией, которая включала в себя антибактериальные препараты (ЛЕВОБАКС, ЦИПРОБАКС), иммунотропный препарат АЛЬФАРЕКИН, гепатопротектор ГЕПАДИФ, уропробиотик ЛЕКРАН, исследуемый препарат ПРАВЕНОР.

В результате исследования были сделаны выводы о том, что ПРАВЕНОР является высокоэффективным препаратом для лечения хронических воспалительных заболеваний мужских половых органов, осложненных ЭТБ. Клиническая эффективность составила 93,1–94,9%. Препарата отличается хорошей переносимостью и отсутствием побочных эффектов. Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат ПРАВЕНОР для комплексного лечения хронических воспалительных заболеваний мужских половых органов, осложненных ЭТБ.

ГАНГРЕНА ФУРНЬЄ – ІНФЕКЦІЯ, ЩО ПЕРЕДАЄТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ?

*М.В. Зеляк¹, О.В. Пиптюк¹, Ю.М. Сенів², І.В. Білищук², С.М. Скородійчук²,
О.П. Сандурський², В.С. Гурик², Я.В. Гоцуляк², С.Р. Бицкало¹, А.М. Матюхін³,
В.М. Питлик⁴, М.Я. Іваськевич⁵, І.С. Лисик⁶*

Івано-Франківський національний медичний університет¹

Івано-Франківська обласна клінічна лікарня²

Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня³

Калуська центральна районна лікарня⁴

Рогатинська центральна районна лікарня⁵

Косівська центральна районна лікарня⁶

Гангрена Фурнє (ГФ) – некротизуюче ураження м'яких тканин геніталій і ділянки промежини, потенційне для розвитку екстремального стану з високим ризиком летального наслідку. Мета дослідження – аналіз власного досвіду та світової літератури стосовно етіопатогенезу, діагностики та лікування цієї тяжкої недуги.

Під нашим спостереженням був 21 хворий на ГФ. Всім пацієнтам провели “агресивне” хірургічне та комбіноване антибактеріальне лікування. Ми проаналізували літературу про діагностику та лікування ГФ за 40 років.

Терапія була успішною в 18 випадках. Двоє хворих померли через септичний шок. В іншого пацієнта настала смерть через ГФ на фоні розгорнутого СНІДу. Таким чином, летальність склала <15%, що не перевищує опублікований рівень.

Ефективне лікування ГФ полягає: в ранній діагностиці та невідкладному за часом і радикальному за характером оперативному втручанні. Аналіз літератури та власні спостереження не показали зв’язку із ГФ з інфекцією, що передається статевим шляхом.

ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГЕМОСПЕРМІЇ

М.В. Зеляк¹, О.П. Сандурський², С.Р. Бицкало¹

Івано-Франківський національний медичний університет¹

Івано-Франківська обласна клінічна лікарня²

Мета: гемоспермію визначили як наявність крові у спермі. Оскільки гемоспермія зазвичай доброкісна, особливо в чоловіків віком менше 40 років, зважаючи на те, що розробка новітніх методик зображення змінила підхід як до діагностики, так і до її лікування, проведено аналіз літератури для з'ясування доцільності їх використання в кожному випадку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Ми проаналізували літературу про діагностику та лікування гемоспермії за 45 років.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

До останніх десятиліть гемоспермію не вважали клінічно значущою і точну причину не могли встановити в 70% хворих. Завдяки прогресу у візуалізаційних та лабораторних методах обстеження нині у 85% випадків вдається встановити етіологію гемоспермії, яка переважно доброкісна. Серед інших етіологічних факторів слід назвати запальні, пухлинні (наприклад рак простати або яєчка), ятрогенні, анатомічні, системні та судинні чинники. Лікування залежить від етіології. Пацієнтам із інфекцією сечостатової системи слід призначити антибіотики, які проникають через гематопростатичний бар’єр.

ВІСНОВКИ

Гемоспермія – не цілком зрозумілий патологічний стан. Сучасні методи дослідження дозволяють встановити причину. Пацієнти з

перsistуючою гемоспермією, або чоловіки, що мають відповідну симптоматику, етіологію якої не вдалось встановити, потребують диспансерного спостереження протягом 3–6 місяців та детального дообстеження.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

A.M. Корниенко, M.G. Романюк, P.B. Аксенов

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

В клинике отдела сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» за период с 01.01.2010 г. по 31.12.2012 г. находилось 11 пациентов с закрытыми повреждениями полового члена. Из них у 9 пациентов был разрыв белочной оболочки одного кавернозного тела; разрыв белочной оболочки двух кавернозных тел – у одного пациента, разрыв белочной оболочки и уретры – также у одного пациента. Диагностический алгоритм включает в себя: опрос, пальпацию, при подозрении на вовлечение уретры – восходящую уретрографию. По возможности – проведение ультразвукового исследования области трав-

мы с применением допплерографии сосудов полового члена.

Хирургическая активность, по нашему мнению, в данной ситуации полностью обоснована. Необходима ревизия предполагаемого места разрыва, дренирование гематом, ушивание разрывов, деривация мочи при поражении уретры и т.д. Полноценное выполнение алгоритмов диагностики закрытых повреждений полового члена позволяет максимально прогнозировать необходимость и объем оперативного вмешательства. Активная хирургическая тактика позволяет в более полном объеме обнаружить и устраниить повреждения и, таким образом, улучшить отдаленные результаты лечения.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

И.П. Куцарев¹, В.Д. Иванов²

*ЗАО «Энергия», г. Днепропетровск¹
Юридическая фирма «Статус», г. Днепропетровск²*

Сегодняшнее состояние правового регулирования медицинской деятельности в Украине представляет собой небольшой массив нормативных правовых актов, в которых невозможно сориентироваться. В связи с этим сегодня все больше говорят о самостоятельной отрасли права – «медицинском праве». Эту отрасль разрабатывают в основном работники права, а медработники принимают самое ничтожное участие. Не зря говорят, где тонко там и рвется. Безусловно, весь объем правовой информации в области медицинской деятельности практическому врачу знать не нужно, однако ему, а особенно руководителю медицинского учреждения, необ-

ходимо обладать основными знаниями в области юридической ответственности и умением их практической реализации. Вот почему сегодня назрела необходимость готовить менеджеров в медицине, где они, кроме медицинских знаний, должны получить юридическое образование, таким образом обеспечить защиту учреждения от произвола чиновника, которому «все позволено». Среди этих медико-правовых знаний базовое значение имеет глубокое понимание и осмысление собственных действий или бездействий практикующим врачом в процессе его профессиональной деятельности. Необходимо подумать о создании такого факультета, например, при за-

ведениях последипломного образования, где имеется соответствующая база.

На медицинское учреждение возлагается обязанность, используя данные медицинской науки и практики, соответствующую медицинскую технику, специальные знания, опыт практикующих врачей, произвести необходимые действия по обследованию пациента, установлению правильного диагноза, проведения надлежащего качественного лечения по принципу: «Ты пришел – тебя обслужили». К сожалению, эта обязанность на практике осуществляется с большим количеством правонарушений, совершаемых медработниками, а также сопровождается большим количеством врачебных ошибок. К типичным примерам судебной практики можно отнести неправильное сопоставление отломков костей при переломах, «пропуск» злокачественных заболеваний, последние резко увеличились практически по всем специальностям, перевязка мочеточников при выполнении гинекологических операций, перфорации матки приabortах. Поэтому важнейшим аспектом деятельности медработника является необходимость четкого понимания тех юридических критериев, которые позволяют квалифицировать то или иное действие или бездействие врачей как виновников, поскольку именно на этих юридических критериях строится судебная практика. Безусловно, что медработнику в процессе своей профессиональной деятельности необходимо также знать вид и меру юридической ответственности предусмотренной действующим законодательством. Правонарушение может совершаться как активным действием, так и противоправным бездействием человека, которое связано с невыполнением обязанностей, возложенных на него непосредственно тем или иным нормативным документом. При этом, как показывает практика, именно противоправное бездействие медработников стало причиной большей части неблагоприятных исходов. В этой связи наиболее распространенным преступлением является неоказание надлежащей помощи больному, что сейчас весьма распространено и содержит два условия применения уголовной ответственности за это деяние:

- если это повлекло по неосторожности причинения средней тяжести вреда здоровью больного;
- смерть, либо причинения тяжелого вреда здоровью.

Неоказание помощи содержит в бездействии или в недобросовестном либо несвоевременном исполнении медработником своих обя-

занностей. Субъектами данного преступления может быть только медработник, включая любых лиц, имеющих диплом врача, медсестры, фельдшера, акушерку и даже в том случае, если врач не находится на рабочем месте.

Ответственность, как известно, по общему правилу наступает за виновное причинение вреда одним человеком другому. Вина же бывает в двух формах: умысел или неосторожность, хотя последнюю можно заменить термином «медицинское невежество». При этом умысел, в свою очередь, бывает прямой и косвенный, а неосторожность (медицинское невежество) существует в виде чрезмерной самонадеянности (легкомыслие) и небрежности, причем небрежность приобретает главенствующее положение. Все эти понятия медработнику необходимо четко различать и глубоко понимать, поскольку юридическая квалификация случившегося медицинского правонарушения именно с точки зрения этих понятий чаще всего отвергает версию о добросовестном заблуждении врача, что может свидетельствовать об отсутствии в его действиях вины.

И, наконец, наиболее распространенная в судебной практике форма вины медработника – небрежность, безусловно, как известно руководство медицинских учреждений и сами медработники заинтересованы в доказательстве отсутствия своей вины и выдвижении различных версий и домыслов о невиновности конкретного медработника, поскольку зачастую однозначного решения того или иного медицинского дела выработать очень сложно ввиду многогранности и обширности этой проблемы.

Случай из практики. В крупном медучреждении в гинекологическом отделении оперируется молодая женщина по поводу кисты бартолиниевой железы. Операция весьма проста. Однако гинеколог, не зная анатомии, повреждает ей уретру на значительном протяжении, развивается пузырно-влагалищный свищ. Тяжелое осложнение. Пациентка оперируется в республиканском урологическом учреждении – полное выздоровление. Больная подает исковое заявление. Почти два года идет судебное рассмотрение, в иске ей отказывают по простой причине – главный врач больницы – депутат. Дальнейшее пусть читатель сам додумает. Типичная врачебная ошибка. Сам термин «врачебная ошибка» многими юристами и медработниками рассматриваются раздельно и по своему усмотрению, что неправомерно, и она употребляется лишь в медицинской литературе и практике, хотя некоторые юристы утверждают, что такой термин

не имеет права на существование, однако в жизни наоборот. В украинском законодательстве этот термин отсутствует. Вместе с тем действительно на практике очень трудно отличить легкомыслие от добросовестного заблуждения, и представляется, что принять таковой нормативный акт, крайне необходимо законодательно. При вынесении судовых решений и приговоров, а их в Украине крайне мало, необходимо учитывать и человеческие факторы, которые все равно всегда будут сопровождать нашу жизнь. При рассмотрении дел судами, действительно очень сложно установить причину, а еще сложнее доказать там вину врача, так и ее отсутствие. Поэтому важное доказательственное значение приобретает документ, оформленный медработниками в ходе осуществления своей деятельности, поскольку ненадлежащее оформление медицинского документа оценивается судами при вынесении решений в пользу пациентов. Поэтому для большей уверенности и покоя в своей дальнейшей жизни врачу, прежде всего, нужно:

- добросовестно документировать все проведенное расследование и их результаты для доказательства того, что он провел полноценную диагностику;
- документировать все манипуляции, назначение, промежуточные осмотры и неукоснительно соблюдать разработанные стандарты медицинской помощи – для доказательства того, что он правильно и своевременно выполнил все эти этапы лечения и необходимые процедуры;
- документировать информирование пациента – доказательство проведения необходимых разъяснений и обсуждения лечения с момента его обращения к врачу и до рекомендации после проведения лечения.

Здесь необходимо остановиться на термины стандарта. Многие ученые и практикующие врачи не согласны с этим термином по простой причине: в медицине не может быть стандартов, ведь это человек, который имеет свою нервную, иммунную систему, собственную и никто не имеет право в нее вмешиваться. Необходимо «что-то другое».

При изучении судебной практики по «медицинским» делам становится понятным, что чаще всего конкретная вина работников ЛПУ заключается в следующем:

- проведение недостаточного (или вообще не проведение, что чаще встречается) осмотра и обследования больного, влекущие установление неправильного диагноза и отсюда неправильное лечение;

- недооценки данных анамнеза тяжести заболевания;
- нарушение общепринятой методики обследования;
- небрежность ведения медицинской документации (истории болезни, амбулаторной карты и др.);
- несвоевременное оказание медицинской помощи;
- отсутствие надлежащего контроля со стороны должностных лиц за соблюдением норм;
- небрежность, невнимательность, недобросовестное отношение медработника к своим обязанностям.

Важно при этом иметь в виду, что медицинские учреждения работают в условиях, когда СМИ активно формируют среди населения негативное общественное мнение по отношению к проблемам оказания медицинской помощи населению. Основные надежды на оздоровление ситуации в любом случае нужно возлагать на своевременное, грамотное и скрупулезное ведение медицинской документации, полноценное и доступное разъяснение всех деталей предполагаемой медицинской помощи. Врач заполняет медицинскую документацию не для своего руководства и не для пациента, а для прокурора. Об этом надо помнить всегда и это мешает дальнейшему развитию медицины как таковой.

С целью защиты врачей от судебного иска и произвола чиновника авторы предлагают несколько правил:

1. Научись внимательно выслушивать пациента, учитывая и недосказанное им.
2. Безупречно веди записи, ибо то, что не было записано, того и не было.
3. Без промедления сообщай по инстанции обо всех возникших осложнениях и проблемах. Лечебный риск должен быть объявлен и зарегистрирован.
4. Придерживайся принципа взаимного понимания и согласия с пациентом.
5. Заботься о повышении своего образования (не будь ни первым из отбрасывающих старое, ни последним из воспринимающих новое).
6. Сохраняй свои моральные и этические принципы.
7. Ищи контакт, собеседование с коллегами.
8. Будь сострадательным к больному, как к своему ближнему родственнику.
9. Умей сочетать хозяйствственные вопросы медицины с любовью к ближнему.

10. Не сотвори себе кумира и не служи ему, твоим кумиром должна быть твоя совесть и никогда не торгуйся с ней.
 11. Имей мужество выставлять за дверь.
 12. Найди в себе гражданское мужество и скажи хотя бы себе: «Я невежда».
- Эти правила должны быть у каждого доктора на рабочем месте.

В заключение необходимо сказать о том, что вопросы из правового регулирования в здравоохранении регулярно обсуждаются в юридической и медицинской литературе. Однако сколько бы ни было написано научных статей на эту тему, окончательное решение по любому вопросу медицинского права выносится судебной системой Украины, хотя таких наработок весьма мало. Районный суд общей юрисдикции вправе перечеркнуть любые научные воззрения самых авторитетных ученых в этой сфере, применяя нормы действующего законодательства, крайне не разработанного, для разрешения конкретного дела.

Необходимо собрать нестандартных, неординарных практикующих врачей, научных работников, работников юридической сферы для разработки конкретных действий в сфере медицины. В этой проблеме есть и обратная сторона медали. Если в случае в медицине есть неудачи, всю ответственность возлагать на медработников, тогда некому будет лечить, а и без этого, уже через 1,5–2 года вообще некому будет лечить. Мало ли кто рискнет взять в руки скальпель, если будет знать, что за его спиной стоит прокурор или судья, готовый удовлетворить иск против медработника на крупную сумму.

В любом случае, сколько бы мы не рассуждали обо всем этом, решение и основополагающее значение во всей медицинской деятельности имеет сам врач со своими внутренним отношением к выбранной профессии, профессионализмом и осознанием всей лежащей на нем ответственности, как морально-этической, так и юридической.

Список литературы

1. Добров Г.К. Подлежат ли гласности врачебные ошибки // Здоровье мужчины. – 2005. – № 4. – С. 27.
2. Ахметшин Л.Л. Уголовный кодекс в медицине. – Донецк, 2007.
3. Добров Г.К. Врачебная ошибка – это ошибка или врачебное невежество // НМиФ. – 2007. – № 21. – С. 19–21.
4. Уголовный кодекс Украины. – Харьков: Фактор, 2007.

Адреса для листування

Куцарев Иван Петрович
49033, г. Днепропетровск
ул. 152-й дивизии, 2А кв. 27
моб. тел. 097 8797 135

ВІКОВИЙ ГІПОГОНАДИЗМ У ЧОЛОВІКІВ – КЛЮЧОВІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Є.В. Лучицький, В.Є. Лучицький

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

Віковий або пізній гіпогонадизм (late onset hypogonadism) – це біохімічний синдром, зв’язаний за віком, який характеризується дефіцитом продукції андрогенів з (або без) зменшення чутливості рецепторів до андрогенів, що супроводжується суттєвими змінами якості життя і несприятливим впливом на функцію багатьох органів та систем організму.

Чоловічий гіпогонадизм визначається як 2,5 стандартних відхилення рівнів загального тестостерону в крові у молодих дорослих чоловіків, тобто нижче за 11,0 нмоль/л (319,0 нг/дл). Клінічні критерії є більш двозначними, і більшість клініцистів вважають, що рівні Т нижче 300,0 нг/дл є асоційовані як з симптомами, так і клінічними наслідками гіпогонадизму – порушення статевої функції, пониження життє-

вої енергії, пригнічений настрій, знижене почуття благополуччя, підвищена дратівливість, труднощі при спробі зосередитися, приливи жару, слабість, втомлюваність, зниження худої маси тіла і підвищення вісцеральної, анемія, пониження щільноти кісток. Спостерігаються широкі коливання рівнів Т у здорових осіб, відмінності у трактуванні нижніх границь нормальних коливань, використання у лабораторіях рівнів Т у молодих чоловіків, як нормальних для всієї популяції чоловіків незалежно від віку.

Частота андрогендефіцитних станів у чоловіків за різними даними складає від 7 до 30%. У США чоловічий гіпогонадизм спостерігається у 4–5 млн. чоловіків, причому віковий гіпогонадизм (ВГ) є превалуючою формою. Детальні дослідження частоти дефіциту тестостерону (Т) (менше 12,0 нмоль/л) у чоловіків 20–89 років подекадно засвідчили віковозалежне зростання відсотка чоловіків з андрогенодефіцитом у всіх вікових групах. Асоційоване з віком падіння концентрації загального Т в крові є нерівномірне – перше вірогідне зниження концентрації гормону спостерігається у чоловіків 55–59-річного віку, друге – після 70 років.

Встановлено, що дефіцит Т є споріднений з такими захворюваннями, як цукровий діабет 2-го типу, вісцерально-абдомінальне ожиріння, метаболічний синдром (МС), серцево-судинні захворювання. Низький рівень Т може бути предиктором розвитку МС і ЦД 2-го типу, раннім маркером порушень метаболізму інсуліну та глюкози. Однак вважають, що наявність супутніх захворювань у чоловіків старших вікових груп є більш важливим чинником падіння рівня андрогенів у літніх чоловіків, ніж зниження, асоційоване з віком. Встановлено зростання ризику смертності у чоловіків з рівнем Т в крові менше 8,0 нмоль/л на 68% при порівнянні з групою чоловіків з нормальним рівнем гормону. Ризик розвитку у чоловіків смертності, інфаркту міокарда та інсульту підвищується градуально з пониженням рівнів Т в крові. Недостатність Т асоційована зі зростанням частоти складових МС, особливо з накопиченням вісцеральної жирової тканини та інсулінорезистентністю. Порушення обміну і чинники (гормони), секretовані вісцеральною жировою тканиною, посилює гіпогонадний стан.

ВГ є недодіагностованим станом і необхідні дослідження для розширення знань стосовно цієї патології та чіткої діагностики. Це зумовлено декількома обставинами: 1) пацієнти відчувають стриманість і збентеженість з приводу симп-

томів ВГ через свій характер і вірять, що їхній стан є наслідком старіння організму; 2) симптоми гіпогонадизму є неспецифічні і можуть спостерігатися при інших захворюваннях; 3) відсутність чітких біохімічних критеріїв – якщо рівні Т не є значно нижчі нормальних, то це затруднює інтерпретацію; 4) інтенсивність симптомів не завжди корелює з рівнем андрогенів в крові; 5) має місце загальна відсутність клінічної усвідомленості ВГ.

Основна мета терапії ВГ – усунення прогресуючої з віком андрогенної недостатності, покращення метаболічних порушень, покращення якості життя чоловіків, підтримання активного, творчого життя, фізичного, інтелектуального та сексуального здоров'я. Цілями лікування є також відновлення статової функції (підвищення лібідо, почуття статевого задоволення), попередження або зменшення остеопорозу, вісцерального ожиріння, вегето-судинних і психологічних розладів, відновлення м'язової сили, фізичної активності.

Превалюючий метод лікування ВГ – замісна терапія препаратами тестостерону. При виборі препарату для проведення андрогензамісної терапії у чоловіків із клімактеричним синдромом необхідно, щоб вони відповідали таким вимогам:

- бути ефективними і здатними до відновлення рівня Т до його фізіологічних значень;
- не створювати супрафізіологічних рівнів тестостерону в крові та не подавляти продукцію гормонів яєчками;
- не чинити гепатотоксичний та гепатоканцерогенний вплив на організм;
- мати повний спектр андрогенної активності;
- бути зручними для введення в організм.

В останній час деякі автори рекомендують використовувати препарати хоріонічного гонадотропіну. Однак застосування цих препаратів можливе тільки після проведення функціональної проби для визначення резервних можливостей яєчок. Зважаючи на зміни порогової чутливості, залишається серйозною проблемою доза препарату, тривалість терапії та досягнуті рівні Т в крові, оскільки супрафізіологічні рівні гормону спричиняють несприятливі ефекти на метаболічні показники та серцево-судинну систему.

Перспективним методом лікування може бути комбінована терапія препаратами тестостерону та хоріонічного гонадотропіну.

ПРИМЕНЕНИЕ ВАРДЕНАФИЛА КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТОГО ФАКТОРА ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Я.О. Мирошников

ООО «Медицинский центр «Институт семейной медицины плюс»

Эпидемиология эректильной дисфункции, составляющая от 52% у мужчин старше 40 лет (Массачусетское исследование) [1] до 91% при такой тяжелой соматической патологии как хроническая почечная недостаточность [2], позволяет расстройствам эрекции удерживать печальную пальму первенства как наиболее уязвимому сексологическому феномену. Учитывая фатальное влияние ЭД на мужской копулятивный цикл, очень актуальным является поиск оптимальных методов лечения расстройств эрекции с учетом эффективности, минимума побочных эффектов и соотношения цена–качество.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением на протяжении 2013 года находились 20 пациентов с сосудистым фактором расстройств эрекции, задокументированном фармакодопплерометрией. В программу обследования также входили исследования уровня тестостерона свободного, тиреотропного гормона, пролактина, сахара, гликозилированного гемоглобина, секрета предстательной железы, мочи, учитывался сомнеологический статус пациента. Средний возраст пациента составлял $45,7 \pm 2,8$ года, средняя продолжительность ЭД составляла $3,6 \pm 0,7$ года. Анализируя клинические характеристики пациентов, следует отметить наличие болезни Пейрони у 3 пациентов, хронического калькулезного простатита – у 7 пациентов, сахарного диабета 2-го типа и метаболического синдрома – у 4 пациентов, наличие диэнцефального компонента дисфункции в виде, прежде всего, нарушений формулы сна – у 12 пациентов. Сопутствующая патология подвергалась соответствующей коррекции. Для коррекции сосудистого фактора все пациенты, на протяжении 3 месяцев получали варденафил в дозе 5 мг перед сном в первый месяц ежедневно, 2-й месяц – через день и 3-й месяц – 2–3 раза в неделю, независимо от планируемой половой активности. По окончании курса лечения проводилась контрольная фармакодопплеромет-

рия и анкетирование GAQ. Фармакодопплерометрия кавернозных сосудов проводилась с 10 мкг простагландин Е1, вводимыми интракавернозно, исследование проводилось через 15 минут после инъекции, исследовались максимальная систолическая скорость (МСС) и конечно-диастолическая скорость (КДС), а также индекс резистентности (ИР), использовался аппарат «Mindray».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клинический эффект, задокументированный GAQ, отметили все 20 (100%) пациентов. Степень данного эффекта варьировала от «умеренного» до «очень хорошего». 7 пациентов (33%) ведут половую жизнь без применения медикаментозной стимуляции. Динамика кавернозного кровообращения по данным фармакодопплерографии приводится в таблице 1.

Анализ данных таблицы 1 показывает достоверное позитивное влияние курсового приема варденафила на артериальный компонент кавернозного кровообращения и тенденцию к позитивной динамике венозной фазы без достоверных изменений. Следует отметить, что проведенный нами анализ динамики кровообращения показал следующие варианты: положительная динамика как по артериальному, так и венозному компоненту зафиксирована у 13 (65%) пациентов, у 4 (20%) позитивная динамика по артериальному компоненту сопровождалась негативной динамикой по венозному – ростом конечно-диастолической скорости, хотя клинически эти пациенты отмечали улучшение сексуальной функции, правда, все они остались на поддерживающей терапии варденафилом. Троє из этих пациентов страдали сахарным диабетом и метаболическим синдромом, у 1 была болезнь Пейрони. Мы считаем, что прогностическая эффективность варденафила и других ингибиторов фосфодиэстеразы зависит от влияния основного заболевания на состояние структур, отвечающих за веноокклюзивный блок, прежде всего, белочной оболочки полового члена. Диа-

Таблица 1

Динамика кавернозного кровообращения по данным фармакодопплерографии при курсовом применении варденафила на протяжении 3 месяцев (данные показателей после инъекции ПГ Е1) ($M \pm m$, n=20)

ПОКАЗАТЕЛИ	До лечения		После лечения	
	справа	слева	справа	слева
МСС, см/с	29,01±1,17	33,12±0,98 (P<0,01*)	29,08±0,48	32,18±1,18 (P<0,05*)
КДС, см/с	5,01±0,83	3,73±0,75 (P>0,05)	5,25±0,76	3,80±0,71 (P>0,05)
ИР	0,82±0,03	0,88±0,03 (P>0,05)	0,81±0,03	0,87±0,02 (P<0,05*)

Примечание: Р – достоверность различий до и после лечения; * – различия достоверны.

бет, как упоминалось в наших предыдущих работах [3], является одним из факторов, изменяющих вязкостно-упругие свойства белочной оболочки, что приводит к нарушению интракавернозного блока. Подобный механизм присущ и болезни Пейрони. В этой ситуации, по-видимому, усиливающаяся гемодинамическая нагрузка вследствие увеличения притока способствует одновременному увеличению оттока, тем не менее увеличенный приток способствует частичной клинической компенсации эрекции. Наконец, у 3 (15%) пациентов, позитивная динамика притока не сопровождалась существенными изменениями оттока, который исходно был в пределах нормы.

ВЫВОДЫ

1. Курсовое применение варденафила при смешанной половой дисфункции обеспечивает клиническое улучшение у 100% пациентов.
2. Клиническое улучшение полностью коррелирует с оптимизацией артериальной кавернозной гемодинамики, что подтверждается фармакодопплерографией. Венозная гемодинамика улучшается в 65% случаев, за исключением случаев основного заболевания (сахарный диабет, болезнь Пейрони), которые ведут к нарушению вязкостно-упругих свойств белочной оболочки.
3. Курсы приема варденафила являются перспективным как универсальный патогенетический метод терапии расстройств эрекции при условии адекватной коррекции основных компонентов копулятивных расстройств (эндокринных, инteroцептивных, диэнцефальных и др.).

Список литературы

1. Johannes C.B., Araujo A.B., Feldman H.A. et al. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts Male Aging Study // Urol. – 2000. – V.163, N 4. – P. 60–63.
2. Григорян В.А., Каабак М.М. Эректильная дисфункция у пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2005. – № 4. – С. 37–43.
3. Iacono F., Barra S., de Rosa G. et al. Microstructural disorders of tunica albuginea in patients affected by impotence // Eur. Urol. – 1994. – V. 26, N 3. – P. 233–239.

Summary

THE APPLICATION OF VARDENAFIL AS PATHOGENETIC TREATMENT OF THE VASCULAR FACTOR OF ERECTILE DYSFUNCTION

I. Miroshnikov

We investigated the 20 patients with mixed erectile dysfunction with vascular component, it was document by pharmacodopplerography. The course of vardenafil were 5 mg every day before sleep independently of sexual intercourse. All patients noticed the clinical improvement. The arterial and venous components improves in 65% of patients, 20% of patients had the increasing of venous outflow, 15% of patients had never changing of venous outflow. Our experience shows the perspective using of the applying of vardenafil in the manadgment of erectile disorders.

АНОМАЛІЇ СПЕРМАТОЗОЇДІВ ПРИ ПАТОСПЕРМІЇ

О.Д. Нікітін¹, Ю.В. Гонтар²

Національний медичний університет ім. А.А. Богомольця¹
Інститут генетики репродукції, м. Київ²

Оцінка стану сперматогенезу має важливе діагностичне значення при різних формах порушення репродуктивної функції.

Генетичні фактори є однією з частих причин аномалій розвитку і порушень функції органів репродуктивної системи. Їх частість корелюється з тяжкістю репродуктивної патології. Так, принаймні, 1/3 випадків важких форм безпліддя у чоловіків обумовлена генетичними факторами. Причинами безпліддя у чоловіків можуть бути хромосомні аномалії, мікроструктурні перебудови і генні мутації, що призводять до порушення детермінації статі, диференціювання або розвитку органів статевої системи, її гормональної дисрегуляції, порушення сперматогенезу і функції сперматозоїдів.

Комплексне дослідження еякуляту проведено 57 пацієнтам. Серед обстежених у 28% чоловіків рівень фрагментації ДНК перевищував норму, яка складає 30% від загальної кількості аналізованих сперматозоїдів. При цьому, найнижчий показник (4,8%) і найвищий рівень (58,8%) фрагментації був визначений у віковій групі від 31 до 35 років, хоча середнє значення фрагментації було найнижчим для вказаної групи серед решти досліджуваних.

Також було встановлено, що у 83% пацієнтів з підвищеним ступенем фрагментації ДНК сперматозоїдів визначалась знижена кількість рухливих сперматозоїдів, причому показник рухливості варіював від 0,2 до 19%.

За даними молекулярно-цитогенетичного аналізу методом FISH, рівень анеуплойдії в сперматозоїдах був у діапазоні від 2,5 до 24,0%, тоді

як у нормі відсоток нерозходження хромосом не повинен перевищувати 2,5%. При аналізі сперматозоїдів зустрічалися такі варіанти анеуплойдії як наявність 2 статевих хромосом (XX, YY, XY) або ж нулісомія за статевими хромосомами, наявність декількох статевих хромосом і аутосом (XXY 1818, XX 1818, XY 1818, XYY 1818), нулісомія по аутосомних хромосомах (X-, Y-, 13-, 21-), присутність кількох аутосом (1313 21, 13 2121, 1313 2121).

Було встановлено, що нерозходження по статевих хромосомах склало від 1,2 до 7,6%, по хромосомі 18 варіабельність показника була від 0,4 до 8,2%. Рівень анеуплойдії хромосоми 13 був встановлений в діапазоні від 0,5 до 7,6%, а по хромосомі 21 показник нерозходження знаходився в межах від 0 до 8,7%, хоча в нормі рівень анеуплойдії по одній хромосомі не повинен бути вище 0,5%. У 60% пацієнтів з підвищеним рівнем фрагментації ДНК сперматозоїдів показники нерозходження хромосом перевищували норму в 2 рази.

Генетичне обстеження пацієнтів з порушеннями репродуктивної функції набуває важливого значення у зв'язку з виявленням у них високої частоти генетичних мутацій. Слід зауважити, що ці обстеження необхідно проводити чоловікам до включення їх у програму ІКСІ.

Знання про частоту і характер генетичних аномалій у пацієнтів з порушенням репродуктивної функції дозволяють поліпшити лікувально-діагностичну і консультивативну допомогу підтриміні парам з безпліддям, а також вдосконалювати заходи, спрямовані на профілактику безпліддя.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

О.Д. Никитин

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца

При выборе тактики лечения мужского бесплодия, обусловленного варикоцеле, хирургическую коррекцию этого заболевания, согласно современным представлениям, следует

применять при наличии четырех предпосылок:

1. Жена пациента должна быть fertильна, или, в случае нарушения ее fertильности,

должна быть возможна и достижима коррекция этого нарушения.

2. Факт бесплодного брака должен быть подтвержден (отсутствие оплодотворения в течение 1 года регулярной половой жизни без средств контрацепции).

3. Наличие клинических признаков варикоцеле.

4. Наличие нарушений в параметрах спермограммы или функциональных спермальных тестах (10).

Абсолютным показанием для выполнения оперативной коррекции варикоцеле у бесплодных мужчин следует считать сопутствующее нарушение у них параметров спермограммы (EAU, 2011, степень А).

При выборе метода оперативного пособия хирург должен руководствоваться не только собственными предпочтениями и техническими возможностями операционной, но и данными о прогностической репродуктивной эффективности той или иной операции.

Целью исследования явилась оценка репродуктивной эффективности и основных видов оперативных вмешательств, которые применяются для лечения варикоцеле.

Было проведено обследование 206 больных с варикоцеле и бесплодием в возрасте от 25 до 45 лет ($30,2 \pm 3,5$ лет). Левостороннее варикоцеле отмечено у 170 (82,5%) больных, двустороннее – у 27 (13,1%) правостороннее – в 4,4% случаев (9 пациентов).

У 33 (15,9%) пациентов диагностировано субклиническое варикоцеле, у 54 (26,2%) – варикоцеле I степени, у 88 (42,7%) – II степени и у 31 (15,0%) – заболевание III степени.

Из представленных данных видно, что астенозооспермия отмечалась у 101 (49%) пациента, а олигозооспермия – у 83 пациентов (40,3%). Следует отметить, что наиболее существенные

изменения спермограмм наблюдались у пациентов со II и III степенями заболевания. При этом азооспермия отмечалась в 4,4% случаев, а тератозооспермия – в 6,5%.

Подводя итоги лечения 48 супружеских пар после лапароскопической коррекции варикоцеле, следует отметить, что частота достижения беременности составляла 29,2% (14 случаев). Восстановление репродуктивной функции по данным спермограмм через 12 месяцев наблюдения отмечалось у 29 (60,4%) пациентов.

После операции Иваниссевича улучшение показателей спермограммы отмечено у 58% пациентов, наступление беременности было достигнуто в 31,9% случаев.

Улучшение фертильности по данным спермограммы отмечено у 69,2% больных, перенесших операцию Мармара, в то время, как беременность наступила у 33,3% пар.

После анализа полученных результатов лечения варикоцеле с применением операции Иваниссевича, лапароскопического и микрохирургического вмешательств можно заключить, что убедительные данные о предпочтительности одной из первых двух указанных методик по показателям наступления беременности и улучшения фертильности пациентов отсутствуют ($p>0,05$). Некоторое улучшение показателей фертильности по сравнению с указанными первыми двумя методиками наблюдается у пациентов, перенесших операцию Мармара, хотя процент наступления беременности в этой группе не отличается от других групп исследуемых.

Учитывая отсутствие абсолютных гарантий достижения репродуктивного эффекта после выполнения операции по поводу варикоцеле, следует информировать супружескую пару о возможной неудаче такого лечения даже при условии достижения прогресса в нормализации показателей спермограммы.

РОЛЬ ПІОСПЕРМІЇ У ПАТОГЕНЕЗІ ЕКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧНОГО БЕЗПЛІДДЯ

О.Д. Нікитин

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольца

Інфекції уrogenітального тракту (ІУГТ) у чоловіків належать до захворювань, які потенційно здатні чинити певний вплив на якість сперми, а також, враховуючи особливості епідеміології та високу контагіозність,

безсумнівно впливають на фертильний статус жінок.

На даний час існують різноманітні, часом діаметрально протилежні погляди на вплив, який чинять ІУГТ на чоловічу фертильність та якість

сперми. Частина дослідників вказує на негативні зміни у показниках сперматограми у пацієнтів із ІУГТ, інші автори повідомляють про відсутність цих змін. Згідно з рекомендаціями EAU за 2012 р., зараз відсутні безпосередні дані, які деемонструють негативний вплив інфекції уrogenітальної сфери на якість еякуляту та чоловічу фертильність.

Проаналізовано результати дослідження, які характеризують особливості видового складу мікроорганізмів, виділених із сперми у 140 чоловіків з інфекцією геніталій при безплідді.

Аналіз представлених даних свідчить про різноманіття виявлених мікроорганізмів, серед яких найчастіше зустрічались: *Staphylococcus epidermidis* (52,1%), *Enterococcus sp.* (17,8%) і *Streptococcus gr.* (15,0%). У 96 чоловіків (68,6%) виявлена асоціація двох і більше збудників інфекції. Безсимптомна бактеріоспермія виявлена у 32 пацієнтів (22,8%). Результати мікробіологічного аналізу сперми показали, що в 86,4% випадків бактеріоспермія супроводжується лейкоцитоспермією.

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

На підставі отриманих результатів діагностики інфекції геніталій і з урахуванням ха-

рактеру виявлених змін спермограм запропонована комплексна поетапна схема лікування.

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

Це може свідчити про те, що у пацієнтів з порушеннями репродуктивної функції інфекція є супутнім захворюванням або можливим токсичним впливом продуктів життєдіяльності бактерій не тільки на сперматозоїди, але й на сперматогенний епітелій, що призводить до значних порушень сперматогенезу.

Проведене дослідження показало, що комплексне лікування екскреторно-токсичного безпліддя у хворих запальними захворюваннями чоловічих статевих органів призвело до повного клінічного одужання у 91 (65,0%) пацієнта, а частота виникнення вагітності в подружніх парах протягом 24 місяців після закінчення лікування складала 26,4%. Досить високий відсоток хворих, які не відмітили ефекту або потребували проведення додаткового лікування та подального дослідження цієї проблеми.

РОЛЬ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА В ФОРМИРОВАНИИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

O.В. Ромашенко, А.И. Соловьев, С.Н. Мельников, В.В. Билоголовская, М.А. Щербак

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Цель исследования. Изучить изменения метаболитов оксида азота в вагинальном секрете у женщин в постменопаузе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Гинекологическое, сексологическое и ультрасонографическое обследование 62 женщин в возрасте 52–61 года с продолжительностью менопаузы от 3 до 9 лет.

Концентрацию нитрит-аниона NO_2^- определяли в безбелковых экстрактах влагалищной слизи с помощью реактива Гресса спектрофотометрическим методом на фотометре Screen Master. Содержание общего белка в пробах определяли по методу Bradford M.M., 1976.

Оценка кровотока сосудов клитора проводилась с использованием ультразвукового исследования методом допплерографии на аппарате XARIA TOSHIBA.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нормально функционирующий эндотелий сосудов характеризуется непрерывным выделением оксида азота посредством эндотелиальной NO-синтазы, что необходимо для обеспечения адекватного кровоснабжения органов и тканей гениталий.

У 12 (19,4%) женщин с продолжительностью менопаузы до 3 лет формирование урогенитальных расстройств и сексуальных дисфункций (снижение желания, возбуждения, нарушения оргазма и диспареунии) установлено при уровне метаболитов оксида азота во влагалищной слизи $27,77 \pm 2,73$ нмоль/мг белка.

У 29 (46,7%) женщин с длительностью менопаузы до 6 лет стабильность в проявлении урогенитальных расстройств и женских сексуальных дисфункций отмечена при уровне метаболитов оксида азота во влагалищной слизи $20,91 \pm 2,59$ нмоль/мг белка.

Выраженность проявления урогенитальных расстройств и сексуальных дисфункций (особенно диспареунии на фоне нарушения любрикации) отмечено у 21 (33,9%) женщины с продолжительностью менопаузы до 9 лет и уровнем метаболитов оксида азота во влагалищной слизи – $10,9 \pm 1,06$ нмоль/мг белка.

У этих же пациенток отмечено достоверное снижение максимальной систолической скорости (V_{ps}) – $(2,9 \pm 0,014$ см/сек) и объемной скорости кровотока (V_{vol}) – $(2,6 \pm 0,014$ мл/мин) при ультразвуковом исследовании методом допплерографии сосудов клитора по сравнению с аналогичными результатами пациенток с продолжительностью менопаузы до 6 лет.

ВЫВОДЫ

Формирование урогенитальных расстройств и сексуальных дисфункций на фоне нарушения кровообращения гениталий в период менопаузы возрастает с ее продолжительностью и снижением продукции оксида азота.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ДГПЖ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

*И.М. Русинко¹, Н.М. Русинко¹, О.Г. Коноплева¹, А.В. Дулепин¹, А.В. Приходько¹,
К.А. Траян¹, Е.П. Українец², Е.А. Квятковский³, В.М. Корягин⁵, В.В. Коштура⁴*

КУ «Д 12 ТМО» ДОС¹

КУ «ДОКБ им. Мечникова» ДОС²

КУ «Д 9 ГКБ» ДОС³

КУ «Д 6 ГКБ» ДОС⁴, г. Днепропетровск

ООО «Планета Здоровье», г. Днепропетровск⁵

Рекомендации по лечению симптомов нижних половых путей (СНМП) являются наиболее динамичной группой среди всех протоколов EAU. Если раньше эти пациенты относились к группе ДГПЖ (до 2010 года), то в 2011 году это уже были рекомендации по лечению ненейрогенных СНМП у мужчин, а с 2012 года – СНМП у мужчин, в том числе с обструкцией шейки мочевого пузыря (вследствие ДГПЖ). Соответственно значительно изменились и рекомендации по диагностике, а особенно по лечению этой группы пациентов. В настоящее время общезвестно, что СНМП являются одной из наиболее частых причин обращения к урологу.

СНМП подразделяется на:

- симптомы накопления (дневная полла-киурия, ургентные позывы к мочеиспусканию, императивное недержание мочи, ноктурия);
- симптомы опорожнения (ослабление струи мочи, затрудненное начало и прерывистость мочеиспускания, парадоксальная ишурия);
- симптомы после мочеиспускания (чувство неполного опорожнения, подкашивание мочи после мочеиспускания – дриблинг).

Преобладание тех или иных симптомов для каждого пациента индивидуально и зависит от

того, какие звенья патологического процесса у него преобладают. Как правило, у большинства пациентов наблюдается сочетание разных групп симптомов. Понимание патогенеза возникновения тех или иных симптомов имеет важное значение при определении объема диагностических процедур и выборе препарата для медикаментозной терапии. Одни и те же симптомы могут быть связаны с различными заболеваниями или с их комбинацией. Поэтому, ориентируясь на симптомы при планировании медикаментозной терапии, мы должны учитывать этиологические и патофизиологические механизмы их возникновения. Данный подход оправдывает разделение СНМП на определенные подгруппы:

- СНМП/ДГПЖ;
- СНМП/гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП);
- СНПМ/Эректильная дисфункция;
- СНМП/Хронический простатит и т.д.

Современная стратегия медикаментозной терапии у больных с СНМП/ДГПЖ многообразна и весьма эффективна. Традиционно мужчинам с СНМП назначают α 1-адреноблокаторы. В пожилом возрасте эта терапия дополняется ингибиторами 5 α -редуктазы. В течение последних лет у мужчин с СНМП при наличии отчетливой ирритативной симптоматики начали использовать антихолинергические препараты. У пациентов с СНМП и эректильной дисфункцией независимо от возраста и кардиоваскулярного фона назначают ингибиторы фосфодиэстазы 5-го типа.

С каких препаратов нужно начинать терапию? Какие препараты можно комбинировать в лечении СНМП/ДГПЖ и СНМП/ГАМП?

В настоящее время используются три основные комбинации:

1. α 1-адреноблокаторы+ингибиторы 5 α -редуктазы (Фокусин+Пенестер).
2. α 1-адреноблокаторы+антихолинергические препараты (Фокусин+Уротол).
3. α 1-адреноблокаторы + ингибиторы ФДЭ 5 (Фокусин + Вигранде(Сылденафил)).

Более подробно остановимся на СНМП/ДГПЖ в сочетании с ГАМП

Симптомы опорожнения (обструктивные) и симптомы накопления (ирритативные) ниж-

них мочевых путей включают ургентное и учащенное мочеиспускание в течение дня и ночи, нередко в сочетании с ургентным недержанием мочи. В свою очередь, перечисленные симптомы характерны для ГАМП, который часто встречается в клинической практике – примерно в 16–17% населения нашей планеты. По мнению большинства авторов, симптомы ГАМП у мужчин в возрасте старше 50 лет могут быть следствием детрузорной гиперактивности как по причине инфравезикальной обструкции (ИВО), вызванной ДГПЖ, так в результате возрастных изменений в детрузоре.

Целью нашей работы явилась оценка результатов применения α 1-адреноблокатора (Фокусина) и М-холинолитика (Уротола) у пациентов с ДГПЖ в сочетании с ГАМП.

Под нашим наблюдением находилось 75 пациентов в возрасте от 50 до 70 лет с явлениями ДГПЖ и ГАМП, подтвержденных при комплексном обследовании (ректальном осмотре, на УЗИ, урофлоуметрии и цистометрии, опросника IPSS и дневника мочеиспусканий). Отбор пациентов для лечения проводили при наличии у них остаточной мочи от 0 до 100 мл. Положительный результат стали отмечать у них через 2–3 недели от начала лечения. Некоторые пациенты самовольно прекращали прием Уротола через 1,5–2 месяца, учитывая положительную динамику. В скором времени ирритативная симптоматика у них возобновлялась. Учитывая наш опыт лечения женщин с ГАМП (в среднем 6–8 мес.), мы проводим курс лечения у этих пациентов в указанных временных параметрах.

В результате комплексного лечения у пациентов исчезала ирритативная симптоматика, улучшалось качество струи и уродинамические показатели, уменьшалось количество остаточной мочи. Учитывая средний возраст пациентов, после отмены Уротола, им назначали Фокусин в сочетании с Правенором и Простамолом-Уно в течение 4–6 мес.

Комбинация Фокусина и Уротола может быть рекомендована пациентам с ДГПЖ в сочетании с ГАМП при легкой и средней степени выраженности СНМП с динамическим выполнением в процессе лечения комплексного обследования.

ОЛЕОГРАНУЛЕМА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА КАК ПРИЧИНА ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН. ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА УРОЛОГА

И.М. Русинко¹, Н.М. Русинко¹, О.Г. Коноплева¹, А.В. Дулепин¹, А.В. Приходько¹,
К.А. Троян¹, Е.П. Украшнец², Е.А. Квятковский³, В.М. Корягин⁵, В.В. Коштура⁴

КУ «Д 12 ТМО» ДОС¹

КУ «ДОКБ им. Мечникова» ДОС²

КУ «Д 9 ГКБ» ДОС³

КУ «Д 6 ГКБ» ДОС, г. Днепропетровск⁴

ООО «Планета Здоровье», г. Днепропетровск⁵

Олеогранулема полового члена – неспецифическое хроническое воспалительное заболевание. Появляется олеогранулема из-за введения под кожу пениса маслянистых веществ (чаще всего – вазелина) с целью утолщения и удлинения пениса. Использование маслянистых веществ приводит к рубцовой деформации, изъязвлению кожи полового члена, так как гель или иное вещество после введения вызывают острое воспаление. Развиваются приобретенные искривления полового члена, эректильная дисфункция. Травмы полового члена у пациентов с олеогранулемой могут приводить к гнойно-воспалительным процессам и вторичной инфекции. Осложнения могут проявляться не сразу после введения веществ или предметов, а через значительный промежуток времени – 10–12 лет. Введенный вазелин распространяется между кожным покровом и оболочками пениса, действительно изменяя размеры органа. Но через некоторое время ткани вступают в реакцию, вызывающую искривление пениса. Вводимое вещество вызывает аллергию, воспаление и нагноение.

В развитии олеогранулемы выделяют несколько стадий (Н.А. Лопаткин и соавт., 1998):

- продуктивную;
- кистозную;
- гиалиноза;
- лимфатического отека.

Процесс формирования олеогранулемы распространяется на мошонку, паховую и лобковую области, мочеиспускательный канал. Инфильтративное поражение соседних участков делает патологию по характеру роста сходной со злокачественными опухолями. Исходя из степени поражения кожи и распространенности фиброза, выделяют три формы заболевания (В.Н. Лесовой и соавт., 1998):

- легкая форма (I степень), когда гранулематозный инфильтрат захватывает дис-

タルную часть пениса, поражая крайнюю плоть, венечную борозду, препуциальный мешок;

– тяжелая форма (II степень) – асептический фиброз поражает кожу и подкожную клетчатку пениса на всем протяжении, распространяясь на мошонку и лобковую область;

– свищевая форма (III степень), когда на фиброзно измененной коже пениса имеются инфицированные раны, язвы, свищи.

Диагноз олеогранулемы пениса основывается на данных анамнеза и осмотра. При этом обязательно требуется исключить венерические заболевания, гепатит С, СПИД и злокачественные опухоли. Основной контингент пациентов с олеогранулемой пениса – это бывшие заключенные и демобилизованные воины.

Под нашим наблюдением находились 28 пациентов с олеогранулемой пениса в возрасте от 22 до 48 лет. 20 пациентов – бывшие заключенные и 8 – отслужившие срочную службу в армии. У 8 пациентов была диагностирована легкая форма олеогранулемы, у 12 – тяжелая форма, у остальных 8 – свищевая форма заболевания. У 12 пациентов произведено хирургическое удаление олеогранулематозных инфильтратов и поврежденных тканей в один этап с последующим замещением дефекта кожи пениса. Очень важным моментом оперативного вмешательства является оставление как можно большего лоскута внутреннего листка крайней плоти. У 3 пациентов выполнена операция по Райху в модификации В.Н. Лесового в один этап с хорошими отдаленными результатами. У 13 пациентов мы заместили дефект кожи пениса свободным кожным лоскутом, полученным из паховых областей. Кожные лоскуты накладывали на пенис без натяжения, фиксируя все его края

отдельными узловыми кетгутовыми и викриловыми швами. Послеоперационное течение у всех пациентов было без особенностей. У трех пациентов отмечен краевой некроз пришитого лоскута кожи, который после иссечения краев хо-

рошо заэпителизировался. Отдаленные результаты у всех прооперированных пациентов благоприятные. У них исчезло ложное искривление пениса, восстановилась эрекция и появилась возможность полноценной половой жизни.

ОСТРЫЙ ТРОМБОФЛЕБИТ ВЕН ПОЛОВОГО ЧЛЕНА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН

*И.М. Русинко¹, Н.М. Русинко¹, О.Г. Коноплева¹, А.В. Дулепин¹, А.В. Приходько¹,
К.А. Троян¹, Е.П. Українец², Е.А. Квятковский³, В.М. Корягин⁵, В.В. Коштура⁴*

*КУ «Д 12 ТМО» ДОС¹
КУ «ДОКБ им. Мечникова» ДОС²
КУ «Д 9 ГКБ» ДОС³
КУ «Д 6 ГКБ» ДОС⁴, г. Днепропетровск
ООО «Планета Здоровье», г. Днепропетровск⁵*

Среди специалистов сложилось мнение, что число случаев острого тромбофлебита вен полового члена на фоне варикозного расширения вен резко возросло в связи с приходом восточной моды на различные сексуальные техники. Причинами варикоза вен половых органов являются:

- травмы, опухоли;
- оперативное вмешательство на органах малого таза;
- длительная компрессия за счет перерастяжения мочевого пузыря;
- нарушение свертывающей системы крови по типу тромбофилий;
- беспорядочные сексуальные связи, влекущие за собой инфекционные осложнения;
- использование сексуальных техник, предусматривающих задержку эякуляции;
- бесконтрольное применение специальных анестетиков, которые наносятся на головку пениса с целью продления эрекции.

В норме на пенисе поверхностно расположенные сосуды мало заметны, а иногда лишь слегка выступают, при этом диаметр их не превышает 2–3 мм.

При варикозном расширении вен пениса под кожей выявляются узелки различных размеров. Набухшие вены резко контурируются и становятся твердыми на ощупь, более напоминая по плотности сухожилие, чем кровеносный сосуд, что становится особо заметным в эрегированном состоянии. Появляется боль, диском-

форт, резкое покалывание во время полового акта, отечность пениса и крайней плоти. Диагноз устанавливается на основании осмотра, пальпации, результатов допплерографического исследования вен пениса.

Лечение острого тромбофлебита пениса включает в себя временное воздержание от сексуальных контактов, прием нестероидных противовоспалительных средств, местные втирания антикоагулянтов. С целью уменьшения болевого синдрома назначают инъекционные ненаркотические аналгетики. При осложнении в виде острого тромбоза вен пениса выполняется тромбэктомия, лигирование и иссечение варикозно расширенных вен. Тромб чаще всего локализуется вблизи венечной борозды и имеет небольшие размеры, тем не менее, достаточные для того, что бы в результате появившегося препятствия прекратился отток крови.

Под нашим наблюдением находились 35 пациентов с варикозным расширением вен пениса, осложнившимся возникновением острого тромбофлебита и тромбоза. Возраст пациентов был от 18 до 32 лет. Почти у всех из них имели место беспорядочные сексуальные связи.

В комплекс лечения мы включали:

- 1) прямые антикоагулянты (Фраксипарин, Клексан) 7–10 дней;
- 2) препараты, улучшающие микроциркуляцию и кровообращение;
- 3) в/в капельно Реополиглюкин, Латрен, Актовегин, Солкосерил – 10 дней;
- 4) ксантиноол по 2 мл 10 дней;

- 5) цефалоспорины III–IV поколений;
- 6) местно – Лиотон-гель + Фастум-гель;
- 7) нестероидные противовоспалительные препараты;
- 8) по показаниям – тромбэктомия, лигирование и иссечение варикозно расширенных вен.

У всех пациентов получили хороший результат.

Острый тромбофлебит и тромбоз варикозно расширенных вен пениса – серьезное заболевание, требующее комплексной медикаментозной терапии и своевременного оперативного вмешательства.

ОЦЕНКА СОЧЕТАННОГО ДЕЙСТВИЯ РАДИАЦИОННОГО И ХИМИЧЕСКОГО ФАКТОРОВ НА МОЧЕПОЛОВУЮ СИСТЕМУ

В.П. Стусь

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Работа посвящена изучению актуальной проблемы сочетанного влияния радиационного фактора и тяжелых металлов (ТМ) уранодобывающей и металлургической промышленности Днепропетровской области на мочеполовую систему рабочих и населения промышленных городов, а также в натурном эксперименте на животных.

Установлено, что почва селитебной зоны промышленных городов Днепропетровской области загрязнена ТМ, содержание которых для Pb, Cd, Ni, Cu, Zn в 1,50 – 11,25 раза выше ПДК, в 1,1 – 11,0 раз – фона и в 2 – 200 раз (особенно Pb и Cd в г. Желтые Воды) больше относительно контрольного города, что подтверждается более высоким в 2,2 раза значением интегрального суммарного показателя загрязнения почвы и свидетельствует о техногенности их происхождения.

При соответствии качества питьевой воды промышленных городов по содержанию ТМ гигиеническим стандартам, за исключением увеличенной до 1,7 ПДК концентрации Cd (г. Желтые Воды), в динамике последних 20 лет выявлено постепенное его увеличение для Zn, Pb, Mn в 1,4 – 3,9 раза при стабильном снижении Cu и Fe; по сравнению с контрольным городом их среднегодовые концентрации в 1,5 – 12,4 раза выше, что доказывает антропогенность данных загрязнителей.

Выявлена незначительная котаминация пищевых продуктов индустриальных городов ТМ, содержание которых чаще всего не превышает соответствующих ПДК, за исключением растительных продуктов, в которых определяются Cd, Cu и Zn на уровне 1,4 – 2,8 ПДК, что в

целом в 1,2 – 8,0 раз достоверно выше, нежели в контрольном городе, вследствие техногенного их поступления. Региональной особенностью для всех обследованных городов Днепропетровской области является сниженное в 2,4 – 2,8 раза относительно биологической нормы содержание в продуктах цинка (хлеб, сахар, молоко, мясо), что формирует условия развития у населения цинкдефицитных состояний, способствующих развитию, в том числе и патологии мочеполовой системы.

Изучены особенности накопления и распределения ТМ и природных радионуклидов в биосубстратах и тканях мочеполовых органов экспериментальных животных и жителей промышленных городов, а также их влияние на морфологические изменения в почках. Доказано, что несмотря на соответствие содержания ТМ гигиеническим нормативам в жизнеобеспечивающих средах (вода, почва, пищевые продукты), внутренняя среда организма жителей промышленных городов содержит повышенные концентрации этих контаминаントов по отношению не только контрольного города, но и существующих биологических стандартов. Увеличенные концентрации ТМ выявлены в крови (в 2,5 раза), в моче (в 25 – 50 раз), в слюне (в 3 – 6 раз), в волосах (в 1,5 – 3,2 раза), особенно жителей г. Желтые Воды. При этом органы мочеполовой системы обладают избирательным накоплением в почках абиотических ТМ (Pb, Cd, Ni) в 2,0 – 17,6 раза при сниженном, относительно биологической нормы, содержании биотических микроэлементов, что обусловлено постоянством и специфичностью их поступления в организм и биоантагонизмом Pb и Cd с Zn и Cu, что, таким

образом, детерминирует развитие патологии в мочеполовой системе жителей промышленных городов.

Радиационный мониторинг свидетельствует о том, что повышенный γ -фон г. Днепропетровска и, особенно, г. Желтые Воды в сочетании с высокой активностью радона в жилых зданиях формирует годовую дозу облучения на уровне 4–31 ПДД. Радиометрический анализ выявил повышенную в 1,3–3,0 раза удельную активность изотопов урана (^{234}U , ^{238}U) в почках жителей обследованных городов.

Сочетанное действие радиационного фактора и ТМ в условиях натурного эксперимента характеризуется эффектом биосуммации по интегральным и специфическим показателям: замедление на 15,5–98,0% прироста массы тела, накопление ТМ в биосубстратах, а также изотопов урана в почках, что детерминирует патоморфологические нарушения – атрофию почечных телец, тотальную дегенерацию канальцевого эпителия, тубулогломерулопатии, механизм развития которых происходит соответственно закономерности «доза–время–эффект» и коррелирует с аналогичными процессами в почках жителей промышленных городов. Установлены корреляционные зависимости между содержанием ТМ и патоморфологическими изменениями в почках.

Изучены особенности заболеваемости болезнями мочеполовой системы жителей Днепропетровской области, которые подвержены сочетанному влиянию ТМ и ионизирующего излучения. Доказано, что одновременное воздействие радиационного фактора и ТМ в малых дозах и концентрациях потенцирует развитие патологических изменений мочеполовой системы в организме экспериментальных животных и экстраполируется с состоянием популяционного здоровья населения индустриально развитых территорий.

Полученные результаты стали научной базой целесообразности разработки и внедрения системы существующих и собственных профилактических мер законодательного, инженерно-технического, технологического, санитарно-гигиенического, организационного и медико-биологического характера по уменьшению техногенной нагрузки населения индустриально развитых территорий, профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения. Разработана и внедрена комплексная система профилактических мер, в т. ч. схема пектинопрофилактики для ускорения элиминации ТМ, радионуклидов из организма как эффективное направление как по сохранению и укреплению здоровья населения в целом, так и по предупреждению заболеваний мочеполовой системы в частности.

ВРОЖДЕННАЯ ВЕНТРАЛЬНАЯ ДЕВИАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА: ОЦЕНКА НОВОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

А.М. Сытенко

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Врожденная вентральная девиация полового члена (ВВДПЧ) является следствием врожденного ограничения растяжимости вентральной части белочной оболочки полового члена (БОПЧ). Для ее коррекции преимущественно используют дорзальную пликацию, накладывая два ряда гофрирующих швов на дорзальную часть БОПЧ. К недостаткам этого метода относятся травматичность и недостаточная косметичность (удаляется крайняя плоть, возможно образование деформаций кавернозных тел по типу «песочных часов», лигатуры прощупываются под кожей).

Цель: оценить эффективность, характер осложнений, и удовлетворенность пациентов результатами лечения при использовании

методики коррекции ВВДПЧ по Горпинченко–Сытенко.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Две группы пациентов (n=30) с ВВДПЧ, сопоставимые по возрасту и величине угла искривления полового члена (ПЧ). Пациентам группы СП коррекция проводилась стандартным методом, а группы ПГ-С – по методу Горпинченко–Сытенко. Угол искривления и длина ПЧ оценивались по фотографиям эрегированного полового члена. Метод Горпинченко–Сытенко: 1) на БОПЧ в области дорзальной борозды накладывают один ряд 8-образных гофрирующих

швов монофиламентной нерассасывающейся нитью 2–0; 2) дорзальный сосудисто-нервный пучок мобилизируют до уровня срединной борозды только с одной стороны; 3) используют нижнесрединный доступ к кавернозным телам. Через 3 мес. после операции оценивались: остаточная девиация (ОД), укорочение ПЧ, удовлетворенность лечением. Удовлетворенность лечением оценивалась по специально разработанному опроснику, состоящему из 4 вопросов, характеризующих удовлетворенность корригирующим эффектом, длиной полового члена, легкостью определения лигатур на ощупь, заметностью следов операции в баллах от 1 до 5 (максимальная

степень удовлетворенности). Рассчитывался суммарный балл. Также учитывалось количество наложенных на БОПЧ лигатур. Достоверность различий оценивалась по непарному тесту Манна–Уитни. Уровень значимости – 0,05. Данные представлены в виде Me (25;75 персентили).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Характеристики, по которым сравнивались две методики, и достоверность их различий представлены в таблице 1.

У 5 пациентов из группы СП зарегистрировано снижение чувствительности головки ПЧ.

Таблица 1

Сравнение результатов при использовании двух способов пликации БОПЧ

Параметр	ПГ-С	СП	p
ОД (градусы)	5 (4;6)	5 (4;7)	0,61
Укорочение ПЧ (см)	2 (2;3)	3 (3;4)	0,0001
Количество лигатур	3 (2;4)	8(6;8)	0,0001
Удовлетворенность (баллы)	18 (17;20)	12 (11;13)	0,0001

ВЫВОДЫ

Метод Горпинченко–Сытенко по корригирующему эффекту сопоставим с традиционным подходом, однако имеет лучший профиль

безопасности, требует наложения меньшего количества лигатур и характеризуется более высоким показателем удовлетворенности пациентов. Таким образом, он может быть рекомендован в качестве метода выбора.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ: ВОЗМОЖНА ЛИ ЭРАДИКАЦИЯ КОНКРЕМЕНТОВ?

А.М. Сытенко¹, В.И. Зайцев², А.И. Миндреску³

ГУ «Інститут урології НАМН України»¹

Буковинський державний університет МЗ України²

Черновицька обласна клінічна лікарня, урологічне відділення³

Петрификация ткани предстательной железы (ПЖ) может выявляться у 88,6% пациентов с хроническим простатитом (ХП) и негативно сказывается на функциях ПЖ, ассоциируется с более выраженной симтоматикой, снижает эффективность антибиотикотерапии. До настоящего времени не разработан малоинвазивный метод эрадикации петрификатов из ткани ПЖ. В последнее время появляются сообщения о возможности использования ударноволновой терапии (УВТ) для дезинтеграции простатических петрификатов.

Цель: Оценить влияние среднеэнергетической УВТ на размеры и акустическую плотность простатических петрификатов. Оценить частоту и характер осложнений

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для участия были отобраны 30 пациентов в возрасте от 33 до 42 лет с установленным диагнозом ХП и наличием простатических петрификатов, давшие информированное согласие.

Обследование включало: анкетирование по опроснику ИСХП НИЗ США, тест Меареса-Стейми, ТРУЗИ с определением количества, расположения, размеров (площадь) и акустической плотности (АП) петрификатов. Площадь петрификата рассчитывалась как $S = \pi ab$, где a – больший диаметр петрификата, b – меньший. АП оценивалась по 3-балльной условной шкале (1 балл – эхопозитивность, 2 балла – гиперэхогенность, 3 балла – гиперэхогенность с акустической тенью). Курс лечения: 10 сеансов УВТ (аппарат PiezoWave (Richard Wolf, Германия)) дважды в неделю, 4000 импульсов за сеанс, условный уровень интенсивности – 15–20 единиц, частота – 8 Гц. Позиционирование: Терапевтическую головку располагали под лонным сочленением. Для на-

ведения УВ указательный палец вводили в задний проход и располагали над петрификатом. Достоверность различий оценивалась по парному тесту Вилкоксона. Уровень значимости 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Медиана возраста составила 38 лет (32–48). Медиана продолжительности заболевания – 8 месяцев (7–36). Медиана количества петрификатов – 1 (1–3). Характеристики простатических петрификатов до и после УВТ представлены в таблице 1 в виде M_e и процентилей 25-го и 75-го.

При проведении УВТ осложнений не зарегистрировано.

Таблица 1

Влияние УВТ на характеристики простатических петрификатов

Параметр	Исходно	После УВТ	P
S (мм ²)	11,1 (6,5; 15,1)	10 (6,5; 15,4)	0,1
Акустическая плотность (баллы)	2 (1; 2)	2 (1; 3)	0,65

ВЫВОДЫ

Среднеэнергетическая УВТ достоверно не влияет на размеры и акустическую плотность

простатических петрификатов. Необходимы дальнейшие исследования для разработки методов профилактики и эрадикации простатических петрификатов.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОГО ПРОСТАТИТУ ТА РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛАБОРАТОРНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНОГО АНАЛІЗУ

П.Г. Яковлев¹, В.В. Мрачковський¹, В.О. Кропельницький¹, В.С. Сакало²

Київський міський клінічний онкологічний центр¹
ДУ «Інститут урології НАМН України»²

В практиці уролога візит пацієнта старше за 40 років зі скаргами на розлади сечовипускання та підвищеним показником простат-специфічного антигену (ПСА) у сироватці крові представляє складний виклик, пов’язаний з необхідністю впевнено диференціювати патологічний стан або як запального походження, або неопластичного. Згідно з українським національним канцер-реєстром, пік захворюваності на рак передміхурової залози припадає на 61-й рік життя. Проте 9% хворих на рак простати мають риси спадковості цього захворювання, при цьому пік захворюваності в цій групі трапляється

на 7–10 років раніше. З огляду на це необхідність проведення діагностичної біопсії передміхурової залози для виключення раку простати може виникнути й при огляді молодого пацієнта з вищезгаданими скаргами та рисами. Наявні зарубіжні публікації свідчать про 3–5%-ву частоту виникнення важких інфекційних ускладнень після проведення пункцийних біопсій передміхурової залози. Цей факт потребує застосування диференційного підходу до призначення діагностичних біопсій у хворих середнього віку зі скаргами на дизуричні явища та підвищеним ПСА.

Мета: представити власний алгоритм відбору хворих середнього та старшого віку зі скаргами на розлади сечовипускання та підвищеним рівнем ПСА, що здатний зменшити частоту інфекційних ускладнень діагностичних біопсій передміхурової залози.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період з 2010 до 2013 року в урологічному відділенні Київського міського клінічного онкологічного центру (КМКОЦ) було обстежено в обсязі пальцевого ректального огляду, трансректального ультразвукового дослідження (ТРУЗД) та мультифокальної біопсії передміхурової залози 395 чоловіків, які були скеровані до консультативної поліклініки КМКОЦ з підозрою на рак передміхурової залози. Вік обстежуваних пацієнтів був у середньому 62 роки (від 36 до 82 років). Рівень ПСА на момент звернення складав у середньому 16 нг/мл (від 0,1 до 82 нг/мл). Об'єм передміхурової залози за даними ТРУЗД був у середньому 49 см³ (від 22 до 250 см³). Пальцеве ректальне дослідження проводилося з метою оцінки фізичних властивостей тканини передміхурової залози та виявлення осередкових змін в останній. При виявленні болючості передміхурової залози біопсія не виконувалась, проте пацієнту призначався лікувальний курс антибіотикотерапії (ципрофлоксацин 500 мг двічі на добу протягом 20 діб) з протизапальними препаратами та вітамінами, після чого повторно оцінювався рівень ПСА. У залежності від динаміки ПСА та стану простати після курсу антибактеріальної терапії визначалася потреба в проведенні діагностичної біопсії.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами мультифокальної біопсії рак передміхурової залози був виявлений у 217 (55%) хворих, у 138 (35%) – доброкісна тканина простати з різними ступенями атрофії, у 40 (10%) – лейкоцитарна інфільтрація паренхіми простати, зокрема з явищами мікроабсцедування (у одного хворого). Гострі запальні зміни тканини простати з підвищенням температури тіла до 39 °C спостерігалися у 11 (2,8%) хворих, що вимагало проведення парентеральної антибактеріальної терапії протягом 3–5 діб до нормалізації стану хворого. Вказані запальні явища спостерігалися лише у хворих віком старше за 65 років з явищами хронічної затримки сечі. Масивна кровотеча в ранній період після біопсії сталася у 3 (0,8%) хворих, що потребувало госпіталізації хворого та проведення кровоспинної терапії. Відтермінування мультифокальної біопсії з причин дизурічних явищ на фоні болючості тканини передміхурової залози сталося у 51 хворого. За результатами лікування болючість простати зникла. Окрім цього, у 13 з них після проведення вищевказаної антибактеріальної протизапальної терапії показники ПСА зменшилися до норми, їм біопсія не виконувалася, та призначалось спостереження онкоуролога з контролльним оглядом через 6 місяців з результатами ПСА. Іншим 38 хворим біопсія проводилась, при цьому у 7 хворих показники ПСА після антибактеріальної протизапальної терапії зросли, у інших – незначно зменшилися, але не до нормальних рівнів.

ВИСНОВКИ

Перед проведенням мультифокальної біопсії хворому з підозрою на рак передміхурової залози треба диференціювати хворих з наявними запальними змінами в простаті за даними ректального пальцевого дослідження. При виявленні ознак запалення, проведення лікувального курсу антибактеріальної протизапальної терапії протягом 20 діб перед біопсією запобігає загостренню запальних процесів у простаті, а також виокремити тих хворих, яким біопсія простати не потрібна. Частота гострих запальних змін у передміхуровій залозі після виконання мультифокальної біопсії в нашому дослідженні склала 2,8% та спостерігалася лише у хворих старшого віку (старше за 65 років) з явищами хронічної затримки сечі.

ЛАПАРОСКОПІЧНА РЕЗЕКЦІЯ НИРКИ ПРИ Т1 ПУХЛИНАХ: НОВИЙ ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ?

С.В. Байдо, С.І. Принюк, А.Б. Вінницька, А.В. Жигулін,
Д.А. Голуб, М.О. Сльвєстров, Г.Б. Бернштейн

Лікарня Сучасної Онкологічної Допомоги "ЛіСОД", м. Київ

Лапароскопічна операція характеризується меншою травматичністю, косметичними та економічними перевагами, дозволяє зменшити рівень післяопераційного болю, частоту і тяжкість післяопераційних ускладнень, стаціонарний ліжко-день, прискорити терміни реабілітації і, як наслідок, підвищити якість життя хворих на рак нирки.

Ми маємо досвід лапароскопічної резекції нирки (ЛРН), виконаної 22 хворим (чоловіків 9 та жінок 13, середній вік 58,9 року). Усім пацієнтам проводилось ретельне доопераційне стадіювання (відповідно до вимог внутрішнього протоколу клініки згідно зі стандартами NCCN). Розмір пухлини від 3 до 5,5 см, у т.ч. в 4 випадках з інтра-паренхіматозним поширенням та 3 – з інвазією чашок. Середня тривалість операції склала $128,3 \pm 8,2$ хв., об'єм крововтрати – 250 ± 48 мл.

Тривалість ішемії становила від 12 до 23 хвилин, у чотирьох випадках використано принцип «zero ischemia» із застосуванням керованої гіпотензії без механічної оклюзії ниркової артерії.

Згідно з патогістологічним висновком в 17 випадках – нирковоклітинний рак, в 4 – онкоцитома, в одному – складна кіста, без наявності пухлини в краї резекції (врахована відсутність впливу на онкологічні результати лікування величини безпечного відступу від краю пухлини при виконанні резекції). Післяопераційні ускладнення виявлені в 2 випадках (паранефральний абсцес, паранефральна гематома).

Використання пролонгованої епідуральної анальгезії було необхідно в середньому протягом 1,5 (від 1 до 2) доби, відновлення перистальтики кишківника відбувалось у середньому через 9 (від 4 до 18) год, активізація хворих – через 16 (від 12 до 18) год після операції, уретральний катетер видалявся в середньому на 4-ту добу, дренаж на 5-ту. Виписка зі стаціонару була можлива на 5–6-ту добу після втручання, середній ліжкодень склав $7,12 \pm 0,52$ доби (що обумовлено бажанням пацієнтів госпіталізації до зняття швів).

Онкологічні результати операцій у пацієнтів після ЛРН не поступаються таким при відкритому втручанні. Усі досліджувані пацієнти живі, без ознак хвороби (у т.ч. місцевого рецидиву) при середньому терміні спостереження 18 місяців.

Лапароскопічна резекція нирки – ефективний малоінвазивний метод лікування хворих з невеликими пухлинами нирки, що забезпечує безпосередні результати, порівнювані з відкритими втручаннями, і разом з тим має суттєві переваги: відрізняється від «традиційної» кращими можливостями візуалізації та більш високою прецизійністю виконання оперативного прийому. В перспективі заплановано використання лапароскопічного датчика для ультразвукового дослідження нирки, що дозволяє уточнити розміри, локалізацію, структуру пухлини, а також її відношення до чашковомискової системи.

НАШ ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ПЛАСТИКИ СЕЧОВОДІВ

С.В. Байдо, С.І. Принюк, А.Б. Вінницька, А.В. Жигулін, Д.А. Голуб, Г.Б. Бернштейн

Лікарня Сучасної Онкологічної Допомоги "ЛіСОД", м. Київ

Лапароскопічна операція характеризується меншою травматичністю, косметичними та економічними перевагами, дозволяє зменшити

рівень післяопераційного болю, частоту і тяжкість післяопераційних ускладнень, стаціонарний ліжко-день, прискорити терміни реабілітації і, як

наслідок, підвищити якість життя хворих. Наводимо приклад лапароскопічної пластики сечоводів, виконаної в клініці «ЛіСОД».

Пацієнка Г., 1957 р.н., 03.11.11 перенесла лапароскопічну радикальну гістеректомію з приводу плоскоклітинної карциноми шийки матки $T_{3b}N_1M_0G2$ після неoad'ювантного курсу радіотерапії (ДПТ на таз – 45 Гр; «boost» на ділянку параметрів – 10 Гр; брахітерапія – 27,5 Гр) на фоні радіосенсitzації цисплатином 40 мг/м² (по червень 2011р.) Ранній післяопераційний період без ускладнень, через місяць виникли симптоми везіковагінальної нориці, яка успішно лікова на крізьпіховою фістулопластикою (на 45-ту добу) та пролонгацією уретрального катетера.

Через 5 місяців (13.04.12) з'явились ознаки двобічного уретерогідронефрозу, 19.04.12 – білатеральне стентування сечоводів. 31.05.12 при УЗД на фоні адекватно розташованих стентів зберігались ознаки двобічного уретерогідронефрозу – проведено рестентування зліва, справа – безуспішно, що змусило виконати пункцийну перкутанну нефростомію. КТ-урографія (31.05.12)

встановила двобічні постпроменеві рубцеві стріктури дистальних відділів сечоводів.

12.09.12 виконана лапароскопічна двобічна пластика сечоводів з використанням тонко-кишкової вставки (уретероілеонеоцистостомія), після операційний період перебігав без ускладнень, на 4-ту добу пацієнка виписана. При контрольних УЗД сечовидільної системи (через 1 та 2 міс. після операції) ознаки гідронефротичної трансформації та порушення функції нирок не виявлено, через 1 міс. видалена нефростома. Оскільки за даними біопсії парааортальних лімfovузлів виявлено метастаз плоскоклітинної карциноми шийки матки, то стенти залишенні до визначення доцільності локальної променевої терапії на парааортальну зону для профілактики утворення рубцевих стріктур.

Дане втручання є виконуваним методом, що забезпечує задовільні функціональні результати, співставні з відкритою технікою, однак, вимагає високого рівня лапароскопічної кваліфікації уролога. У досвідчених руках операційний час не перевищує час відкритої операції, при цьому лапароскопічний доступ має суттєві переваги.

МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ЗВУЖЕНЬ СЕЧІВНИКА

O.B. Байло

Олександрівська клінічна лікарня, м. Київ

Сучасні досягнення ендоурології сприяли розвитку менш травматичних, високоекективних методів лікування звужень сечівника різного генезу.

Мета дослідження: визначити ефективність внутрішньої оптичної уретротомії і трансуретральної резекції в лікуванні звужень сечівника.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Аналіз результатів лікування звужень сечівника у 226 хворих з використанням внутрішньої оптичної уретротомії і трансуретральної резекції звуження.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Внутрішня оптична уретротомія була виконана у 73 хворих віком від 18 до 84 років і

протяжністю звуження від 5 до 10 мм, а у 153 – трансуретральну резекцію звуження з залишеннем постійного катетера Фолея № 18 – 20 від 7 до 10 діб.

Після видалення катетера відновилось самостійне контролюване сечовипускання, нормалізувалися показники урофлюметрії, покращилася якість життя. У 11 пацієнтів наступав рецидив звуження протяжністю до 0,8 см і їм було виконано повторно трансуретральну резекцію звуження з хорошими результатами.

Найближчі (до 1 місяця) і віддалені (до 3 років) результати лікування хворих були задовільними, що підтверджено даними урофлюметрії і контрольного бужування сечівника.

ВИСНОВКИ

Таким чином, аналіз найближчих і віддалених результатів використання внутрішньої оптичної уретротомії і трансуретральної резекції

для лікування звужень сечівника різної етіології показує, що дані методи є мало травматичними, економічно обґрунтованими і високоефек-

тивними при лікуванні даного захворювання і можуть служити альтернативою відкритим операцівним втручанням.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОКУСИНА (ТАМСУЛОЗИНА) ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ

Б.Е. Барковский, А.Б. Унгурян

Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи, г. Запорожье

Добропачественная гиперплазия простаты (ДГПЖ) – одно из наиболее распространенных заболеваний у мужчин старше 50 лет. В Украине после 60 лет у каждого третьего мужчины имеются клинические симптомы ДГПЖ. В настоящее время при лечении ДГПЖ как в консервативной терапии, так и до и после хирургического лечения в качестве стандарта широко используются α 1a-адреноблокаторы (рекомендации EUA), в частности, тамсулозин (Фокусин, Зентива).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В клинике урологии ГКБЭ и СМП г. Запорожья проведена оценка клинической эффективности и безопасности препарата Фокусина (тамсулозин) у 157 пациентов с ДГПЖ II стадии. Возраст пациентов составил от 45 до 74 лет (средний возраст составил 67 лет), продолжительность заболевания – от 1 до 6 лет. Критериями включения в исследование был возраст 45–75 лет; выраженность симптомов по шкале IPSS ≥ 8 и ≤ 30 ; Qmax ≥ 10 мл/с и ≤ 15 мл/с; уровень остаточной мочи не более 120 мл.

Критериями исключения являлись: гиперчувствительность к тамсулозину, острые воспалительные заболевания нижних мочевых путей, уровень остаточной мочи более 120 мл, рак простаты, осложненное течение ДГПЖ, пациенты после операций на простате, острая задержка мочи в анамнезе. Исследуемый препарат в рамках данного исследования назначали в виде монотерапии в дозе 0,4 мг фокусина (тамсулозина) по

1 капсуле утром. Курс лечения составил 6 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По окончании лечения средние показатели IPSS (баллы) в исследуемой группе составили $5,1 \pm 1,1$ (до лечения $14,8 \pm 1,6$), объемная скорость мочеиспускания $8,2 \pm 1,1$ мл/с (до лечения $13,6 \pm 1,7$ мл/с соответственно), время мочеиспускания $15,4 \pm 1,3$ с (до лечения $27,2 \pm 2,4$ с соответственно). Среднее количество мочеиспускань за ночь до курса терапии Фокусином составило $2,9 \pm 0,5$, после лечения – $1,2 \pm 0,3$. По данным УЗИ простаты объем остаточной мочи снизился с $60,2 \pm 2,8$ мл до $34,7 \pm 2,7$ мл после лечения. В целом достаточную или высокую эффективность лечения отметили 87,2% пациентов. Незначительные побочные эффекты в виде ортостатической гипотензии отмечались у 2 пациентов (4,3%), ретроградной эякуляции у 1 больного (2,2%).

ВЫВОДЫ

1. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности (87,2%) и безопасности препарата Фокусин для лечения ДГПЖ.
2. Фокусин обладает минимальными побочными эффектами (у 6,5% пациентов).
3. Рекомендуемая длительность приема препарата должна составлять 3–6 месяцев.
4. Проведенное исследование позволяет рекомендовать Фокусин как препарат первой линии медикаментозного лечения ДГПЖ.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.И. Бачурин, О.А. Никифоров, Ю.С. Коломоец, С.П. Сторижко

Запорожский государственный медицинский университет

Одной из сложных проблем урологии является развитие инфекционно-воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде при заболевании простаты.

Цель исследования: улучшить профилактику инфекционно-воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных с заболеваниями предстательной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом является результат обследования 187 пациентов, прооперированных по поводу ДГПЖ. Все больные были разделены на две группы. I группа больных состояла из 135 человек, которым в раннем послеоперационном периоде проводилась традиционная терапия. II группа состояла из 52 пациентов, которым в дополнении к традиционной терапии

применялись свечи «Дистрептаза» rectum по 1 св. 2 раза в день, начиная со 2-го дня послеоперационного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В I группе больных, из 135 человек, в раннем послеоперационном периоде инфекционно-воспалительные процессы и дизурия наблюдались у 22 пациентов (16,3%). Во II группе больных, из 52 человек, в раннем послеоперационном периоде эти явления наблюдались у 3 пациентов (5,8%).

ВЫВОДЫ

Применение свечей «Дистрептаза» в раннем послеоперационном периоде снижает риск развития инфекционно-воспалительных осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА У БОЛЬНЫХ С ЭКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧЕСКИМ БЕСПЛОДИЕМ

В.И. Бачурин, О.А. Никифоров, Г.В. Бачурин

Запорожский государственный медицинский университет

Проблема хронического простатита в настоящее время приобрела особую актуальность по ряду экологических, социальных и этико-моральных причин, существенно увеличивших заболеваемость. Важность проблемы связана также с тем, что воспаление предстательной железы может значительно нарушать ее функции, обеспечивающие мужскую fertильность, что в конечном итоге приводит к ухудшению демографических показателей. Хронический простатит в настоящее время остается весьма распространенным с необычным течением и трудно под-

дающимся лечению заболеванием, частота которого достигает 30–50%. Он поражает сексуально активных мужчин молодого возраста и нередко осложняется нарушением репродуктивной функции. Большинство урологов полагают, что повышение частоты хронических простатитов, протекающих особенно латентно, и их осложнений в виде бесплодия, связано с выявлением микробных возбудителей, передающихся половым путем, являющихся урогенитальными скрытыми инфекциями. Многообразие субъективных и объективных симптомов, связанных с воспа-

лением предстательной железы, затрудняет их диагностику, а общепринятые клинические и лабораторные методы не всегда позволяют выявить воспалительный процесс в предстательной железе.

Целью настоящего исследования явилась оптимизация лечебно-диагностической тактики у больных с хроническим простатитом, осложненным экскреторно-токсическим бесплодием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проведено клинико-лабораторное обследование и лечение 236 пациентов с хроническим простатитом, осложненным бесплодием. У 123 (52,1%) случаях причиной бесплодия послужил мужской фактор, а в 113 (47,9%) – бесплодие носило сочетанный («семейный») характер. Больные были разделены на две группы. В I группу вошли 143 (60,6%) пациента с простатитами, обусловленными урогенитальными скрытыми инфекциями с выраженным клиническими проявлениями, а также с нарушением fertильности спермы различной степени. Во II группу – 93 (39,4%) больных с признаками абактериального, бессимптомного простатита с явлениями качественных изменений эякулята. Длительность пребывания в браке у всех больных составила $3,0 \pm 0,5$ года. При регулярной половой жизни (2–3 раза в неделю), без использования средств контрацепции у обоих супругов, беременность у жен не наступала. Средний возраст исследуемых – $28,3 \pm 0,5$ года.

При клиническом обследовании мужчин учитывали жалобы, данные анамнеза, уро-андрологического статуса с обязательным пальцевым исследованием предстательной железы, семенных пузырьков, ультрасоноскопии придаточных половых желез, а также органов мошонки по показаниям, микроскопии, бактериологического исследования секрета предстательной железы, уретральных выделений, эякулята на микрофлору и чувствительность к антибактериальным препаратам.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Этиологическим фактором воспалительно-го процесса предстательной железы у 69 (48,7%) больных I группы были хламидии, у 68 (47,4%) – уреаплазмы, у остальных 8 (4%) – гарднереллы, микоплазмы, вирус простого герпеса. При бактериальных простатитах у больных II группы (71–76,4%) – преобладала грамположительная условно-патогенная и патогенная бактериальная

флора, а у 22 (23,6%) больных – грамотрицательная. В I группе в 56,4% случаев преобладало бессимптомное течение простатита, когда пациенты предъявляли жалобы только на бесплодие в браке, а в 43,6% случаев наблюдался болевой, дизурический симптомы. При простатитах у 78,3% больных II группы преобладал болевой синдром, поллактурия, бесплодие. Бессимптомное течение нами установлено в 21,7% случаев. Отсутствие сопутствующего уретрита установлено у 86,4% пациентов I и II групп, у остальных 13,6% уретрит носил смешанный характер. В бактериологических посевах из уретры, а также секрета предстательной железы у больных I и II групп выделялась условно-патогенная флора с незначительным микробным числом. При бактериологическом исследовании эякулята обнаруживалась сочетанная патогенная флора с микробным числом $> 10^5$ КОЕ/мл (*E. coli* – 49,5%; *Staphylococcus epidermidis* – 28,7%; *Corynebacterium sp.* – 21,8%). В исследовании эякулята нами определялся в 84,5% случаев «синдром вязкой спермы»: повышение вязкости, снижение активно подвижных сперматозоидов, повышение числа лейкоцитов, рост агглютинации. При ультразвуковом исследовании предстательной железы у больных с бессимптомным течением определялись гиперэхогенные включения и образования в предстательной железе, а у больных с симптоматикой простатита выявлялись гипоэхогенные участки, свидетельствующие об инфильтративно-экссудативных изменениях в железе. Всем больным проводилась комплексная терапия, включающая: антибактериальную терапию до 4 недель, назначение альфа-адреноблокаторов, витаминов, фитопрепаратов, физиотерапии, проведение массажей предстательной железы. Контроль качества эякулята проводился через 72 дня после лечения. Улучшение качества спермы нами отмечено в 76,3% случаев.

ВЫВОДЫ

1. Диагностика хронического простатита, осложненного экскреторно-токсическим бесплодием, должна носить комплексный характер.
2. Объективным маркером в обследовании больных с бессимптомным течением простатита является анализ эякулята с обязательным бактериологическим исследованием.
3. Терапия должна быть комплексной, не менее 4 недель. Контрольное исследование эякулята необходимо проводить через 72 дня после лечения.

ЗАСТОСУВАННЯ КОНТАКТНИХ МЕТОДІВ ДРОБЛЕННЯ У ХВОРИХ НА НЕФРОЛІТАЗ З ЕДИНОЮ (ОДИНОКОФУНКЦІОНУЮЧОЮ) НИРКОЮ

A.Ц. Боржієвський¹, О.Б. Волошинський², Р.З. Шеремета², Ц.К. Боржієвський¹

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького¹
Львівська обласна клінічна лікарня²*

Лікування нефролітазу єдиної нирки є однією з найбільш складних та актуальних проблем в урології.

Мета дослідження: проаналізувати ефективність черезшкірної нефролітотрипсії (ЧШНЛ) у лікуванні нефролітазу єдиної (одинокофункціонуючої) нирки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В урологічному відділенні ЛОКЛ в період з січня 2003 по квітень 2013 року 81 хворому нефролітазом єдиної (одинокофункціонуючої) нирки виконано 95 черезшкірних нефролітотрипсій, з них 5 (6,2%) хворих з рецидивними конкриментами. Чоловіків було 37 (45,7%), жінок 44 (44,3%). Вік пацієнтів від 20 до 81 року. Конкрименти спостерігались в 41(50,6%) випадках у правій нирці та в 40 (49,4%) випадках у лівій нирці. Розміри конкриментів коливалися від 1,1 см до 12,0 см. У 51 (62,9%) хворого спостерігалися явища гідронефрозу I-II ст. Потреба у попередньому дренуванні нирки виникла у 24 (29,6%) хворих, з яких 11 встановлено уретеральний стент та 13 хворим попередньо встановлена перкутанна нефростома.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 61 (75,3%) пацієнта методом ЧШНЛ вдалося повністю звільнити нирку від каменів: у 49 хворих – з одного доступу, у 11 хворих – з двох доступів, у 1 хворого – з трьох доступів. У 20 (24,7%) випадках спостерігалися резидуальні

фрагменти розміром від 0,6 до 1,5 см як в нирці, так і в сечоводі. 13 (16,0%) хворим було застосовано ЕУХЛ залишкових фрагментів нижньої та верхньої чашечок нирки та фрагментів сечоводу з досягненням повного звільнення нирки від фрагментів. Ефективність комбінованого лікування методом черезшкірної нефролітотрипсії та ЕУХЛ становить 91,3%. Інтраопераційні ускладнення спостерігалися у 4 (4,9%) пацієнтів: 1 – перфорація нирки при доступі через верхню чашку; 3 – кровотеча під час операції > 500 мл. Післяопераційні ускладнення спостерігалися у 4 (4,9%) пацієнтів: 1 – кровотеча з нефростоми в ранньому післяопераційному періоді; 1 – субкапсулярна гематома 5x2 см; 1 – кровотечі з нефростоми в пізнньому післяопераційному періоді, які потребували переливання еритроцитарної маси та кровозамінників, 1 – паранефральна гематома 5x8 см в поєднанні з субкапсулярною гематомою 0,7x2,5 см.

ВИСНОВКИ

1. Черезшкірна нефролітотрипсія конкриментів єдиної (одинокофункціонуючої) нирки є ефективним і малотравматичним методом лікування.

2. Ефективність черезшкірної нефролітотрипсії становить 75,3% як монотерапії при конкриментах єдиної (одинокофункціонуючої) нирки та 91,3% при поєднанні її з ЕУХЛ.

3. Своєчасне застосування черезшкірної нефролітотрипсії дозволяє уникнути важких ускладнень сечокам'яної хвороби єдиної (одинокофункціонуючої) нирки та травматичних хірургічних втручань.

НАШ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КОНТАКТНИХ МЕТОДІВ ДРОБЛЕННЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З НЕФРОЛІТАЗОМ

*А. Ц. Боржієвський¹, Р.З. Шеремета², Ю.Б. Борис¹, А.З. Журавчак², В.В. Дмитрієнко¹,
О.Е. Личковський¹, Р.І. Паюк², О.І. Слабий¹, О.Б. Волошинський², Ц.К. Боржієвський¹*

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького¹
Львівська обласна клінічна лікарня²*

Сечокам'яна хвороба є одним з найпоширеніших урологічних захворювань в усьому світі і на Україні. Розвиток технічних можливостей і створення нового медичного обладнання змінили підхід до лікування сечо-кам'яної хвороби.

Мета дослідження: проаналізувати та покращити результати лікування хворих на нефролітіаз методом ЧШНЛ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період з липня 1998 по липень 2013 р. проведено 2981 черезшкірну нефролітотрипсію у 2756 хворих віком від 4 до 83 років, серед них чоловіків було 1335 (49,1%), жінок – 1421 (50,9%). Двобічний нефролітіаз – у 302 (11%) хворих. Камені в аномальній нирці спостерігалися у 124 (4,5%) пацієнтів, камені одино-кофункціонуючої нирки були у 81 (2,9%) хворого, рецидивний у 997 (36,2%) випадках. Коралоподібний нефролітіаз I ступеня зустрічався у 346 (12,5%) хворих, II ступеня – 467 (17%), III ступеня – 405 (14,7%) хворих. Камені миски були у 1118 (40,5%) хворих, камені ча-

шечки – у 178 (6,5%), множинні камені нирки – у 242 (8,8%) хворих.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При двобічному нефролітіазі 223 (8%) хворим проведено ЧШНЛ з одного боку; 48 (1,7%) пацієнтів прооперовано з обох сторін; у 31 (1,1%) випадку проведена одночасна двобічна ЧШНЛ. Методом ЧШНЛ 2348 (85,2%) хворих були повністю звільнені від каменів. 408 (14,8%) пацієнтом було проведено ЕУХЛ залишкових фрагментів. У 339 (12,3%) випадках після ЕУХЛ нирка була повністю звільнена від каменів. Середня крововтрата під час операції становила 250–300 мл, 52 (1,9%) хворих після операції потребували гемотрансфузії. Летальність склала 0,2%.

ВИСНОВКИ

1. ЧШНЛ є високоефективним та малоінвазивним методом лікування хворих нефролітіазом. Ефективність ЧШНЛ, як монолікування, становить 85,2%.

2. Комбінації ЧШНЛ і ЕУХЛ підвищують ефективність лікування і становлять 97,5%.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК ПІСЛЯ ВІДКРИТИХ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ МАЛИХ НИРКОВИХ НОВОУТВОРЕНЬ

В.М. Григоренко, Р.О. Данилець, Л.В. Перета, А.В. Бардин

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Рак нирки (РН) – найбільш поширенна солідна пухлина і знаходиться на 13-му місці серед онкологічної патології. Захворюваність РН в усьому світі впродовж останніх 50 років по-

стійно зростає на 2–4% щороку, що перевищує такий же показник для інших злюкісних пухлин. Станом на 2011 р. в Україні виявлено 5692 нових випадків РН, захворюваність склала

11,6 (український стандарт) на 100 тис. населення (ч/ж – 16,7/8,3), померли 2409 осіб.

Малі ниркові новоутворення (small renal masses – SRM) – це, здебільшого, асимптомні тканинні утвори, розмірами до 4 см з непідтвердженою злюкіністю, які повинні бути верифіковані за допомогою мінімум 2 променевих методів дослідження. Частка SRM серед усіх випадків виявленого РН складає від 48,0 до 66,0%. У 2012 р. в Україні 51,5% хворих, у яких патологія була виявлена вперше, мали стадії I–II (згідно з TNM). Таким хворим необхідно застосовувати органозберігаючі методики лікування. Оперативна тактика при виявленні РН, в тому числі SRM, визначається в кожному випадку індивідуально.

Окрім загальноприйнятої класифікації TNM, для передбачення інтраопераційних ускладнень, прогнозу віддалених результатів використовуються шкали PADUA та R.E.N.A.L. Nephrometry Scoring System (вважається більш інформативною).

Метою роботи було порівняння оцінки функціонального стану нирок після лапароскопічної та відкритої методик хірургічного лікування з приводу SRM.

За період з травня 2012 до червня 2013 року прооперовано 141 хворого на РН: 71 виконано органозберігаючу операцію та 70 – нефректомію, із них 32 – лапароскопічно, тобто, частина хворих з SRM склала 50,4%.

У дослідницьку групу було включено 46 пацієнтів із SRM. Середній вік хворих становив $56,0 \pm 1,7$ року (26–77). Серед них чоловіків було 24 (52,2%), жінок – 22 (47,8%). 27 (58,70 %) захворювань було діагностовано випадково, під час УЗ-обстежень, а 39 (6,5%) випадки – під час КТ, яку проводили з приводу патології інших органів, 16 (34,8%) осіб – мали симптоми захворювання (болі в попереку. Всі хворі були обстеженні згідно з клінічними рекомендаціями, з урахуванням класифікації TNM та шкали R.E.N.A.L. Найменший розмір новоутворення у паренхімі нирок був 1,89 см.

Відкрита резекція нирки з новоутворенням проведена 33 хворим, лапароскопічна – 13. Середній період спостереження хворих становив $7,5 \pm 3,5$ міс. За даними патогістологічного дослідження у 32 (69,6%) хворих виявлено світлоклітинний рак; у 8 (17,4%) – папілярний та хромофобний, у 6 (13,0 %) – умовно-доброкісні пухлини (онкоцитома, антіоміоліпома).

Середній час теплової ішемії становив 8 хв. 40 сек. (5–17 хв.) при відкритій резекції нирки з новоутворенням, а при використанні лапароскопічної методики – 13 хв. 50 сек. (10–23 хв.). При новоутвореннях з низькою очікуваною складністю виконання оперативного втручання (за шкалою R.E.N.A.L.) використовувалась зеро-ішемія, всього таких операцій проведено 8 (17,39%), із них 3 (6,52%) – лапароскопічні органозберігаючі операції, 5 (10,87%) – відкриті.

Середній ліжко-день склав 12 днів, із них до операції – 3, після – 6 днів. У хворих не було виявлено жодного випадку ускладнень.

Середній період спостереження хворих становив $7,5 \pm 3,5$ міс. За час спостереження рецидивів або поширення РН виявлено не було

До операції та ранньому (до 10 днів) і пізньому післяопераційному періоді (через 1, 3 та 6 міс.) хворим проведено обстеження для визначення функціонального стану як враженої, так і здорової нирки. Враховувалися анамнестичні дані (наявність супутніх захворювань – цукровий діабет, ішемічна хвороба нирок, артеріальна гіpertenzія, захворювання сполучної тканини), загальноклінічні лабораторні аналізи, УЗД з доплерівським скануванням нирок, реносцинтіграфія (РСГ).

При динамічному спостереженні, за даними УЗД, покращився паренхіматозний кровоплин в прооперованій нирці, в першу чергу в тому сегменті, де було виявлено новоутворення, що в подальшому впливало і на нормалізацію доплерографічних показників у стовбуровій артерії. Поліпшення кровообігу було відмічене також і в контраплатеральній нирці.

Таким чином, проведені дослідження (загальноклінічні аналізи, УЗД, СКТ/МРТ) вказують на покращення функціонального стану нирки після виконання її резекції з приводу пухлини. Встановлено, що незважаючи на різний середній час теплової ішемії, немає достовірної різниці у швидкості відновлення паренхіматозного кровопліну в прооперованій нирці залежно від методики органозберігаючого оперативного лікування з приводу SRM. Усі хворі з SRM повинні підлягати хірургічному лікуванню, окільки у 86,9% випадках виявляються злюкісні процеси та погіршують паренхіматозний кровоплин обох нирок, у тому числі і доброкісні новоутворення.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ОБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А.А. Губарь, В.И. Бачурин, Г.В. Бачурин

Запорожский государственный медицинский университет

Распространенность бессимптомной бактериурии в популяции беременных составляет 6–26%. Наиболее частым уропатогеном у беременных остается *E. Coli* (около 80%), *Klebsiellaspp*, о чем свидетельствует высокая частота (27,4%) развития бактериотоксического шока у пациенток с ГП.

На базе КПКБЭ и СМП г. Запорожья за 2010–2012 годы выполнено 29 УРС беременным, которые в 16 наблюдениях завершились КЛТ/уретеролитоэкстракцией, в разных отделах мочеточника. УРС и КЛТ являлись первой линией вмешательства при уретеролитиазе у беременных. Дробление осуществлялось пневматическим литотриптором. Обезболивание – внут-

ренний наркоз, спинальная или эпидуральная анестезия.

По срокам беременности распределение пациенток следующее: в I триместре – 7 (24,2%), во II – 14 (48,4%), в III – 8 (27,3%). Камни мочеточников выявлены у 16 (56%) пациенток: в нижней трети у 8 (51,4%), в средней трети у 3 (18,9%), в верхней трети у 5 (29,7%). Нарушение оттока мочи из почки за счет сдавления мочеточника увеличенной маткой наблюдалось у 13 (44%) беременных.

Применение УРС позволяет достоверно установить причину обструкции мочеточника у беременных, выполнением КЛТ восстановить пассаж мочи, без длительной антибактериальной терапии.

ПЕРШИЙ ДОСВІД МІНІЧЕРЕЗШКІРНОЇ НЕФРОЛІТОТРИПСІЇ

А.З. Журавчак, М.Д. Дячук

ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ

Черезшкірна нефролітотрипсія (ЧШНЛ) є значним кроком вперед порівняно з відкритими оперативними втручаннями при сечокам'яній хворобі (СКХ). Проте використання доступу Fr 26–30 пов’язано з операційним ризиком крововтрати у зв’язку з травмою нирки. Це обумовило потребу у розвитку та пошуку менш травматичного доступу до нирки. Термін «мінічерезшкірна нефролітотрипсія» (МЧШНЛ), був впроваджений Lahme в Німеччині у 2001 році. Проте, вперше МЧШНЛ з доступом 12–18 Fr виконано ще у 1997 році.

Мета дослідження. Проаналізувати результати лікування хворих на камені нирок методом МЧШНЛ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідження увійшли 20 пацієнтів з СКХ. Пацієнтам була виконана МЧШНЛ. Ме-

тодика оперативного втручання була наступною: під УЗД та рентген контролем після катетеризації сечоводу, в положенні на животі, проводилась пункция порожнистої системи нирки через нижню, середню, а в окремих випадках і верхню чашку. Під рентгенологічним контролем по струні виконувалось бужування доступу та встановлювався амплац нефроскопа. Нефроскоп проводився в порожниstu систему нирки, після чого візуалізований конкремент дробився за допомогою лазерного волокна та дрібними шматками вимивався з током рідини з порожнистої системи за рахунок гідродинамічного ефекту без підвищення інтрауренального тиску. В деяких випадках фрагменти конкремента видалялися щипцями. Після видалення конкременів проводився рентген контроль на наявність залишкових фрагментів. У порожниstu систему встановлювався нефростомічний дренаж 12Ch. Необхідність постановки нефростомічного дrena-

жу пов'язана з відсутністю реєстрації необхідного желатинового та протромбінового компоненту для тампонади нефростомічного ходу.

Середній вік пацієнтів склав 41 рік. Мінімальний вік 21 рік, максимальний 68 років. Усі пацієнти були обстежені згідно зі стандартами, в деяких випадках хворим булла показана комп'ютерна томографія. Середній розмір конкрементів склав 1,4 см. Мінімальний розмір – 0,8 см, максимальний – 2,4 см. У більшої частини хворих конкременти були рецидивні, або резидуальні, після проведеної відкритої піелолітотомії, ЧШНЛ, або ЕУХЛ. У чотирьох пацієнтів мала місце обструкція на рівні піелоуретерального сегмента.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з отриманими даними, середня тривалість оперативного втручання склала 70 хвилин, інтраопераційна крововтрата не перевищувала 100 мл. У 85% всіх прооперованих хворих, видалення катетера Фолея, сечовідного катетера та нефростомічного дренажу виконувалось через добу після операції, в (15%) випадків видалення останніх відбувалося через дві доби. Середній час перебування у стаціонарі 1,2 доби. У ряді випадків були виявлені в післяоперацій-

ному періоді ускладнення: болі по типу ниркової коліки – 20%, загострення піелонефриту – 10%. В 10% випадків було встановлено стент в ранньому п/о періоді, в 20% випадків на контрольному УЗД та оглядовій урографії відмічались залишкові дрібні фрагменти до 0,3–0,4 см, що не потребували додаткових втручань та відходили самостійно.

ВИСНОВКИ

Методика МЧШНЛ має ряд переваг: короткий період перебування в стаціонарі, беспечність проведення втручання, мала інтраопераційна та післяопераційна крововтрата, краща візуалізація операційного поля, можливість швидкого видалення катетера з сечового міхура, нефростоми та сечовідного катетера. Можливість проведення втручання хворим з важкою супутнією патологією, а також майже повна відсутність бальового синдрому.

Особливостями методу є доволі тривалий час проведення оперативного втручання, необхідність досвіду проведення ЧШНЛ та високий фах хірургів, у ряді випадків необхідність встановлення стента в післяопераційному періоді.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У БОЛЬНЫХ ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ

С.Н. Завгородний, В.И. Бачурин, А.Б. Унгурян, А.И. Передерий,
Г.В. Бачурин, Б.Е. Барковский, А.А. Попович

КП «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи»
Запорожский государственный медицинский университет

Клинически почечная форма первичного гиперпаратиреоидизма (ПГПТ) проявляется мочекаменной болезнью, причем наиболее тяжелыми ее видами: двухсторонним и рецидивным камнеобразованием, камневыделением, возникновением коралловидных камней.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом является результат обследования 123 пациентов, госпитализированных в эндурологическое отделение с диагнозом МКБ. Все больные были разделены на две группы. I группа больных (84), у которых показатели

паратгормона и кальцитонина были в пределах нормы. II группа (39) пациентов, показатели паратгормона и кальцитонина значительно превышали норму.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В I группе больных из 84 человек, клинические признаки гиперкальциемии (паратгормон и кальцитонин в пределах нормы) наблюдались у 16 больных (19%). Во II группе больных, из 39 человек, выраженные клинические признаки гиперкальциемии (паратгормон и кальцитонин значительно превышают норму) наблюдались у 28 человек (72%).

ВЫВОДЫ

Повышение показателей паратгормона и кальцитонина способствуют более тяжелому

течению МКБ у больных и требует особой коррекции в стадии реабилитации.

ЗНАЧЕННЯ МЕТОДІВ БІОЛОГІЧНОГО ЗВОРОТНОГО ЗВ'ЯЗКУ В ДІАГНОСТИЦІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ М'ЯЗІВ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА

Ф.І. Костєв, Ю.М. Дехтяр

Одесський національний медичний університет

Метою дослідження було вивчити можливості корекції адаптаційних можливостей сечового міхура (СМ) у хворих з гіперактивним сечовим міхуром (ГАСМ) методом біологічного зворотного зв'язку (БОЗ) в поєднанні з тригерною електростимуляцією м'язів тазового дна (ETS).

Обстежено 117 хворих. Усі – жінки з симптомами нижніх сечових шляхів, що відповідали критеріям діагностики Міжнародного товариства з утримання сечі для ГАСМ. Отримані дані були зіставлені з даними в контрольній групі (11 здорових жінок). Після аналізу вихідних показників електричної активності м'язів сфинктерного апарату тазових органів, серед обстежених була сформована група лікування (51 хвора), яким в якості лікування був запропонований метод біологічного зворотного зв'язку в поєднанні з ETS. Динаміку змін показників електроміографії (ЕМГ) відстежували на 2-канальному комп'ютерному електроміографі «NeuroTrac MyoPlus4» в умовах фізіологічного формування позиву до сечовипускання і при стимуляції позиву зовнішнім тиском і за створення умов емоційного стресу зі специфічним «сечовим» компонентом. При аналізі даних міографії отримані наступні результати: показники м'язової роботи тазових сфинктерів покращи-

лися вже через 2 тижні у 52% хворих, через 4 тижні показники ЕМГ покращилися у 61% хворих, а до 15-го заняття прогрес в якості м'язової роботи зафікований у 68% хворих ($p < 0,05$). При аналізі отриманих клінічних даних став очевидним вплив терапії БОЗ як на симптоми гіперактивності сечового міхура, так і на стан тазового дна.

Таким чином, патогенетична дія терапії методу БОЗ-терапії в поєднанні з ЕМГ-тригерною електростимуляцією м'язів тазового дна в лікуванні функціональних порушень нижніх сечових шляхів при ГАСМ полягає в позитивній динаміці інтенсивності дизурічних симптомів, а також в покращенні показників ефективності сечовипускання (усунення залишкової сечі, вираженому збільшенні середнього ефективного об'єму сечового міхура і коефіцієнту ефективності сечовипускання), що вказує на оптимізацію резервуарно-евакуаторної функції сечового міхура, регулюючий вплив на тонус дetrузора і замикального апарату шийки сечового міхура. Ефективність методу склала 74,5%. Метод є малоінвазивним, безпечним і висококомплектним, тому може бути рекомендований в якості терапії першої лінії в лікуванні гіперактивного сечового міхура.

ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ РЕГУЛЯЦІЇ І КРОВООБІГУ СЕЧОВОГО МІХУРА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРАКТИВНИМ СЕЧОВИМ МІХУРОМ (ГАСМ) МЕТОДОМ ГАРМОНІЧНОГО АНАЛІЗУ БІОІМПЕДАНСА

Ф.І. Костєв, Ю.М. Дехтяр

Одеський національний медичний університет

Метою дослідження було оцінити стан регіонарної активності вегетативної нервової системи і кровообігу сечового міхура (СМ) у пацієнтів з ГАСМ, використовуючи новий метод гармонійного аналізу мікроваріацій біоімпеданса.

Кількісну оцінку стану кровопостачання стінки СМ і його нейрогенної активності в різni періоди функціональної активності СМ здiйснювали оригiнальним комп'ютерно-реографічним комплексом «РеоКом» (м. Харкiв) з використанням швидкого Фур'є-перетворення i представляли як залежнiсть амплiтуди перiодичної складової бiоiмпеданса вiд частоти цiєї складової.

Основну групу склали 12 жiнок з iдiопатичним ГАСМ. Отiманi данi були зiставленi з даними в контрольнiй групi (5 здорових жiнок). Дослiдженням встановлено, що у соматично здорових жiнок реакцiю на фiзiологiчне наповнення СМ з поступовим формуванням позиuv до сечовипускання є зниження потужностi першої серцевої гармонiки бiоiмпеданса, що вказує на збiдення кровопостачання його стiнки. Одночасно збiльшувалася потужнiсть низькочастотного пiку Майєра, що вiдображає активнiсть симпатичних регуляторних впливiв, i зменшувалася потужнiсть респiраторного пiку (iмовiрно характеризує парасимпатичну активнiсть). При спорожненнi СМ вiдзначали зменшення потуж-

ностi пiку Майєра i зростання респiраторного пiку. У 67% пацiєントk з ГАСМ виявленo злети рухової активностi рiзної частотi i амплiтуди, a також малi варiацiї бiоiмпеданса, що вiдображають стационарну активнiсть у зв'язку з пульсовоими коливаннями артерiального тиску i мiкроваріацiями нейрогенного генезу, що iмовiрно, вiдповiдали мимовiльним скороченням детрузора, що може бути характерною ознакою гiперактивностi СМ. При початковому зниженному кровопостачаннi (оцiненному за кардiальнiм пiком), наповнення СМ супроводжувалося подальшим зниженням кардiального пiку, вiдбиваючим щe бiльше погiршення його кровопостачання, та залишалося стiйко зниженим пiсля спорожненнi СМ. Змiна потужностi низькочастотного i респiраторного пiкiв piд час iнфузiйної цистометрiї може свiдчити про пiдвищення симпатичної активацiї для забезпечення адаптацiї при iнтенсивному по-зiвi до сечовипускання.

Таким чином, гармонiйний аналiз мiкроваріацiй бiоiмпеданса СМ дозволяє оцiнювати iндiвiдуальнi особливостi нейрогенної активностi СМ i стан регiонарного кровообiгу. У частини хворих ГАСМ (67%) виникає дисбаланс вегетативних регуляторних механiзмiв при наповненнi сечового мiхура, така дисфункция має чiтке пiдтвердження результатами проведеноого дослiдження.

БАКТЕРИУРИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ДГПЖ

В.В. Кузнецов, Л.Г. Мирзоян

1-я городская больница им. Пирогова, г. Севастополь

Инфекционно-воспалительные осложнения (ИВО) при оперативных вмешательствах на предстательной железе существенно увеличива-

ют длительность пребывания больного в стационаре и ведут к увеличению затрат на лечение. Наличие бактериурии и постоянного катетера

является фактором риска развития ИВО. Анализ микробного пейзажа больных поступающих с бактериурой и постоянным катетером значительно облегчит ведение такой группы пациентов. Причина возникновения осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) чаще всего связана с наличием и обострением хронического инфекционного процесса мочевыводящих путей, особенно на фоне дренирования мочевого пузыря уретральным катетером по поводу задержки мочи. Основной проблемой последних лет является широкое распространение резистентных форм патогенных микроорганизмов и снижение эффективности ряда антибиотиков.

Цель исследования: оценка наличия и характера бактериурии у пациентов госпитализированных по поводу ДГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В урологическом отделении 1-й городской больницы Севастополя проведено исследование возбудителей инфекций мочевыводящих путей у 75 пациентов с ДГПЖ, госпитализированных по срочным показаниям для оперированного лечения с клиникой острой задержки мочи. Средний возраст пациентов – $67,3 \pm 8,1$ лет. Длительность основного заболевания 5,3 года. У 5 (7%) больных в течение последних 3 месяцев была ОЗМ с катетеризацией мочевого пузыря, 4 (5%) пациента поступили с установленным катетером; средняя длительность катетеризации составляла 4,7 дня до госпитализации.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При микробиологическом исследовании мочи больных с ДГПЖ бактериурия диагнос-

тирована у 12 (16%), у 11 – штаммы были идентифицированы, в одном случае посев был отрицательный. В 10 случаях выделена монокультура – чаще грамотрицательная группа бактерий: *Escherichia coli* 5 (42%) пациентов, *Proteus* spp – 1, *Klebsiella* spp. – 1. Грамположительные бактерии наблюдались в 25% случаев: *Enterococcus* spp. – 2, *Staphylococcus* spp. – 1. В микробной ассоциации – *Escherichia coli*+*Proteus*.

При анализе резистентности штаммов кишечной палочки отмечена устойчивость к цефазолину и цефотаксиму 25%, к цефтриаксону 12,5%, к ампициллину и офлоксацину в пределах 17%, а к гентамицину 9%. Это объясняется ограниченным применением препарата в течение последних 5–10 лет. Не отмечено резистентности к цефоперазону, имипенему и фосфомицину. Учитывая, что для антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии рекомендуется использование препаратов, уровень резистентности которых не превышает 15–20%, считаем невозможным применение для этих целей цефалоспоринов 1-го и 2-го поколений.

ВЫВОДЫ

В этиологической структуре инфекций мочевых путей основными возбудителями являются грамотрицательные бактерии. Ведущим фактором риска развития ИВО у больных с ДГПЖ является инфекция мочевыводящих путей. Знание структуры возбудителей помогает оптимизировать выбор антимикробных препаратов для антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии. Цефалоспорины 3-го поколения сохраняют высокую активность против кишечной палочки и могут назначаться при эмпирической терапии. При выборе антимикробных препаратов необходимо учитывать показатели резистентности.

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ДОВГОТРИВАЛОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ (ДГПЗ) ПРЕПАРАТОМ АВОДАРТ У ХВОРИХ З ОНКОРИЗИКОМ

Ю.І. Кушнірук, В.А. Ярош, В.В. Сорока

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, м. Київ

З появою новых препаратів для лікування ДГПЗ популярність медикаментозної терапії по-

стійно зростає (Д.Ю. Пушкар і співавт., 2010, С.П. Пасєчніков, 2010; Ю.І. Кушнірук і співавт.,

2011). В останньому 10-річчі багатообіцяюча виявилась довготривала терапія ДГПЗ подвійним блокатором 5- α -редуктази аводартом (дугастерідом), який зменшував симптоматику і ризики гострої затримки сечовипускання (ГЗС), оперативних втручань (ОВ) і розвитку раку передміхурової залози (РПЗ) (C.G. Roehrborn et al., 2010; F.H. Schroder, M.Y. Roobol, 2010). Особливо важливою виявилась можливість попередження або зниження аводартом ризику РПЗ (REDUCE Study Group, G.L. Andriole et al., 2010), однак частота розвитку і особливості ранньої діагностики агресивного раку в процесі довготривалого лікування ДГПЗ залишаються дискуtabельними по сьогоднішній день (P.C. Walsh, 2010, Ю.І. Кушнірук, 2012).

Мета дослідження. Оцінити клінічні результати 4-річної комбінованої (з омніком) і монотерапії ДГПЗ аводартом у хворих з онкоризиком для покращення виявлення біопсійного і агресивного РПЗ з можливістю максимального уникнення повторних непотрібних біопсій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідження включено 114 хворих з середньою та вираженою симптоматикою ДГПЗ віком від 50 до 96 років. Сумарний бал по шкалі IPSS становив 9–25 балів, показник якості життя (QOL)>3, максимальна швидкість струменя сечі (Q_{\max}) 4–15 мл/сек, залишковою сечею до 150 мл, об'ємом передміхурової залози ($V_{\text{пз}}$) 35–186 см³, рівнем загального PSA (PSA total) 2,5–10,0 нг/мл, коефіцієнтом вільного PSA (PSAKf/t) 6,5%–76% з від'ємною біопсією простати (БП) протягом останніх 6 місяців. Критеріями виключення були передуючі операції на простаті і уретрі, ГЗС в анамнезі, наявність абсолютних показань для оперативного лікування ДГПЗ. Включені пацієнти щоденно приймали аводарт по 0,5 мг протягом 4 років у вигляді комбінованої з омніком по 0,4 мг (1-ша група – 61 пацієнт) і монотерапії (2-га група – 53 пацієнти). Контрольні обстеження проводили через 1, 3, а в подальшому – кожні 6 місяців і в кінці лікування. Визначали сумарний бал симптоматики IPSS показник QOL, Q_{\max} , $V_{\text{пз}}$, ЗС, PSA total Kf/t; по показаннях загальний тестостерон (Т), дігідро-тестостерон (ДГТ), естрадіол (Е), проводили ТРУЗД простати (щорічно), МРТ органів таза і спектроскопію (по показаннях). Клінічні результати оцінювали по відсотках клінічного прогресування (КП) ДГПЗ, ГЗС, ОВ, росту РПЗ і окремо агресивного раку з 7–10 балами за Глісо-

ном. Безпечності терапії визначали відсотками небажаних явищ (НЯ), зареєстрованих під час лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 89 (78,1%) пацієнтів спостерігалось типове для аводарту зниження загального PSA до 50% базового рівня протягом перших 3 місяців без суттєвих змін Kf/t в межах 17%–76% з утриманням таких показників до кінця лікування. У 25 (21,9%) інших хворих зафіковані нетипові для аводарту різні підвищення базового PSA у вигляді подвоєння або річного приросту >0,7 нг/мл різкого збільшення з наступним поступовим зменшенням, які майже не відрізнялись в 1-й (21,3%) і 2-й (22,6%) групах. 34 пацієнтам (30%) з будь-якими підвищеними загальним PSA, які поєднувались навіть з однократним низьким Kf/t у межах 6,5%–20% і наявністю гіпоехогених ділянок проведена трансректальна мультифокальна біопсія. Позитивні біопсії отримані у 9 (7,9%) хворих, з яких РПЗ – у 5 (4,4%) і ПН високого ступеня – у 4 (3,5%). З 5 пацієнтів з РПЗ у 3 верифіковані аденокарциноми з 6 балами за Глісоном і у 2 – агресивний рак з 8 балами. Низькі Kf/t до (15%) однократно фіксувались у 19,5% хворих з ДГПЗ, у 50% – з ПН і 83,3% з РПЗ. КП із збільшенням $V_{\text{пз}}$ і сумарного балу IPSS спостерігалось у 21 (18,4%) пацієнтів, у решти хворих об'єм простати зменшився в межах 12–35% за весь період лікування. ГЗС наступила у 3 (2,6%), необхідність ОВ – у 4 (3,5%). НЯ, переважно у вигляді сексуальних розладів, гінекомастії, мастальгії, незначного запаморочення були значно більшими в 1-й групі (21,2%) проти 13,4% в 2-й групі ($p<0,05$).

ВИСНОВКИ

Довготривала комбінована (з омніком) або монотерапія ДГПЗ аводартом є достатньою ефективною і безпечною у пацієнтів з середньоважкими симптомами ДГПЗ і онкоризиком при підвищених рівнях PSA в межах 2,5–10,0 нг/мл при від'ємній базовій БП. У процесі 4-річної терапії аводартом РПЗ був діагностований, в основному, при повторних біопсіях як TicNoMo у 4,4% пацієнтів, причому агресивний рак зустрічався рідше (1,8%) помірнодиференційованих аденокарцином (2,6%) з 6 балами за Глісоном. Повторні біопсії показані при будь-яких підвищених рівнях загального PSA, разових, в т.ч. базових, низьких K f/t у поєднанні з типовими для РПЗ змінами при спектроскопії, МРТ, і ТРУЗД простати.

КЛІНІЧНІ ПЕРЕВАГИ УРОРЕКА (СІЛОДОЗІНА) ПРИ ЛІКУВАННІ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Ю.І. Кушнірук, В.А. Ярош

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, м. Київ

Висока розповсюдженість доброкісної гіперплазії простатичної залози (ДГПЗ) і недоволеність результатами її інвазивного лікування обумовлюють актуальність раціональної фармакотерапії пацієнтів з ДГПЗ (С.П. Пасечніков, 2010; Ch. Chappie. 2010). Згідно з рекомендаціями ЄАУ і результатів опитування спеціалістів (В. Шадеркіна, 2012) препаратами вибору, які найчастіше призначаються хворим, залишаються альфа-адреноблокатори, проте клінічні переваги їх продовжують інтенсивно вивчатись (Д.Ю. Пушкар, 2012).

Мета дослідження. Вивчити ефективність, клінічні переваги і безпечності нового уролектичного альфа-адреноблокатора урорека (сілодозіна) в лікуванні симптоматичної ДГПЗ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідження включено 27 хворих з ДГПЗ у віці 61–87 років з сумарним балом IPSS від 9 до 26, індексом якості життя (QOL), більше 3, максимальною швидкістю струменя сечі (Q_{max}) в межах 5,0–11,5 мл/сек залишковою сечею (ЗС) менше 150 мл, об'ємом простати (V_{pro}) 29–72 см³, рівнем ПСА 0,5–6,5 мг/мл, негативно біопсією у 3 хворих з підозрою на рак. Критеріями виключення служили передуючі операції на простаті і уретрі, гостра затримка сечі (ГЗС) в анамнезі, наявність 1 із 5 абсолютних показань для простатектомії. Включені пацієнти щоденно приймали урорек по 8 мг, протягом 12 тижнів, після чого їм проведено контрольні дослідження згідно з протоколом. Критеріями ефективності лікування служили зміни бала IPSS взагалі і окремо частоти сечовипускання, ніктурії і почуття неповного випорожнення сечового міхура, а також Q_{max} , ЗС, V_{pro} і рівня ПСА. Критеріями безпечності препарату була частота не-

бажаних явищ (НЯ), їх вираженість і необхідність відміни лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Позитивний ефект, який проявляється швидким зменшенням частоти сечовипускання, ніктурії і почуття неповного випорожнення сечового міхура спостерігався у 23 з 27 (85,2%) пацієнтів. Кількість хворих з 50% зниженням балу IPSS і ніктурії досягла 20 (74,1%), завдяки чому значно покращувалась якість життя. Сумарний бал IPSS в кінці лікування зменшився з $17,9 \pm 1,5$ до $8,5 \pm 1,1$, а Q_{max} навпаки збільшився з $8,1 \pm 0,7$ мл/сек до $10,6 \pm 0,8$ мл/сек. Залишкова сеча зникла у всіх хворих з позитивним ефектом. Рівень ПСА після лікування суттєво не мінявся, а V_{pro} зменшився у 3 пацієнтів (11,1%).

Небажані явища, пов’язані з прийомом урорека, спостерігались у 5 (18,5 %) пацієнтів, причому у 2 із них (різка ортостатична гіпотензія – 1 і виражена назальна конгестія – 1) вони були причиною відміни препарату. Крім названих, зареєстровано порушення еякуляції і оргазму – 1, легке запоморочення і алергія на препарат – по 1 випадку.

ВИСНОВКИ

Урорек є новим високоефективним альфа-адреноблокатором, який швидко зменшує симптоми нижніх сечовивідних шляхів, селективно впиваючи на частоту сечовипускання, ніктурію і почуття неповного випорожнення сечового міхура. Профіль безпечності препарату в реальній клінічній практиці не перевищує такого в плацебо-контрольованих дослідженнях, однак зафіковані небажані явища у вигляді ортостатичної гіпотензії і назальної конгестії потребують уваги лікарів на початку лікування.

ВІДТВОРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ПРОСТАТИТУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

A.I. Мисак, В.Я. Хорош

Тернопільський державний медичний університет

Відтворення хронічного простатиту (ХП) займає важливе місце як у вирішенні завдань розробки інформативних методів діагностики, так і високоефективного лікування.

Патологічний процес у вигляді ХП моделювали на самцях білих щурів. Останніх кастрували з одночасним підшкірним введенням упродовж 21 доби ампульного тестостерону в дозі 0,1 мг/кг із додатковим підшкірним введенням стандартизованого токсичного водного екстракту термічно денатурованої кріоліофілізованої шкіри свині (двічі з інтервалом у 3 дні підшкірно вводили у дозі 1 мл/кг). Подрібнену ксеношкіру попередньо витримували при 350 °C впродовж 90 хв. Токсичну субстанцію отримували екстрагуванням у воді амінів, утворених в результаті декарбоксилювання α-амінокислот і руйнування внаслідок високотемпературної обробки всіх пептидних зв'язків білкових

макромолекул з наступною стандартизацією за вмістом амінів до рівня 10 г/л.

Факт відтворення моделі ХП підтверджений показниками поляризованої флюоресценції кристалів соку, а після виведення тварини з експерименту на простатит вказували результати патоморфологічних досліджень

У всіх випадках виявляли типові для хронічного запалення зміни в структурі передміхурової залози з проявами запального процесу.

Вживання термоденатурованого токсичного субстрату ксеногенної шкіри як індуктора ХП забезпечує високу відтворюваність і стандартизацію моделі модельованого патологічного процесу. Особливості поляризованої флюоресценції компонентів соку передміхурової залози є високоінформативним тестом структурно функціонального стану залози, і можуть бути використані як його клініко-діагностичний і прогностичний критерій.

СОВРЕМЕННАЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О.Д. Никитин¹, Л.Н. Малолетний²

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца¹
Александровская городская клиническая больница, г. Киев²

Периоперационная анальгезия является одним из важнейших компонентов в системе общей интенсивной терапии хирургического больного.

В большинстве стран Европы широко распространено назначение внутривенного парацетамола в качестве препарата выбора в послеоперационном периоде для всех пациентов, которые не получают местные анестетики.

Цель работы: изучить эффективность послеоперационной анальгезии урологических больных на основании разработки схемы применения парацетамола (инфулгана) для купирования острой послеоперационной боли различной степени выраженности.

Больные были разделены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, характеру выполненных операций и сопутствующей соматической патологии: основную (30 пациентов) и группу сравнения (30 больных). В основной группе (ОГ) 15 пациентов перенесли плановую простатэктомию по поводу доброкачественной гиперплазии простаты, а 15 – ургентное оперативное вмешательство по поводу острого гнойного калькулезного пиелонефрита: 9 больных – пиелолитонефростомию, 4 – нефрэктомию и 2 – вскрытие и дренирование абсцесса почки.

В группе сравнения (ГС) 14 пациентам произведена простатэктомия, 8 – пиелолитонефростомия, 5 – нефрэктомия, 3 – вскрытие и дренирование абсцесса почки.

В основной группе больным за полчаса до завершения оперативного вмешательства под общей или эпидуральной анестезией внутривенно вводили 1 г инфулгана, в последующем аналгезию проводили его введением через 4 часа на протяжении 72 часов. Общая суточная доза внутривенно введенного парацетамола составила 4 г. В группе сравнения после операции больным обеспечивали продленную аналгезию наркотическими анальгетиками с использованием традиционных анальгетических средств. Проводилась оценка времени наступления достаточного анальгетического эффекта.

Качество послеоперационной анестезии, оцениваемое по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), выявило следующие особенности: на момент начала аналгезии в раннем послеоперационном периоде интенсивность боли в обеих группах достоверно не различалась: $16,8 \pm 0,7$ (покой), $19,4 \pm 0,8$ (движение) – ОГ и $16,7 \pm 0,9$ (покой), $19,1 \pm 0,8$ (движение) – ГС. Через 15 мин. после начала аналгезии динамика нивелирования болевого синдрома в обеих группах остается сходной и не имеет достоверных отличий: $15,8 \pm 0,5$ (покой) и $18,4 \pm 0,6$ (движение) – ОГ, $16,1 \pm 0,8$ (покой) и $19,1 \pm 0,7$ (движение) – ГС. При сравнении качества аналгезии через 45 мин. после начала ее проведения отмечено достоверное отличие показателей интенсивности боли при активном движении: $11,4 \pm 0,6$ – ОГ, $16,1 \pm 0,5$ – ГС, $p < 0,05$, при этом отличий показателей в состоянии покоя не отмечено: $8,8 \pm 0,2$ – ОГ, $8,6 \pm 0,6$ – ГС, $p > 0,05$. Аналогичная тенденция наблюдается при оценке показателей через 90 мин. после начала аналгезии: $8,3 \pm 0,5$ (покой), $11,1 \pm 0,8$ (движение) – ОГ, $8,7 \pm 0,5$ (покой) и $13,4 \pm 0,6$ (движение) – ГС.

При исследовании результатов субъективной оценки качества послеоперационной аналь-

гезии в ОГ 19 (63,3%) больных отметили оценкой «хорошо», 6 (20%) – «отлично», 5 (16,6%) – «удовлетворительно», 0 – «неудовлетворительно». В ГС 14 (46,7%) больных отметили оценкой «хорошо», 8 (26,7%) – «удовлетворительно». На вторые сутки: 13 (43,3%) пациентов ОГ отметили оценкой «отлично» и 14 (46,7%) – «хорошо», в ГС – 11 (36,7%) – «хорошо», 13 (43,3%) – «удовлетворительно» и 6 (20%) – «неудовлетворительно». На трети сутки качество аналгезии в ОГ на «отлично» оценили 18 (60%) больных, «хорошо» – 12 (40%); в ГС: 13 (43,3%) – «хорошо», 12 (40%) – «удовлетворительно», 3 (10%) – «неудовлетворительно».

Выраженность побочных эффектов в основной группе больных составила $0,8 \pm 0,01$ балла, в группе сравнения – $1,3 \pm 0,06$ балла ($p < 0,05$). При более детальном анализе частоты побочных эффектов аналгезии оказалось, что такие реакции, как тошнота, рвота, сонливость, кожный зуд, боль в месте инъекции отметили в 1-е сутки 3 (10%) больных ОГ и 5 (16,7%) – ГС; во 2-е сутки – 2 (6,7%) – ОГ и 2 (10±7%) – ГС; в 3-е сутки – 1 (3,3%) – ОГ и 3 (10%) – ГС. Таким образом, аналгезия инфулганом является более предпочтительной.

Проведенные исследования указывают на важную роль неопиоидного анальгетика парацетамола в системе мультимодальной послеоперационной аналгезии в урологии.

Использование внутривенной формы парацетамола (Инфулган) расширяет возможности обеспечения эффективного и безопасного послеоперационного обезболивания в урологии при значительном сокращении потребности в опиоидных анальгетиках и снижении связанных с ними побочных эффектов, способных осложнить состояние прооперированного пациента.

ОСОБЛИВОСТІ ТРАВМАТИЧНОГО ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК У ПОТЕРПІЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ

Ю.Л. Підгайний

Запорізька лікарня екстремальної медицини та швидкої медичної допомоги
Кафедра урології Запорізького медичного університету

Внаслідок науково-технічного прогресу зростає число аварій та кількість потерпілих, летальність серед яких сягає 16–25% та у 30% виникає інвалідизація хворих.

Мета: вивчити частоту пошкоджень нирки та її функціональний стан у потерпілих з політравмою в індустріально розвиненому регіоні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під наглядом було 735 потерпілих з політравмою, з яких у 153 осіб (21% випадків) діагностовано травму нирок. Жінок було 43 особи (28%), а чоловіків – 110 (72%). Використовували загальноклінічні та біохімічні лабораторні методи, УЗД, рентгенологічне дослідження та КТ.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Із 153 потерпілих травма нирки найчастіше виникала внаслідок ДТП – 75 випадків (49,1%). При падінні з висоти пошкодження нирок при політравмі спостерігались у 43 пацієнтів (28,3%). Внаслідок побиття нирка травмувалась у 22 хворих (14,2%), інші причини були у 13 випадках (8,4%). У потерпілих з політравмою в клінічній картині на першому місці – ознаки пошкоджень головного мозку, травматичного шоку при травмі кісток, явищ внутрішньочеревної кровотечі. Ознаки травми нирки, як

правило, відходили на другий план. На біль у нирці скаржились тільки 23 хворих (15%), при об'ективному огляді у 55 осіб (35,4%) спостерігались пошкодження шкіри в проекції нирки. Анемізація хворих спостерігалась у 36,6% випадків (56 осіб), а у 51,6% пацієнтів (79 осіб) на фоні анемізації відмічались ознаки гіперкоагуляції. При вивчені азотовидільної функції нирок виявилось, що у 44,1% осіб (67 пацієнтів) рівень креатиніну крові був підвищеним ($158,6 \pm 9,6$ мкмоль/л; $p < 0,05$). Головними методами діагностики пошкодження нирки були УЗД нирок, внутрішньовенна орографія та КТ органів заочеревинного простору.

ВИСНОВКИ

Травматичне пошкодження нирки при політравмі виникає у 21% випадків та характеризується прихованим, латентним перебігом з явищами гіперкреатинінемії (44,1% випадків), гіперкоагуляції (51,6% осіб) на фоні анемізації (36,6% осіб) хворих.

ВПЛИВ ІНФІКОВАНОСТІ *Mycoplasma hominis* ТА *Ureaplasma urealyticum* НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА РОЗВИТОК РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

С.П. Пасєчніков^{1,2}, М.В. Мітченко², В.С. Грицай¹, А.С. Глєбов²

*Кафедра урології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця¹
Відділ запальних захворювань ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ²*

Попередніми нашими дослідженнями отримані дані про вплив збудників захворювань, що передаються статевим шляхом, на перебіг раннього післяопераційного періоду у хворих на доброкісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ). Зокрема, встановлено негативну роль хламідіозу та трихомоніазу. Однак у літературі і до цього часу відсутні публікації, які висвітлюють вплив *Mycoplasma hominis* та *Ureaplasma urealyticum* (МН та УУ) на виникнення ранніх післяопераційних ускладнень (РПУ) у хворих на ДГПЗ.

Мета дослідження: вивчити особливості клінічних проявів захворювання та зв'язок РПУ відкритої простатектомії у хворих на ДГПЗ з наявністю МН та УУ в генітальних екскретах

(ГЕ) і в інтраопераційно видаленій тканині передміхурової залози (ПЗ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежено 152 хворих на ДГПЗ, яким проведена планова черезміхурова простатектомія. Усім хворим крім загальноклінічного обстеження проводили УЗ дослідження (об'єм ПЗ, кількість залишкової сечі), кількісну оцінку симптомів сечовипускання (IPSS, QoL), цитологічні дослідження ГЕ (зіскрібку із сечівника і секрет ПЗ). Інфікованість МН та УУ вивчалась за допомогою полімеразної ланцюгової реакції у ГЕ та у вида-

леній під час операції тканині ПЗ. Для характеристики перебігу раннього післяопераційного періоду у хворих враховували такі показники: довготривала (більше 7 діб) або профузна (включаючи гемотампонаду сечового міхура) макрогематурия, нагноєння рані, розвиток гострого пілонефриту, гострого уретриту, гострого орхоепідидиміту. До I групи ввійшли 49 пацієнтів, у яких було виявлено ДНК МН та UU. II групу склали 103 пацієнти, які неінфіковані цим збудником.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При дослідженні інфікованості МН та UU в ГЕ і в інтраопераційно видаленій тканині ПЗ 152 хворих у 49 (32,2%) було виявлено ДНК цих збудників. Інфекційно-запальні захворюван-

ня ПЗ та/або сечівника були ідентифіковані у 33 (67,3±6,7%) хворих I групи та у 69 (67,0±4,6%) пацієнтів II групи ($p>0,05$). У хворих на ДГПЗ, інфікованих і неінфікованих МН та UU, вірогідно не відрізнялись як об'єм передміхурової залози ($98,7\pm5,8$ мл та $104,8\pm6,2$ мл відповідно), так і об'єм залишкової сечі ($101,1\pm9,6$ мл та $110,0\pm8,8$ мл відповідно). Пацієнти досліджуваних груп мали однаково важкий ступінь тяжкості симптомів нижніх сечовивідніх шляхів, який оцінювали за допомогою шкали I-PSS (у хворих I групи – $24,4\pm0,8$ проти $23,4\pm0,4$ бала – у II групі, $p > 0,05$). Вірогідної різниці між якістю життя відмічено також не було. Структура РПУ у хворих на ДГПЗ у залежності від виявлення МН та UU представлена в таблиці 1.

Таблиця 1

Структура РПУ у хворих на ДГПЗ у залежності від виявлення ДНК МН та UU

Ускладнення	Кількість хворих				p	
	інфіковані МН та UU (n=49)		неінфіковані МН та UU (n=103)			
	абс.	%±m	абс.	%±m		
Нагноєння рані	3	6,1±3,4	3	2,9±1,7	>0,05	
Гострий орхоепідидиміт	6	12,2±4,7	5	4,9±2,1	>0,05	
Гострий уретрит	7	14,3±5,0	5	4,9±2,1	>0,05	
Гострий пілонефрит	4	8,2±3,9	8	7,8±2,6	>0,05	
Всього інфекційно-запальних ускладнень	20	40,8±7,0	21	20,4±4,0	<0,05	
Довготривала або профузна макрогематурия	8	16,3±5,3	14	13,6±3,4	>0,05	
Всього	28	57,1±8,6	35	34,0±4,7	<0,05	

ВИСНОВКИ

1. Серед хворих на ДГПЗ, які потребують планового хірургічного лікування, ступінь інфікованості ГЕ та тканини ПЗ МН та UU становить 32,2%.

2. Інфікованість МН та UU не впливає на клінічний перебіг ДГПЗ.

3. Частота виникнення РПУ у пацієнтів, інфікованих МН та UU, в 1,7 разу перевищує таку у неінфікованих хворих за рахунок у 2,0 рази більшої частоти виникнення інфекційно-запальних ускладнень.

ЗАСТОСУВАННЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ УДАРНОХВІЛЬОВОЇ ЛІТОТРИПСІЇ У ХВОРИХ НА КАМЕНІ СЕЧОВОДУ, УСКЛАДНЕНИ ГОСТРИМ ПІЛОНЕФРИТОМ

С.П. Пасечніков, Ю.І. Синишин

Відділ запальних захворювань ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Широке розповсюдження та зростання захворюваності на сечокам'яну хворобу і, зокрема,

камені сечоводу зумовило пошук нових підходів до лікування уретеролітіазу. Ускладнення урете-

ролітазу гострим обструктивним пієлонефритом потребує екстреного відновлення уродинаміки верхніх сечових шляхів. Це обумовлює перспективність застосування у таких випадках екстреної ЕУХЛ (ЕЕУХЛ), як неінвазивного та економічно доцільного методу лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

ЕЕУХЛ виконувалась в першу добу після госпіталізації у 214 хворих на уретеролітіаз без попередньої катетеризації сечоводу в умовах наявності гострого серозного пієлонефриту.

ЕУХЛ проводилась на апараті «Dornier – U50» з електромагнітним генератором ударних хвиль та діаметром фокусуючої лінзи 220 мм. Розмір фокальної зони становить від 4,3x2,3 мм при мінімальній енергії (410–570 бар) до 8,5x3,3 мм при максимальному рівні енергії (1007–1450 бар). Ефективність проведеного сеансу оцінювали за такими критеріями, як ступінь зменшення диллятації порожнин нирки, відходження фрагментів зруйнованого каменя, утворення «кам’яної доріжки», виявлення резидуальних каменів у сечоводі.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз ефективності ЕЕУХЛ проведено в залежності від локалізації та розмірів каменя. ЕЕУХЛ проведена 214 хворим на уретеролітіаз, ускладнений гострим пієлонефритом без попередньої спроби катетеризації сечоводу протягом першої доби після госпіталізації і була ефективною у $90,2 \pm 4,6\%$ випадків. Найкращі результати (100%) отримано при ЕЕУХЛ каменів розмірами 0,5–1,0 см незалежно від локалізації конкременту. Позитивні результати ЕЕУХЛ каменів розмірами 1,1–1,5 см верхньої, середньої та нижньої третин сечоводу відповідно становили: $60,0 \pm 21,9\% < 100,0\% > 84,0 \pm 7,6\%$ ($p > 0,05$).

Середня кількість проведених сеансів ЕУХЛ дорівнювала відповідно: для верхньої

1/3 сечоводу – 1,7 сеансу, для середньої 1/3 – 1,6 та для нижньої 1/3 сечоводу – 1,5 сеансу. Лише у двадцяти одного хворого, що становить 17% від групи пацієнтів з розмірами каменя 1,1–1,5 см, або 9,8% від загальної групи, екстрема літотрипсія була неефективна. Відсутність фрагментації каменя та ознак відновлення уродинаміки за даними повторного УЗД змусило провести катетеризацію сечоводу, після чого хворі були проліковані за допомогою повторних сеансів планової ЕУХЛ. Загалом висока ефективність екстреної ЕУХЛ ще раз підтвердила значення для успіху лікування факторів тривалості перебування каменя в певному місці сечоводу та ступеня його фіксації до стінки сечоводу, які у досліджуваній групі були нетривалими і мало вираженими.

Аналіз результатів ведення хворих за опрацьованим алгоритмом показав, що найбільш вагомим з отриманих даних виявилась тривалість лікування. Середній ліжко-день у хворих після ЕЕУХЛ виявився достовірно меншим за такий у хворих, яким проводилась відстрочена ЕУХЛ ($10,1 \pm 1,0$ проти $17,1 \pm 0,4$).

Таким чином, застосування ЕЕУХЛ призводить до скорочення середнього терміну госпіталізації у хворих на уретеролітіаз, ускладнений гострим серозним пієлонефритом, на 6,8 ліжко-днів, тобто у 1,6 разу.

ВИСНОВКИ

1. Висока ефективність ЕЕУХЛ ($90,2 \pm 4,3\%$) дозволяє застосувати її як альтернативний метод відновлення пасажу сечі з блокованої нирки у хворих на уретеролітіаз, ускладнений гострим серозним пієлонефритом, при каменях розміром до 1,0 см у верхній третині та каменях до 1,5 см у середній та нижній третинах сечоводу.

2. Розроблена сучасна технологія лікування хворих на уретеролітіаз, ускладнений гострим серозним пієлонефритом дозволяє поліпшити якість медичної допомоги за рахунок скорочення терміну госпіталізації до 9,2 доби та виключення інвазивних методів лікування.

ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.П. Пасечников¹, Н.В. Митченко², В.С. Грицай¹, А.С. Глебов²

Кафедра урологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца¹
Отдел воспалительных заболеваний ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев²

Известно, что возникновение ранних послеоперационных осложнений (РПО) после хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) чаще всего связано с наличием хронической мочевой инфекции. Однако в литературе и до сих пор отсутствуют публикации, освещающие инфицированность возбудителями заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), мужчин, болеющих ДГПЖ, и значение этой группы инфекций в этиологии, патогенезе, клинике и результатах лечения данной патологии.

Цель исследования: определение влияния возбудителей ЗППП на течение заболевания и обоснование мер профилактики обусловленных ими послеоперационных осложнений простатэктомии у больных ДГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа базируется на результатах исследования и хирургического лечения 152 больных ДГПЖ, которым проведена плановая чреспузырная простатэктомия. Всем больным, кроме общеклинического обследования, определяли показатели шкалы I-PSS, QoL, проводили УЗ исследование объема предстательной железы, количества остаточной мочи, цитологические исследования генитальных экскретов (соскоб из уретры и секрет предстательной железы). Инфицированность возбудителями урогенитального хламидиоза, микоплазмоза, уреаплазмоза, трихомониаза изучалась на основании обнаружения ДНК указанных микроорганизмов с помощью полимеразной цепной реакции в соскобе из мочеиспускательного канала, секрете предстательной железы и в интраоперационно удаленной ткани предстательной железы. Для характеристики течения раннего послеоперационного периода у больных учитывали такие показатели,

как длительная (более 7 суток) или профузная макроматематурия, включая гемотампонаду мочевого пузыря, нагноение раны, развитие острого пиелонефрита, острого орхоэпидидимита, острого уретрита.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что среди больных ДГПЖ, которым проведена плановая простатэктомия, степень инфицированности возбудителями ЗППП составляет 52,6 %. Из них *Mycoplasma hominis* была обнаружена у 21,7% пациентов, *Trichomonas vaginalis* – у 20,4%, *Ureaplasma urealyticum* – в 16,4%, *Chlamydia trachomatis* – у 12,5%. При этом, микстинфекция обнаружена у 16,4%, а моноинфекция – у 37,5% больных. Установлено, что ткань предстательной железы больных ДГПЖ в 11,2% случаев инфицирована *Trichomonas vaginalis*, в 9,9% – молликутами. В генитальных экскретах ДНК молликутов выявляется у 32,2%, а *Trichomonas vaginalis* – у 11,8% больных. Почти у 91,3% инфицированных больных ДГПЖ отмечается расхождение результатов исследования генитальных экскретов и ткани предстательной железы, что может быть причиной ошибочного диагноза и приводить к неэффективному лечению инфекции урогенитальной сферы. В частности, у 16,0% пациентов возбудители ЗППП отсутствуют в генитальных экскретах, при том, что в 40,0% – выявляются в удаленной ткани предстательной железы. В результате проведенных цитологических исследований генитальных экскретов больных ДГПЖ у 67,1% из них были диагностированы хронические формы простатита, уретрита, или оба заболевания одновременно. Общая инфицированность возбудителями ЗППП больных с признаками указанных хронических воспалительных заболеваний достоверно не отличалась от больных без воспалительных изменений и составила соответ-

ственno $55,9 \pm 4,9\%$ и $46,0 \pm 7,0\%$. Однако у больных с хроническим воспалительным процессом в предстательной железе и мочеиспускательном канале инфицированность *Trichomonas vaginalis* и *Ureaplasma urealyticum* оказалась достоверно более высокой, чем у больных без воспалительного процесса и составила $27,5 \pm 3,8\%$ и $20,6 \pm 4,0\%$ против $6,0 \pm 3,4\%$ и $8,0 \pm 3,8\%$ соответственно. Установлено, что наличие хронического воспалительного процесса в предстательной железе и/или уретре достоверно усиливает выраженность симптомов нижних мочевых путей у больных ДГПЖ (I-PSS составляет $23,1 \pm 0,7$ балла против $20,7 \pm 1,0$ у больных без воспаления), что происходит за счет как ирритативной, так и обструктивной составляющих. Объем предстательной железы у больных ДГПЖ с хроническим воспалительным процессом в предстательной железе и/или уретре достоверно больше ($110,9 \pm 7,9$ мл), чем у больных без воспалительного процесса ($90,1 \pm 6,6$ мл). Доказано, что частота возникновения РПО со стороны мочеполовых органов у пациентов, инфицированных возбудителями ЗППП, в 3 раза превышает таковую у неинфицированных ($61,3 \pm 5,4\%$ против $19,4 \pm 4,7\%$ соответственно, $p < 0,05$). Инфицированность возбудителями ЗППП в 4 раза повышает частоту возникновения длительной или профузной макрогематурии и в 2,5 раза – инфекционно-воспалительных осложнений после плановой простатэктомии, вызывая их у $22,5 \pm 4,6\%$ и $38,8 \pm 5,4\%$ больных соответственно против $5,6 \pm 2,7\%$ и $15,3 \pm 4,2\%$ – у неинфицированных больных ($p < 0,05$). Хронический воспалительный процесс в предстательной железе и/или уретре у больных ДГПЖ достоверно повышает частоту развития ранних послеоперационных осложнений простатэктомии – нагноение раны и общее количество инфекционно-воспалительных осложнений ($5,9 \pm 2,3\%$ и $31,4 \pm 4,6\%$ соответственно против 0% и $14,0 \pm 4,9\%$ – у больных без воспалительного процесса).

В общем, полученные нами данные позволили предложить систему мер профилактики РПО плановой простатэктомии у больных ДГПЖ. Ими предусматривается: обследование больных на наличие хронического воспалитель-

ного процесса в предстательной железе и/или уретре и идентификация возбудителей воспалительных заболеваний, в том числе ЗППП, как факторов, прогнозирующих возникновение РПО простатэктомии, с последующим назначением соответствующего лечения на дооперационном этапе. Исследование интраоперационно удаленной ткани предстательной железы на наличие ДНК возбудителей ЗППП у больных ДГПЖ и последующего назначения адекватного антибактериального и/или противотрихомонадного лечения с целью профилактики РПО простатэктомии.

ВЫВОДЫ

1. Впервые обнаружено, что возбудителями ЗППП инфицировано более половины больных ДГПЖ, которые не имеют лабораторных, клинических и анамнестических признаков этих заболеваний.

2. Впервые доказано, что у инфицированных больных ДГПЖ отмечается расхождение результатов исследования генитальных экскретов и ткани предстательной железы на наличие возбудителей ЗППП, что может быть причиной ошибочного диагноза и приводить к неэффективному лечению инфекции урогенитальной сферы у таких больных.

3. Впервые установлено, что хронический воспалительный процесс в предстательной железе и мочеиспускательном канале у больных ДГПЖ без признаков мочевой инфекции достоверно чаще обусловлен возбудителями трихомониаза и уреаплазмоза.

4. Впервые доказано, что инфицированность возбудителями ЗППП и хронический воспалительный процесс в предстательной железе и/или уретре у больных ДГПЖ достоверно повышают частоту развития РПО простатэктомии.

5. Впервые установлена частота возникновения и характер ранних послеоперационных осложнений в зависимости от вида возбудителя ЗППП.

6. Практическое значение полученных результатов заключается в возможности повышения эффективности как консервативного, так и хирургического лечения больных ДГПЖ.

ОЦЕНКА ТУР И ОТКРЫТОЙ ЧРЕСПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ДГПЖ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ

A.A. Попович, Г.В. Бачурин, С.А. Попович, Е.Г. Нордио

Запорожский государственный медицинский университет

Одним из самых распространенных заболеваний мочеполовой системы у мужчин является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). Хирургическое удаление предстательной железы в возрасте 40–49 лет составляет около 13%, а в возрасте 50–59 лет – около 25%. Таким образом, почти 40% мужчин оперируются в работоспособном возрасте.

Работа основана на ретроспективном анализе истории болезни и опыта лечения 80 пациентов с ДГПЖ (средний возраст – $67 \pm 2,4$ года), которым в 2012 году выполнено по неотложным показаниям – 40 больным трансуретральная резекция (ТУР) и 40 больным открытая аденомэктомия.

При сравнении оба метода оперативного лечения имеют как преимущества, так и недостатки. Так при ТУР: кровотечений меньше (1%), значительно реже наблюдаются инфекционно-воспалительные осложнения (4%), сокращается продолжительность оперативных вмешательств (30–40 мин) и сроки пребывания больных в стационаре (5–6 дней). Основным недостатком открытой чреспузырной аденомэктомии являются инфекционно-воспалительные осложнения (6%) и недержание мочи (3%), сохранение иритативной симптоматики (3%), сроки пребывания в стационаре (10–11 дней).

Трансуретральная резекция ДГПЖ значительно расширила показания к выполнению оперативного лечения у лиц с острой задержкой мочи.

О НЕОБХОДИМОСТИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ УСТАНОВКИ СТЕНТА В ТЕРАПИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО УРЕТЕРОЛИТИАЗА МЕТОДОМ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ

Г.Д. Резников, Ю.В. Рошин, Д.Б. Резников, Р.П. Федоришин

*Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение
Отдел рентген-ударноволнового дистанционного дробления камней и эндоурологии*

Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ) в настоящее время – это один из ведущих, малоинвазивных методов в лечении проксимального уретеролитиаза. Одним из широко используемых приемов в лечении камней проксимальных отделов мочеточника является антеградное перемещение их в почку с последующей установкой стента. Перед намистал вопрос о необходимости вышеописанных действий у пациентов не имеющих признаков активности пиелонефрита.

С 2008 по 2012 год в нашем отделе на амбулаторном лечении находилось 438 больных с конкрементами верхней трети мочеточника. Все пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа (233 больных), которым была

выполнена установка мочеточникового катетера стента в верхние мочевыводящие пути, как предварительный этап ЭУВЛ конкремента верхней трети мочеточника. Вторая группа (205 пациентов), где выполнялось ЭУВЛ конкремента *in situ*, без предварительного дренирования верхних мочевыводящих путей. Из исследования исключались больные с полной обструкцией почки, с обострением хронического калькулезного пиелонефрита, требующие стационарного лечения. 1 пациенту в 1-й группе и 6 пациентам во второй группе, в связи с неэффективностью ЭУВЛ, в дальнейшем была выполнена уретероскопия. Количество сеансов ЭУВЛ, затраченное на дезинтеграцию одного камня, составило 1,84 в первой группе и 1,92 во второй группе. Средние сроки полной элими-

нации каменной массы в 1-й группе составили 16,4 дня, во 2-й группе – 10,3 дня. Срок пребывания на больничном листе в 1-й группе – 20,3 дня, во 2-й группе – 14,7 дня. Проведенное исследование показывает, что у пациентов, которым не было выполнено предварительное дренирование верхних мочевыводящих путей путем установки

мочеточникового катетера типа стент, быстрее наступает полная элиминация фрагментов конкремента, что существенно сократило сроки их лечения. Таким образом, предварительная установка стента у пациентов без признаков активности пиелонефрита не должна рассматриваться как подготовительный этап при проведении ЭУВЛ.

ІНФОРМАТИВНІСТЬ МІКРОБІОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ

A.B. Руденко, С.П. Пасечніков, М.В. Мітченко, В.Т. Кругліков, О.М. Корніліна

ДУ “Інститут урології НАМН”, м. Київ

Актуальність теми дослідження обумовлена, з одного боку, широким розповсюдженням гострих запальних процесів нирок, з іншого – недостатньою ефективністю терапії і в першу чергу за рахунок недостатньої інформації щодо спектра можливих етіологічних чинників та особливостей їх чутливості до антибіотиків.

Раніше нами було експериментально доведено, що запальний процес нирок обумовлюється як класичні бактерії, так і молікути. Обстежені хворі були з діагнозом первинного гострого піелонефриту (ГП) та загострення хронічного (ЗХП). У сечі хворих на ГП виявлено бактерії з високим мікробним числом у 42,6% випадків, при ЗХП – у 25%. За вимогами доказової медицини нами одночасно застосовано три методи дослідження для доказу можливої ролі

молікутів (*M.hominis* та *U.urealyticum/pagvum*) у розвитку запального процесу нирок хворих. При ГП культурально-ферментативним методом (КФМ) молікути виявлено у 25% випадків, методом ПЛР – у 68,4%; згідно з показником серологічного дослідження крові у 36,8% хворих виявлено діагностично значущі титри (IgG) до молікутів. При ХП у 25% (КФМ), методом ПЛР – у 25%, IgG до названих молікутів – також у 25%. Таким чином, нами була доведена причетність як бактерій, так і молікутів до запального процесу нирок. Отримані дані дали можливість розробити й впровадити у поетапну схему лікування хворих додатковий комплекс препаратів з врахуванням біологічних особливостей молікутів (антибіотики – фторхінолони та макроліди + специфічні імуноглобуліни).

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

*И.М. Русинко¹, Н.М. Русинко¹, О.Г. Коноплева¹, А.В. Дулепин¹, А.В. Приходько¹,
К.А. Троян¹, Е.П. Украшинец², Е.А. Квятковский³, В.М. Корягин⁵, В.В. Коштура⁴*

*КУ «Д 12 ТМО» ДОС¹
КУ «ДОКБ им. Мечникова» ДОС²
КУ «Д 9 ГКБ» ДОС³
КУ «Д 6 ГКБ» ДОС⁴*

ООО «Планета Здоровье», Днепропетровск⁵

Впервые доброкачественные опухоли уретры у женщин были описаны G.B. Morgagni (1719), W.B. Clarke (1814). До настоящего времени причины образования доброкачественных опухолей

уретры у женщин окончательно не выяснены. Определенную роль играют длительно текущие гинекологические заболевания, в частности воспалительные процессы, которые постоянно под-

держивают раздражение наружных половых органов и уретры, расстройства кровообращения в малом тазу, гормональные нарушения. Роль их в возникновении новообразований уретры несомненна, так как в климактерическом периоде создаются благоприятные условия для развития неопластических процессов. Добропачественные опухоли уретры растут медленно. В большинстве случаев они вызывают ощущение зуда и жжение в уретре, неприятные ощущения во время акта мочеиспускания и после него, иногда могут давать клинику инфравезикальной обструкции. В случае присоединения инфекции пациенток беспокоят режущие боли в уретре и частые позывы на мочеиспускание. Дизурия проявляется в виде императивных позывов, отклонения или раздвоения струи мочи. Иногда бывает затрудненное мочеиспускание, недержание мочи.

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

Предложено несколько классификаций доброкачественных опухолей уретры, но наиболее удачная принадлежит Н.П. Хохлачеву, который различает две основные формы: эпителиальные (полипы, папилломы,adenомы, кондиломы) и неэпителиальные (ангиомы, фибромы, миомы, невриномы).

Диагностика доброкачественных опухолей уретры в большинстве случаев не представляет затруднений. Ведущими методами диагностики являются: осмотр на кресле, пальпация, цисто- и уретроскопия. Большую роль играет морфологическое исследование опухолей. Основным методом лечения доброкачественных опухолей уретры у женщин является оперативное удаление опухоли в пределах здоровых тканей. В зависимости от величины и локализации новообразования производят циркулярную или клиновидную электрорезекцию уретры. Чтобы избежать структуры уретры, накладывают швы в поперечном направлении. Операцию производят

в основном под местной анестезией с обязательным гистологическим исследованием.

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

Мы провели анализ 655 историй болезни пациенток с доброкачественными опухолями уретры. Возраст пациенток от 36 до 84 лет. Все пациентки находились в климактерическом периоде. Всем выполнена электрорезекция новообразований уретры. В связи с большими доброкачественными образованиями уретры 25 пациенток оперированы в стационаре под внутривенным наркозом. 630 пациенток были прооперированы в амбулаторных условиях под местной анестезией 2%-ным раствором лидокаина плюс местная аппликация Эмлы или Инстилягеля или Катеджеля с экспозицией 20–30 мин. Гистологически у 10 пациенток получена плоскоклеточная папиллома уретры, у 17 – карункул, у 628 – полип уретры с участками хронического воспаления. В послеоперационном периоде пациенткам было назначено ванночки с настоем череды, коры дуба сроком до 7–10 дней, 4–5 раз в сутки. Контрольные осмотры на кресле через день после операции, на 7-е, 21-е, 30-е сутки. Затем через 1, 3, 6, 9 месяцев с целью исключения рецидива опухоли. У 48 пациенток выполнена повторная электрорезекция в связи с рецидивом полипа уретры. Все доброкачественные образования уретры находились на широкой ножке. В конце каждой операции проводилась инструментальная проверка проходимости уретры.

Как показывает наш опыт, лучшим методом оперативного лечения доброкачественных опухолей уретры у женщин является электрорезекция новообразований. С целью раннего выявления доброкачественных образований уретры показан профилактический осмотр всех пациенток на кресле у гинеколога и уролога.

ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ ПІЕЛОНЕФРИТ: ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Л.П. Саричев

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В урологічній клініці гнійні форми гострого піелонефриту розвиваються у 20–30% хво-

рих. При цьому частота нефректомій дорівнює 30–40%, а летальність сягає 10–20%. Разом з

тим, з впровадженням у клінічну практику високоінформативних методів візуалізації, сучасних антибактеріальних препаратів та мінінвазивних технологій простежується тенденція до відмови від хірургічного лікування гострого гнійного піелонефриту.

Мета дослідження. Оцінити ефективність консервативної лікуальної тактики у поєднанні з мінінвазивними технологіями при гострому гнійному піелонефриті.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Впродовж 1997–2012 рр. в урологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського перебувало на лікуванні 306 хворих на гострий гнійний піелонефрит (середній вік $51,2 \pm 1,3$ року): чоловіків – 157 (51,3%), жінок – 149 (48,7%). У 70,1% спостережень інфікування нирок відбувалось уриногенным шляхом, у 29,9% спостережень – гематогенным шляхом.

Сепсис ускладнював гострі гнійно-запальні захворювання нирок у 67,9% спостережень: дифузно-гнійний піелонефрит – 47,9%; фокальний бактеріальний нефрит (апостематозний нефрит) – 72,3%; мультифокальний бактеріальний нефрит (карбункул нирки) – 86,5%; ксанторганульоматозний та емфізематозний піелонефрит – 100,0%, абсцес нирки – 27,0%. При дифузно-гнійному піелонефриті септичний шок спостерігався у 17,9% хворих, фокальному бактеріальному нефриті – у 23,7% хворих, мультифокальному бактеріальному нефриті – у 31,2% хворих, при абсцесі нирки – у 4,0% хворих.

Фокальний бактеріальний нефрит – 77 спостережень (25,2%), мультифокальний бактеріальний нефрит – 86 спостережень (28,1%) та абсцес нирки до 3 см – 11 спостережень (3,6%) – підлягали консервативному лікуванню під УЗ та КТ моніторингом. Емпірична внутрішньовенна антибактеріальна терапія починалась з препаратів, протимікробна активність яких охоплювала >90% ймовірних збудників. Після отримання результатів бактеріологічного дослідження проводили корекцію антибактеріальної терапії.

При абсцесі нирки і 3 см – 13 спостережень (4,2%) – проводилася черезшкірна пункцийна аспірація гнійного вмісту під УЗ чи КТ контролем.

При абсцесі нирки і 4 см – 33 спостереження (10,8%) – та поширенні нагноєння на заочеревинний простір виконувалось черезшкірне пункцийне дренування гнійного вогни-

ща балон-катетером Foley 20 F, що забезпечуває ефективне відведення густого гнійного вмісту. У 5 випадках одночасно проведено дренування гнійного вогнища нирки та жирового тіла.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клінічні спостереження, УЗ, КТ моніторинг та результати патоморфологічних досліджень свідчать, що прогресування інфекції нирок від серозної стадії запалення до розвитку окремих клініко-морфологічних форм гострого піелонефриту становить єдиний безперервний патологічний процес.

За результатами патоморфологічних досліджень при гематогенному інфікуванні нирок формування гнійних вогнищ відбувається переважно у корковій речовині, навколо звитих каналець. При уриногенному інфікуванні – у мозковій речовині. При цьому характер морфологічних змін у нирках зумовлюється терміном оклюзії і вірулентністю інфекції.

Розвиток нагноєння супроводжується збільшенням частоти та тяжкості септичних ускладнень. Характерно, що по мірі формування піогенної капсули зменшувались прояви сепсису. У хворих на цукровий діабет, людей похилого і старчого віку нагноєння достовірно частіше ($p<0,01$) супроводжувалось септичним шоком (50,1% та 37,4% відповідно, проти 22,7%).

Особливе місце серед гострих гнійних уражень нирок посідає дифузно-гнійний піелонефрит – 74 спостереження (24,2%). Означена клініко-морфологічна форма не входить до жодної класифікації, проте за клінічним перебігом має всі ознаки гострого гнійного запального процесу, завжди має обструктивний характер і за патогенезом передує апостематозному нефриту. При своєчасному відновленні порушеній уродинаміки та адекватній антибактеріальній терапії має місце зворотний розвиток.

За морфологічною картиною дифузно-гнійний піелонефрит характеризується набряком, гіперемією та ерозією слизової оболонки ниркової миски і чашок. Підлеглий мозковий прошарок має вигляд суцільного гнійного ексудату, в якому переважають нейтрофіли і зустрічаються ділянки некротизованої ниркової тканини. На фоні дифузної гнійної інфільтрації мозкової речовини простежується формування мікроабсцесів. По мірі віддалення від ниркової миски відмічається зменшення дистрофічних та некробіотичних змін.

У 96,1% спостережень при гострих гнійних ураженнях нирок виявилась ефективною кон-

сервативна тактика, яка у 15,0% випадків дозволялась мінінвазивними втручаннями. Показанням до хірургічного лікування – 12 хворих (3,9%) стало прогресування інфекційного запального процесу при відсутності технічних можливостей виконання мінінвазивних оперативних втручань. Нефректомія виконана 7 вкрай важким хворим (2,5%). Показанням до видалення нирки була тотальна деструкція ниркової тканини з відсутністю васкуляризації за даними ультразвукової доплерографії: мультифокальний бактеріальний нефрит – 3 спостереження, абсцес нирки – 2 спостереження, ксанторганульоматозний та емфізематозний піелонефрит – по 1 спостереженню. Померло 5 хворих (1,8%), із них 3 – після хірургічного втручання. Причиною смерті стали септичний шок (2 спостереження), розвиток ДВС-синдрому, ускладненого шлунково-кишковою кровотечею, тромбоемболією легеневих артерій та інфарктом міокарда (по 1 спостереженню).

При контролльному обстеженні 109 пацієнтів через 0,5–10 років після перенесеного гострого гнійного ураження нирок хронічний піелонефрит виявлений у 19,3% хворих, із них «зморщена нирка» – у 5,5%. Вік хворих на хро-

нічний піелонефрит ($58,0 \pm 2,0$ роки) був дословірно вищим ($p < 0,05$) у порівнянні з пацієнтами без ознак інфекційного запального процесу ($42,5 \pm 1,7$ року). В жодному випадку не виявлено ознак хронічної ниркової недостатності та не встановлено показань до вторинної нефректомії. Характерно, що нефректомія не запобігає розвитку інфекційного запального процесу: хронічний піелонефрит виявлений у 57,1% хворих з єдиною після нефректомії ниркою.

ВИСНОВКИ

За умов своєчасного відновлення пасажу сечі та адекватної антибактеріальної терапії консервативна лікувальна тактика під УЗ та КТ моніторингом дозволяє попередити прогресування інфекційного запального процесу, розвиток важких септичних ускладнень, запобігти травматичних хірургічних втручань, нефректомії та летальності. Показанням до хірургічного втручання може стати прогресування інфекційного запального процесу та відсутність технічних можливостей виконання мінінвазивних оперативних втручань. Показання до нефректомії обмежуються тотальною деструкцією ниркової тканини.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛЕКТРОУРЕТОРОГРАФИИ

Ю.П. Серняк, Ю.В. Рощин, А.С. Фуксзон, Е.Н. Слободянюк

Донецкий национальный медицинский университет
Кафедра урологии ФИПО

Травма мочеточника является наиболее частым осложнением гинекологических операций и по данным различных источников литературы встречается в 0,5–30%. Среди всех ятrogenных повреждений мочеточника, гинекологические операции являются причиной 73% травм, что связано с топографо-анатомическими особенностями и расширением показаний для оперативного лечения. Наиболее эффективным способом коррекции травм дистального мочеточника признан уретероцистонеоанастомоз в различных модификациях. На сегодняшний день накоплен опыт выполнения данной операции лапароскопическим доступом. В свою очередь, применение интраоперационной электроурете-

ографии позволяет объективно определить границы функциональной активности травмированного мочеточника, тем самым снизвив риск постлеоперационных осложнений.

Цель исследования: оценка эффективности коррекции гинекологической травмы мочеточника лапароскопическим и «открытым» доступом с применением электроуретерографии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 2002 по 2012 год, в клинике урологии ФИПО ДонНМУ, на базе ЦГКБ № 1 г. Донецка прошла лечение 61 пациентка в воз-

расте от 21 до 72 лет с травмой мочеточника после гинекологических операций. Всем больным проводилось хирургическое лечение в различном объеме в зависимости от характера и тяжести травмы. Уретероскопия с эндоуретеротомией, удалением лигатуры и стентированием выполнена у 16 (26,2%) пациенток. Уретероцистонеоанастомоз выполнен у 44 (72,1%) пациенток. Лапароскопический уретероцистонеоанастомоз (УЦА) в различных модификациях выполнен у 36 (59%) больных. У 23 (52,3%) пациенток при выполнении уретероцистонеоанастомоза лапароскопическим или «открытым» доступом, интраоперационно выполнялась электроуретерография.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средняя продолжительность лапароскопических операций составила 180 (78–312) минут. Кровопотеря составила в среднем 80 (45–150) мл. Ранние осложнения лапароскопического уретероцистонеоанастомоза наблюдались у 8 пациенток (22,2%), которым не выполнялась

электроуретерография. Из них выделение мочи по дренажу в течение 5–8 суток у 4 пациенток (11,1%), что привело к увеличению пребывания в стационаре до 21 дня. У 2 пациенток (5,5%) имела место несостоятельность анастомоза, что потребовало повторного открытого оперативного вмешательства. У 2 пациенток (5,5%), в связи с развитием гнойного пиелонефрита выполнена нефрэктомия. Время нахождения в стационаре после операции в среднем составило 11 (7–21) суток. Удаление JJ-стента выполняли через 4–6 недель, после операции. Все больные находятся под регулярным наблюдением.

ВЫВОДЫ

Лапароскопический уретероцистонеоанастомоз является эффективным и малотравматичным способом коррекции травм дистального мочеточника. Электроуретерография, выполняемая во время операции, позволяет объективно определить степень функциональной активности мочеточника и снизить риск послеоперационных осложнений.

НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЙ УРЕТЕРОЛИТОТОМИИ

Ю.П. Серняк, Ю.В. Рощин, А.С. Фуксзон, М.В. Криштопа

*Донецкий национальный медицинский университет
Кафедра урологии ФИПО*

Развитие новых технологий в медицине изменило лечение уретеролитиаза от уретеролитотомии к применению малоинвазивных методов, таких как экстракорпоральная литотрипсия и уретероскопия с контактной литотрипсией. Однако, когда вышеописанные методы не позволяют удалить камень безопасно для больного, хирургическая тактика остается предпочтительной. Применение лапароскопических подходов при удалении камня мочеточника гармонично соединяет в себе все преимущества «открытой» уретеролитотомии и малоинвазивных технологий в достижении поставленной цели.

В период с 2007 по 2012 г. нами выполнено 269 лапароскопических уретеролитотомий пациентам в возрасте от 18 до 76 лет. Размеры камней варьировали от 1,4 см до 8,1 см. В 38 случа-

ях уретеролитотомию выполняли трансперитонеальным доступом, а 231 – ретроперитонеальным. Эффективность данного вида лечения составила 94,4 %. Осложнения: подтекание мочи по дренажу более 3 суток у 17 (6,3%) пациентов, миграция камня в почку 15 (5,6%), стриктура мочеточника в позднем послеоперационном периоде 9 (3,3%) больных.

Таким образом, несмотря на развитие современных методов терапии камней мочеточника уретеролитотомия остается высокоэффективным методом лечения. В случаях больших размеров камней, их длительного стояния, выраженных изменений стенки мочеточника и парауретерального пространства лапароскопическая уретеролитотомия является операцией выбора и абсолютной альтернативой «открытой» хирургии.

ЛАЗЕРНАЯ ВАПОРИЗАЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ

A.M. Сытенко

ГУ «Інститут урології НАМН України»

Лазерные технологии — абляция и энуклеация активно используются в лечении пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Клинические наблюдения дают основания полагать, что проведение ЛВП чаще чем ТУРПЖ ассоциируется с развитием дизурии.

Цель исследования: оценить эффективность, частоту и характер осложнений при проведении ЛВПЖ пациентам, с симптомами инфравезикальной обструкции, обусловленной ДГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроспективный (спустя 10 месяцев) анализ результатов 48 процедур ЛВПЖ на аппарате Гринлайт HPS, длина волны 532 нм, мощность 80 Вт. Урологическое обследование включало опрос по анкете IPSS, трансабдоминальное УЗИ мочевого пузыря и ПЖ с определением

остаточной мочи, урофлюметрическое исследование (УФИ), определение ПСА, микроскопическое и культуральное исследование мочи, мультифокальная функциональная биопсия ПЖ при $\text{ПСА} > 10 \text{ нг}/\text{мл}$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В послеоперационном периоде были зарегистрированы следующие осложнения ЛВПЖ: макро-, микрогематурия — 100%, дизурия — 98%, боль в ПЖ — 30%, острые задержки мочи — 2%.

ВЫВОДЫ

Использование ЛВПЖ (длина волны 532 нм) ассоциируется с частым возникновением в послеоперационном периоде гематурии, дизурии и простатической боли. Необходимы дальнейшие исследования для оптимизации метода.

КОМПЛЕКСНОЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

M.I. Ухаль

Одесский национальный медицинский университет

Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) — тяжелое расстройство мочеиспускания, которое встречается у 52–80% мужчин с инфравезикальной обструкцией у больных с гиперплазией предстательной железы. Несмотря на клиническую взаимосвязь гиперплазии предстательной железы (ГПЗ) и гиперактивного мочевого пузыря, успешная в техническом плане операция по удалению гиперплазированных тканей предстательной железы у 38–40% пациентов симптомы гиперактивного мочевого пузыря сохра-

няются и после оперативного вмешательства. Одним из причинных факторов этого являются изменения в мышце мочевого пузыря, которые возникают на фоне длительно существующего препятствия оттоку мочи. Эти изменения заключаются в нарушении кровообращения и иннервации мышцы мочевого пузыря. Другой группой факторов являются нарушения функции шейки мочевого пузыря и мышц тазового дна вследствие изменений со стороны нервной системы.

Цель исследования: повысить эффективность оперативного лечения больных с гиперплазией предстательной железы, осложненной развитием гиперактивного мочевого пузыря, путем применения комплексного медикаментозного лечения с учетом патогенеза ГАМП у этих пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования проведены у 38 больных с ГПЗ, осложненной развитием ГАМП. Возраст больных от 66 до 79 лет. Длительность заболевания от 3 до 6 лет. Среди сопутствующих заболеваний наблюдались хронический простатит – у 81,6% больных, артериальная гипертензия – у 57,9% пациентов, компенсированный сахарный диабет 2-го типа – 31,6 % больных. У всех больных гиперплазированные ткани предстательной железы удаляли путем трансуретральной электрорезекции (ТУР) под спинно-мозговой анестезией. Исследуемые больные были разделены на две равноценные группы. В первую группу (20 человек) вошли больные, которым в послеоперационном периоде проводилось традиционное медикаментозное лечение (антибиотики, аналгетики и инфузионная терапия). Во вторую группу вошли 18 больных, которым кроме традиционной медикаментозной терапии назначали патогенетическую терапию с учетом патогенеза ГАМП у пациентов с ГПЗ. Медикаментозную патогенетическую терапию начинали с третьего дня после ТУР гиперплазированных тканей с применением α -адреноблокаторов (Омник или Омник ОКАС по 1 капсуле 30 дней), препаратов с антихолинергической активностью (Везикар или Уротол по 1 капсуле 30 дней), препаратов, улучшающих ковообразование в мышцах

мочевого пузыря и тазового дна путем активации оксида азота (NO) – Сиалис (по 20 мг через каждые 36 часов 10 приемов на курс лечения), а также комплексный фитопрепарат Канефрон Н (по 2 капсулы 3 раза в сутки в течении 60 дней).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ранний послеоперационный период (первые 5 дней) у больных первой и второй групп в целом протекал гладко. После удаления на 4–5-е сутки после операции уретральных дренажей выраженные клинические проявления ГАМП отмечались практически у всех больных первой и второй групп. На 30-е сутки после операции клинические проявления ГАМП у больных первой группы отмечались у 40% больных, а на 60-е сутки – у 25% пациентов. У больных второй группы с применением комплексного медикаментозного лечения с учетом патогенеза ГАМП на 30-е сутки после ТУР-гиперплазированных тканей предстательной железы клинические проявления ГАМП отмечались у 11,1% пациентов. На 60-е сутки после ТУР-гиперплазированных тканей предстательной железы клинических проявлений ГАМП у больных второй группы не отмечалось.

ВЫВОДЫ

Применения комплексного патогенетически ориентированного медикаментозного лечения у больных с гиперплазией предстательной железы, осложненной развитием гиперактивного мочевого пузыря, после ТУР-гиперплазированных тканей предстательной железы, является эффективным и может быть рекомендованным для внедрения в клиническую практику.

ПРИМЕНЕНИЕ КАНЕФРОНА Н В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ УРОЛИТИАЗОМ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

М.И. Ухаль, О.И. Маломуж, Е.М. Ухаль, Ю.Н. Лунга

Одесский национальный медицинский университет

Перsistенция бактерий в почках и мочевых путях представляет одну из наиболее трудных проблем успешного лечения инфекционного воспалительного процесса в этих органах.

Это связано с отсутствием защитных противинфекционных механизмов на искусственных материалах (катетеры, дренажи, камни, протезы и т.д.), а также с адгезией микроорганизмов и со-

лей к их поверхностям, формирование биопленок и развитием персистирующей инфекции мочевых путей. Высокая приспособляемость микроорганизмов в биопленках, фиксированных на катетерах, дренажах и локализованная в структурах мочевых камней к постоянно меняющимся условиям существования особенно проявляется при антибиотикотерапии – обесценивая при этом целые классы антибиотиков за счет селекции резистентных штаммов микроорганизмов.

Цель исследования: изучить эффективность применения Канефрана Н для ликвидации персистирующей бактериальной микрофлоры в почках и мочевых путях больных уролитиазом и профилактики рецидива мочекаменной болезни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования проведены у 53 больных с мочекаменной болезнью (СКБ) в возрасте от 22 до 68 лет. Средний возраст 49 лет. Больные были разделены на две равноценные группы. Основная группа (n=22): получали стандартную антбактериальную терапию в послеоперационном периоде. Группа сравнения (n=31): стандартная терапия + Канефрон Н по 2 таблетки 3 р/д – 3 месяца. Критериями включения больных в исследование были: установленный диагноз МКБ, состояние после успешной литотрипсии. Размер конкрементов от 7 до 23 мм. Критериями исключения были: наличие коралловидных камней, состояние после открытого оперативного вмешательства, наличие хронического поражения паренхимы почек. Критериями эффективности являлись: ускорение регресса клинической симптоматики и изменений в анализах крови и мочи, восстановление почечного кровотока. Методы исследования: петрископическое и цитохимическое исследование осколков конкрементов; бактериологическое исследование осколков конкрементов; бактериологическое исследование мочи и фагоцитарной активности лейкоцитов мочи; биохимическое исследование содержания мочевой кислоты в крови и в моче; УЗ исследование систолического почечного кровотока. Катамнестическое наблюдение в течение года.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При бактериологическом исследовании посевов измельченных осколков мочевых камней бактериальная микрофлора определялась у 80,6% случаях. При этом у подавляющего боль-

шинства случаев это была грамм (–) микрофлора. При петрископическом исследовании препаратов из осколков мочевых камней среди преобладающих неорганических структур во всех случаях определялись адгезированные лейкоцитарно-фибриновые комплексы; лейкоцитарно-фибринобактериальные комплексы и отдельные бактериальные биопленки. При исследовании осадка мочи в основной и контрольной группах на 10-е сутки после удаления мочевых камней выявляли лейкоцитурию, протеинурию, бактериурию и солевые кристаллы. При цитохимическом исследовании в эти сроки осадка мочи: патогенные микроорганизмы определялись практически у всех больных не только в осадке мочи, но и в фаголизосомах лейкоцитов. При эмперическом использовании с первого же дня после разрушения мочевых камней Левофлоксацина гемигидрат (Флоксиума) нами клинически не выявлено развития острого инфекционного воспалительного процесса в почках и в мочевых путях. При посевах мочи на 6-е сутки после оперативного разрушения мочевых камней у 19 из 31 пациента (63%) определялась патогенная микрофлора, идентичная посевам из измельченных осколков мочевых камней титрах 10^4 – 10^5 . При исследовании осадка мочи у больных мочекаменной болезнью основной и референтной групп на 10-е сутки после литотрипсии выявляли лейкоцитурию, протеинурию, бактериурию и солевые кристаллы. При цитохимическом исследовании в эти сроки осадка мочи установлено, что патогенные микроорганизмы определялись практически у всех больных не только в осадке мочи, но и в фаголизосомах лейкоцитов. При УЗИ почек у больных основной и контрольной групп до начала лечения Канефроном Н в лоханках и, особенно, в чашечках выявляли значительное количество кристаллизованных солей и микролитов размером от 1 до 1,5 мм. На 30-е сутки лечения Канефроном Н кристаллизованные соли и микролиты в лоханках и чашечках у больных основной группы практически не определялись. У больных сравнительной группы кристаллы солей в почечных лоханках и в чашечках продолжали определяться у $25,0 \pm 2,3\%$. При исследовании частоты обострения хронического пиелонефрита и рецидива мочекаменной болезни в отдаленные сроки (на протяжении года) у 30,0% пациентов из группы сравнения было несколько раз обострение инфекционно-воспалительного процесса в почках. При этом, рецидив мочекаменной болезни у этих пациентов отмечался у 10%. При исследовании частоты обострения хронического пиелонефрита и рецидива моче-

каменной болезни в отдаленные сроки (на протяжении года) у больных основной группы, с применением Канефрана Н, обострение хронического пиелонефрита отмечалось у 9,1%, а рецидива мочекаменной болезни не было ни у одного больного.

ВЫВОДЫ

1. На поверхности и в структурах мочевых камней содержится персистирующая патогенная микрофлора, которая высвобождается при оперативных способах разрушения камней, способствует длительному поддержанию хронического воспалительного процесса в этих органах и является важной причиной рецидива нефролитиаза.

2. Применение после литотрипсии стандартного антибактериального лечения является недостаточно эффективным способом для ликвидации в мочевых путях патогенной микрофлоры и профилактики рецидива мочекаменной болезни, а также солевой обструкции почечных дренажей и стентов.

3. Применение в амбулаторных условиях Канефрана Н является эффективным способом ликвидации хронического инфекционного воспаления в почках и мочевых путях, обусловленного персистирующей патогенной микрофлорой, снижения в крови мочевой кислоты, нормализации рН мочи и улучшения кровообращения в почках, и, как следствие – профилактики рецидива мочекаменной болезни в послеоперационном периоде.

РЕАКЦИЯ ПОЧЕК НА РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ

Д.В. Черкасов, В.И. Бачурин, В.М. Черкасов

Запорожский государственный медицинский университет

Использование современных малоинвазивных методов литотрипсии при постоянной тенденции к росту уретеролитиаза позволяет эффективно и в короткие сроки устраниить обструкцию мочеточника и ее причину.

В работе представлены результаты обследования и лечения 50 пациентов с камнями мочеточников. Возраст пациентов составлял от 20 до 76 лет. По локализации у 28 пациентов камни находились в верхней трети мочеточника, у 22 пациентов – в нижней трети мочеточника. Размеры камней колебались от 5 до 16 мм.

Дистанционная литотрипсия (ДЛТ) проводилась на литотрипторе Siemens Modularis Variostar. Контактную литотрипсию (КЛТ) выполняли с помощью ригидного уретероскопа 9,5 Шр фирмы Karl Storz и пневматического литотриптора Calcusplit Karl Storz.

Все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошло 25 пациентов, которым проводилась ДЛТ в качестве монотерапии. Во 2-ю группу – пациенты, у которых выполнено ДЛТ камней с предварительным или последующим стентированием почки, а также пациенты, кото-

рым проведена КЛТ камней и уретероскопия с литоэкстракцией.

Первичная эффективность сеанса ДЛТ у больных 1-й группы составила 84% (21 пациент). Эффективность КЛТ и уретероскопии с литоэкстракцией во 2-й группе составила 85% (19 пациентов).

По данным радиоизотопной ренографии (РРГ) на 5–7-е сутки у больных 1-й группы функция почки нормализовалась в 56% случаев (14 пациентов), а во 2-й группе – у 29% (7 пациентов). Креатинин крови в 1-й группе нормализовался в 47% (9 пациентов), во 2-й группе – в 42% (8 пациентов). По данным УЗИ расширение полосной системы почки в 1-й группе ликвидировано в 67% (16 пациентов), а во 2-й группе – 76% (19 пациентов).

Через 3 месяца обследовано 22 пациента. Из 10 пациентов 1-й группы функциональные показатели почки восстановились у 90% (9 человек), а из 2-й группы – у всех 12 пациентов.

Таким образом, четко прослеживается прямая зависимость между сроками обтурации и восстановления функции почек после уретеролитотрипсии.

МЕТАФІЛАКТИКА ФОСФОРНОКИСЛОГО НЕФРОЛІТАЗУ ЗА УМОВ ВИЗНАЧЕННЯ ЙОГО ЕТІОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ

B.B. Черненко, A.L. Клюс, D.B. Черненко, B.Й. Савчук, H.I. Желтовська

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Були вивчені етіологічні фактори розвитку рецидивного фосфорнокислого нефролітазу (ФКН) у 118 хворих, розділених на 3 групи за результатами обстеження – мінерального складу конкрементів, pH та мікробного пейзажу сечі: I група – 34 хворих з магнієвмісними конкрементами – струвіт (30 випадків), н'юберіт (4 випадки); II група – 20 хворих з кальцієвмісними каменями – гідроксилапатит (17 випадків), брушит (3 випадки); III група – 52 хворих зі змішаними конкрементами, з підгрупами за комбінаціями компонентів останніх: А – 21 хворий (струвіт+ведделліт – 10 випадків, струвіт+ве-велліт – 11 випадків); Б – 31 хворий (гідроксилапатит+ве-велліт); контрольна група – 12 хворих з оксалатними конкрементами (ве-велліт – 9 випадків та ведделліт – 3 випадків).

Визначені особливості розвитку каменів з вмістом струвіту – «інфекційні камені»: наявність уреазорозщепляючих бактерій, виразне зауваження сечі, ріст і формування рецидивного каменя від 2 до 6 місяців з тяжким перебігом хвороби. «Умовно інфекційні камені» – найчас-

тішим інфекційним збудником є E.coli або їх міксти, ріст і формування рецидивного каменя від 6 до 12 місяців, pH сечі в межах від 6,4 до 6,7 без присутності уреазорозщепляючих бактерій. За визначеною частотою рецидивування у хворих з «інфекційними каменями» запропонована посилена двоетапна метафілактика (МФ): 1) рання МФ вимагає визначення збудника та pH сечі з подальшою антибактеріальною терапією в доопераційному періоді, підкислення сечі препаратами: Ноцистальтм, Афлазін, Літовіт–У, Марена красильна, марелін, хлористий амоній+ метіонін, за умови адекватного зовнішнього дренування нирки; 2) віддалена МФ включає постійний мікробіологічний та pH контроль сечі, щомісячні загальнолабораторні, УЗ та рентген дослідження з подальшою корекцією pH сечі, адекватної антибактеріальної терапії та водного режиму.

Отриманні дані покращують результати лікування хворих ФКН, зменшують кількість рецидивів і підвищують ефективність роботи урологів з цією категорією хворих.