

**Матеріали науково-практичної конференції
«СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
В УРОЛОГІЇ, АНДРОЛОГІЇ ТА ОНКОУРОЛОГІЇ»
м. Дніпро
27 жовтня 2017 р.**

**ЗНАЧЕННЯ ЕЛЕКТРОМОГРАФІЇ В ЛІКУВАННІ
ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ НЕЙРОГЕННОЮ
ПАТОЛОГІЕЮ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ
ТА ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ТОВСТОЇ КИШКИ
ПО ГІПТОНІЧНОМУ ТИПУ**

*С.О. Возіанов¹, М.П. Захаращ², Ю.М. Захаращ², Н.А. Севаст'янова³,
П.В. Чабанов³, В.Ю. Угаров³, АС. Репринцева³*

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

³ КНП «ЦПМСД № 2»

Вступ. Поєднання нейрогенної дисфункції сечового міхура і товстої кишки посилює тяжкість стану хворих і взаємообумовлює несприятливий вплив одного органу на інший. Це пояснюється тим, що іннервация органів малого таза походить з одних і тих же сегментів S2-S4 спинного мозку, відображає іннервацию крижкового відділу спинного мозку і провідних шляхів.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування хворих з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечових шляхів та дистального відділу товстої кишки по гіпотонічному типу.

Матеріали та методи дослідження. Комплексна діагностика та консервативне лікування було проведено хворим на гіпотонічний сечовий міхур з поєднаною патологією дистальних відділів товстої кишки у 28 чоловіків та 29 жінок.

Середній вік у чоловіків склав $53,8 \pm 2,2$ року, у жінок – $58,4 \pm 2,8$ року. Тривалість захворювання у чоловіків – $19,6 \pm 1,5$ місяців та $21,2 \pm 1,4$ місяця у жінок.

Усім хворим з метою діагностики та контролю ефективності лікування до початку та після першого, третього та шостого курсів проводилась електроміографія (ЕМГ) сечового міхура та дистального відділу товстої кишки та їх сфинктерного апарату. Консервативна терапія включала проведення електростимуляції за стимулюючою методикою.

Результати та їх обговорення. При проведенні ЕМГ м'язових структур сечового міхура та товстої кишки у чоловіків нами отримано середнє значення різниці біопотенціалів, а саме, детрузора $26,6 \pm 1,2$ мкВ, стінки товстої кишки $45,2 \pm 1,9$ мкВ, на внутрішньому сфинктері сечового міхура $22,4 \pm 1,3$ мкВ, на зовнішньому сфинктері $39,3 \pm 1,4$ мкВ. При оцінці сфинктерного апарату товстої кишки ми спостерігали на внутрішньому сфинктері $41,1 \pm 1,8$ мкВ, а на зовнішньому сфинктері $51,4 \pm 2,1$ мкВ.

Після лікування хворих цієї групи різниця біопотенціалів м'язових структур сечового міхура та товстої кишки склала детрузора $33,9 \pm 1,4$ мкВ, де покращення склало $21,5\%$ ($p < 0,05$), стінки товстої кишки $59,7 \pm 2,5$ мкВ, $24,3\%$, ($p < 0,05$), на внутрішньому сфинктері сечового міхура $30,7 \pm 1,5$ мкВ, 27% ($p < 0,05$), на зовнішньому сфинктері $45,7 \pm 1,7$ мкВ, 14% , ($p < 0,05$). При оцінці сфинктерного апарату товстої кишки ми спостерігали на внутрішньому сфинктері $57,9 \pm 2,4$ мкВ, 29% , ($p < 0,05$), а на зовнішньому сфинктері $80,9 \pm 3,9$ мкВ, $36,5\%$, ($p < 0,05$) відповідно.

У групі досліджених жінок ЕМГ м'язових структур сечового міхура та товстої кишки визначила середнє значення різниці біопотенціалів детрузора $23,4 \pm 1,2$ мкВ, стінки товстої кишки $42,3 \pm 1,9$ мкВ, на внутрішньому сфинктері сечового міхура $19,6 \pm 1,2$ мкВ, на зовнішньому

сфінктері $34,7 \pm 1,8$ мкВ. При оцінці сфінктерного апарату товстої кишки ми спостерігали на внутрішньому сфінктері $38,1 \pm 1,9$ мкВ, а на зовнішньому сфінктері $49,2 \pm 2,1$ мкВ.

Після лікування хворих цієї групи різниця біопотенціалів м'язових структур сечового міхура та товстої кишki склала: детрузора $31,9 \pm 1,5$ мкВ, де покращення – $26,6\%$ ($p < 0,05$), стінки товстої кишki $53,8 \pm 2,0$ мкВ, $21,4\%$ ($p < 0,05$), на внутрішньому сфінктері сечового міхура $28,9 \pm 1,4$ мкВ, $32,2\%$ ($p < 0,05$), на зовнішньому сфінктері $40,2 \pm 2,0$ мкВ, $13,7\%$ ($p < 0,05$). При оцінці сфінктерного апарату товстої кишки ми спостері-

гали на внутрішньому сфінктері $47,9 \pm 2,1$ мкВ, $20,5\%$ ($p < 0,05$), а на зовнішньому сфінктері $62,7 \pm 2,3$ мкВ, $21,5\%$ ($p < 0,05$) відповідно.

Таким чином, за даними ЕМГ відмічено статистично значуще покращення показників функціонального стану нижніх сечових шляхів та дистальних відділів товстої кишки.

Висновки

Дані електроміографічних досліджень дозволили розробити та оптимізувати методи лікування в залежності від стану тонусу нервово-м'язових структур нижніх сечових шляхів та дистальних відділів товстої кишки.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОЛИТОТОМИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ

С.Н. Шамраев, В.А. Черноус, Д.Н. Шамраева

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины»
ГУ «Институт урологии НАМН Украины»*

Цель исследования: оценить трехлетние результаты лапароскопической пиелолитотомии в сравнении с открытой пиелолитотомией.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ клинических данных 192 пациентов, перенесших пиелолитотомии на базах кафедры урологии ДонНМУ имени М.Горького (до 2015 г.) и отдела эндоурологии и литотрипсии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» (2015–2016 гг.). За период 2008–2016 гг. выполнено 45 (23,6%), открытая пиелолитотомия (ОПЛТ) – 1-я группа пациентов и 147 (76,4%) – лапароскопическая пиелолитотомия (ЛПЛТ) – 2-я группа. Мужчин было 90 (46,9%), женщин – 102 (53,1%). Пациенты обследованы согласно стандартам урологической помощи (Приказ МОЗ Украины № 330). В постоперационном периоде больные получали антибиотикотерапию согласно данным посева мочи. Дренажи удаляли по достижению дебита менее 25 мл. Через 6 мес. после операции обследованы 112 (58,3%) пациентов, через 1 год – 102 (52,1%), через 3 года – 83 (43,2%). Осложнения оценивали по унифицированной системе хирургических осложнений (Clavien–Dindo, 2007). Хорошим результатом операции считали – отсутствие de novo камнеобразования в лоханке оперированной почки, отсутствие обструкции верхних мочевых путей на стороне удалённого камня ($RI > 0,7$), нормальный уровень креатинина плаз-

мы крови, отсутствие обострений хронического пиелонефрита. Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с использованием методов вариационной статистики, реализованная пакетом программ Medstat, Statistica 8.0. и Excel.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов группы лапароскопии применяли трансабдоминальный доступ, при открытом вмешательстве – забрюшинный люмботомический доступ. У 32 (21,8%) пациентов второй группы ЛПЛТ комбинировали с чресстроакарной эндопиелотоэкстракцией с помощью гибкого нефроцитоскопа 14 Ch. Достоверные различия исследуемых групп отмечены по следующим показателям: интраоперационная кровопотеря в 1-й группе составила 270 ± 12 мл против 50 ± 10 мл во 2-й группе; длительность постоперационной госпитализации и уровень постоперационных осложнений во 2-й группе был на 60% и 62% меньше по сравнению с 1-й группой (соответственно, $4,8 \pm 0,9$ против 12 ± 2 сут. ($p < 0,05$), и 4% против 66% ($p < 0,01$)). Хороший результат у пациентов 2-й группы (ЛПЛТ) достигнут в 97% наблюдений, что на 61% превышает данный показатель 1-й группы (ОПЛТ) – 36%. Полученные данные соответствуют современным данным литературы. Так, например, Janechek et al. (2013) доложил о ретроспективном анализе 26 исследований (case-control) с общим числом

наблюдений 248 (за период с 1998 по 2011 г.): размеры удаленных камней лоханки варьировали от 13 до 55 мм, время операций – от 90 до 145 мин, кровопотеря – от 50 до 150 мл (в среднем 77 ± 42 мл), Stone-Free-Rate – от 71 до 100% (в среднем $93 \pm 8\%$). При этом, у 64 (25,8%) пациентов выполнена лапароскопическая (ЛСК) нефролитотомия, у 52 (21,0%) – сочетание доступа к камню в виде нефро- и пиелолитотомии, в оставшихся 132 (53,2%) наблюдениях – ЛСК пиелолитотомия.

Выводы

ЛПЛТ, при меньшем количестве осложнений (4%) по сравнению с ОПЛТ (66%), технически выполнима в условиях оснащенного урологического отделения, отвечает требованиям современной функциональной хирургии и должна рассматриваться в первую очередь перед открытым хирургическим вмешательством, если пациент не подлежит эндоскопическому лечению по поводу МКБ. ЛПЛТ может рассматриваться в редких клинических случаях, когда перкутанская нефролитолапаксия, дистанционная

литотрипсия или ретроградная интрапочечная хирургия конкрементов – ожидаются будет малоэффективна за одну процедуру. Современными показаниями могут быть случаи сложной анатомии (камень в переднем дивертикуле почки, необходимость резекции полюса почки, тазовая дистопия почки, солитарный коралловидный конкремент 1–2-й степеней, большая экстрапаренхиматозная лоханка почки) или необходимости сопутствующей коррекции пиелoureterального сегмента, аномалий скелета у пациента с нефролитиазом, сочетаний нефролитиаза с ХПН 2–3-й степеней, а также при неуспехе предыдущего эндоскопического пособия или нежелании пациента ему подвергнуться. Особым показанием к ЛПЛТ может служить социо-экономическая необходимость, требующая разрешения клинической проблемы за одну лечебную сессию. Обязательным этапом ЛПЛТ следует считать чрестроакарную эндопиелоскопию с возможной литоэкстракцией для достижения большего послеоперационного Stone-free уровня.

НОВИЙ СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ВЕЗИКО-УРЕТРАЛЬНОГО АНАСТАМОЗУ ПРИ РАДИКАЛЬНІЙ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

С.М. Шамраєв, А.М. Леоненко

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Рак передміхурової залози (РПЗ) – це онкологічне захворювання, яке є однією із часто діагностованих парапеноплазій у чоловічого населення. У США РПЗ – це найбільш часто діагностований «non-skin cancer», що займає друге місце серед причин смерті від онкологічних захворювань у чоловіків, при чому захворюваність на РПЗ коливається в широких межах між представниками різних національностей і етнічних груп.

Згідно з даними Європейської асоціації урологів у Європейському союзі щорічно діагностується близько 417 тис. випадків захворювання і 92,2 тис. випадків смерті від РПЗ. Рак простати посідає третє місце в структурі онкологічної захворюваності та смертності чоловічого населення України.

Широке впровадження визначення рівня ПСА плазми крові, розповсюдження магнітно-резонансної томографії із контрастним підсиленням привели до активного виявлення ве-

ликої кількості хворих на локалізований РПЗ та зниження медіані віку пацієнтів при встановленні їм діагнозу. Вище вказане поряд із «ренесансом» інтересу до ПРПЕ в її «анatomічному» варіанті призвело до широкого впровадження радикальної простатектомії як способу основного лікування локалізованого РПЗ.

Загалом, протягом останніх десятиліть, окрім, безумовно, обов'язкового досягнення радикальності операції, чітко намітився тренд до покращення якості життя хворих після виконання РПЕ – є однією із актуальних проблем сучасної урології та вирішується шляхом мінімізації післяопераційних ускладнень. Нині розроблено багато варіантів інтраопераційних модифікацій, спрямованих на попередження виникнення ранніх післяопераційних ускладнень та покращення функції утримання сечі.

Однак методики, яка дозволяє досягти оптимальних функціональних результатів, досі не представлено, що диктує необхідність вдоско-

налення техніки формування везико-уретрального анастомозу.

Мета дослідження: удосконалити методику формування везико-уретрального анастомозу (ВУА) при виконанні ендоскопічної радикальної простатектомії (ЕРПЕ) та оцінка її безпосередніх результатів у порівнянні із двома стандартними загальноприйнятими методиками.

Матеріали та методи дослідження. У даному дослідженні дано оцінку найближчих результатів різноманітних способів формування ВУА у хворих на локалізований рак передміхурової залози ($n=101$), які перенесли радикальне хірургічне втручання в одному центрі третинного рівня надання медичної допомоги протягом 2015–2016 рр. Хворі були розподілені на три групи. До I групи увійшли 24 (23,8%) хворих, які перенесли модифіковану ЕРПЕ. До II групи – 49 (48,5%) хворих, яким проводилось формування ВУА за способом R.F. Van Velthoven. До III групи – 28 (27,7%) хворих, у яких формування ВУА відбувалось за способом J.-U. Stolzenburg. Аналізовано 75 параметрів (клінічні, біохімічні, патологічні, результати інструментальних досліджень та ін.) по кожному з пацієнтів. Ускладнення розподілено: за кількістю; за ступенем тяжкості відповідно до шкали P.A. Clavien та ін. (2009); за типом по G. Novara та ін. (2010). Дані оброблені методами параметричної та непараметричної статистики (критерій Шапіро–Уілка, U-критерій Манна–Уйтні, χ^2 Пірсона, точний критерій Фішера). Статистично значущими вважали дані з вірогідністю різниці при $p<0,05$.

Результати та їх обговорення. Досліджувані групи статистично значимо не відрізнялися: за віком хворих, часом дебюту захворювання, кількістю проведених післяопераційних ліжкодіб, величиною загального ПСА, ємності сечового міхура та об'ємом залишкової сечі за даними передопераційного УЗД, об'ємом передміхурової залози, використанням неоад'ювантної терапії перед проведенням хірургічного лікування та вагою хворих.

Медіана часу катетеризації сечового міхура у групі нового способу ВУА становила 7 (7; 10) днів і була на 41,7% меншою за аналогічний показник у групі однорядного безперервного шва – 12 (10; 14,5) днів ($p<0,001$) та на 26,3% меншою, ніж у групі однорядного вузлового ВУА – 9,5 (7; 15,5) днів ($p<0,05$). Досліджуваний спосіб ЕРПЕ ілюструє меншу крововтрату, ніж група ЕРПЕ з формуванням ВУА за способом Van Velthoven: 200 (150; 300) vs 400 (200; 600) мл ($p<0,01$), відповідний об'єм крововтрати у групі хворих, прооперованих із ви-

користанням способу J.-U. Stolzenburg становив 225 (150; 300) мл ($p>0,05$).

Не отримано жодної статистично значущої відмінності у показниках переферичної гемограми та креатиніну/сечовини у досліджуваних групах ($p>0,05$). При аналізі кожної групи пацієнтів враховувались відзначені в медичній документації дані щодо супутньої патології у досліджуваних хворих.

Статистично значущої розбіжності у коморбідності хворих у досліджуваних групах виявлено не було. Важливо зазначити, що у всіх групах превалують супутні захворювання серцево-судинної системи у формі артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця. На артеріальну гіпертензію страждали 58,3% хворих у групі I, 71,4% у групі II та 57,1% у групі III. Ішемічна хвороба серця була діагностована у 45,8% хворих групи I, 34,7% групи II і 46,4% групи III. Це потребує поглиблена висвітлення питання діагностики та симптоматичної терапії розладів серцево-судинної системи у хворих на РПЗ до та після виконання хірургічного лікування.

Було виявлено 11 (45,8%) ускладнень у групі I, 40 (81,6%) ускладнень у групі II і 21 (75%) ускладнення у групі III. В усіх групах переважали генітоуринарні ускладнення – 8 (33,3%) спостережень для групи I, 32 (65,3%) для групи – та 16 (57,1%) для групи III.

Кровотечі, які потребували трансфузії компонентів крові (еритроцитарна маса та свіжозаморожена плазма), були задокументовані у: група I – 1 (4,2%), група II – 5 (10,2%), група III – 1 (3,6%). Інфекційні ускладнення: група I – 2 (8,3%), група II – 3 (6,1%) і група III – 2 (7,1%).

Кількість генітоуринарних ускладнень у групі ЕРПЕ з виконанням запропонованого способу формування ВУА була статистично значимо меншою за таку у групі безперервного шва ВУА ($p=0,013$) переважно за рахунок рідшого виникнення негерметичності ВУА ($p=0,047$) та зменшення частоти післяопераційного нетримання сечі ($p=0,041$). Незважаючи на більшу кількість генітоуринарних ускладнень у III групі статистично групи однорядного та дворядного швів ВУА не відрізнялась ($p=0,102$).

В усіх групах хворих превалують «малі» ускладнення за P. A. Clavien. Так, для групи I цей показник складав 37,5%, для групи II – 75,5% та 64,3% для групи III, аналогічно у всіх групах переважали хворі з сумою балів Глісон 6 та клінічною стадією за TNM pT2c.

Висновки. Отримані в результаті цього дослідження дані щодо зменшення кількості

післяопераційних ускладнень при виконанні нового способу формування ВУА при ЕРПЕ свідчать про перспективність подальшого ви-

вчення даної проблеми в аспекті мінімізації ускладнень ЕРПЕ та покращення якості життя хворих на РПЗ.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ БЕЗПОСЕРЕДНІХ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА УСКЛАДНЕТЬ ВІДКРИТОЇ ЗАЛОБКОВОЇ ТА ЕНДОСКОПІЧНОЇ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

С.М. Шамраєв, А.М. Леоненко

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Рак передміхурової залози (РПЗ) є однією із найбільш розповсюджених та важливих медико-соціальних проблем як для урологічної дисципліни, так і для охорони здоров'я в цілому.

В Україні показник захворюваності становить 36,9 на 100 тис. чоловічого населення, сумарно щороку реєструється близько 8000 випадків, а приріст загальної кількості хворих на РПЗ із 1994 до 2013 р. становив 125,6%. Наведені вище дані свідчать про прогресуюче збільшення кількості хворих на РПЗ, які потребують спеціалізованої медичної допомоги.

Незважаючи на впровадження таких методів лікування РПЗ, як радіочастотна абляція, кріоабляція, трансуретральна радикальна простатектомія, 3D-конформна променева терапія, брахітерапія та ін., радикальна простатектомія (РПЕ) залишається «золотим стандартом» хірургічного лікування РПЗ, особливо в Україні у зв'язку із відсутністю всього арсеналу лікувальних технологій у медичних закладах. Техніка та методика виконання РПЕ не є сталою і постійно вдосконалюється.

Основні зусилля вчених спрямовані у напрямку підвищення радикальності, а також зменшення кількості ускладнень та несприятливих наслідків РПЕ. Іншим напрямом є максимальне збереження контактних до зони хірургічного втручання тканин, що найчастіше досягається за рахунок мінімізації операційного доступу. З кінця 80-х років минулого сторіччя бурхливого розвитку у світі набули малоінвазивні методики: ендоскопічні та лапароскопічні техніки хірургічного лікування різноманітних органів та систем. Розвиток малоінвазивної хірургічної техніки з часом приніс нову філософію і у хірургічне лікування РПЗ. Так, вперше лапароскопічну радикальну простатектомію (ЛРПЕ) було ви-

конано у вересні 1991 р., ендоскопічну екстраперитонеальну радикальну простатектомію (ЕЕРП) у червні 1997 р., а у вересні 2000 р. робот-асистовану ранасперитонеальну радикальну простатектомію. Теперішній час знаменується тенденцією до широкого впровадження малоінвазивних радикальних простатектомій (МРПЕ), але в Україні більш ніж 80% РПЕ виконується за стандартною відкритою методикою із позадулонного (залобкового) доступу.

Мета дослідження. Провести порівняльний аналіз ускладнень позадулонної радикальної простатектомії (ПРПЕ) та малоінвазивної радикальної простатектомії (МРПЕ) у хворих на рак передміхурової залози шляхом визначення частоти і тяжкості післяопераційних ускладнень.

Матеріали та методи дослідження. Було проаналізовано історії хвороби 453 хворих, які перенесли радикальну простатектомію (РПЕ), в умовах ДУ «Інститут урології НАМН України» у 2013–2015 рр. – 296 (65,3%) пацієнтів та ДУ «Інститут невідкладної та відновної хірургії ім. В. К. Гусака НАМН України» протягом 2006–2013 рр. – 157 (34,7%) пацієнтів. Усіх хворих розподілили на дві групи. Група I включала 210 (46,4%) пацієнтів, яким було виконано МРПЕ, до групи II увійшли 243 (53,6%) хворих, що перенесли ПРПЕ. Клінічну стадію РПЗ визначали за класифікацією TNM, періопераційний ризик оцінювали за ASA. Ускладнення було розподілено: за кількістю; за ступенем тяжкості відповідно до шкали P.A. Clavien та ін. (2004); за типом по G. Novara та ін. (2010); прогностичні групи формувались за P.M. Pierorazio та ін. (2013).

Для проведення аналізу та виявлення статистичної значимості відмінностей між показниками обох груп користувались критерієм χ^2 Пірсона (число ступенів свободи $df=1$, якщо не вказано інше). При мінімальному значенні

очікуваного явища <5 користувались точним критерієм Фішера. Статистично значущими вважали дані з вірогідністю різниці при $p<0,05$.

Результати дослідження. Було виявлено 172 ускладнення в групі I у 110 (52,4%) пацієнтів і 178 у групі II серед 115 (40,3%) хворих. В обох групах переважали генітоуринарні ускладнення.

У групі МРПЕ генітоуринарні ускладнення становили $64,8\pm3,3\%$ проти $50,2\pm3,2\%$ у групі ПРПЕ ($\chi^2=9,736$, $df=1$, $p<0,01$), кількість проведених гемотрансфузій в обох групах була практично рівною $10,5\pm2,1\%$ та $10,3\pm1,9\%$, відповідно ($\chi^2=0,004$, $df=1$, $p>0,05$), а кількість інфекційних ускладнень була вищою у групі ПРПЕ $8,6\pm1,8\%$, ніж у групі МРПЕ $3,3\pm1,2\%$ ($\chi^2=5,474$, $df=1$, $p<0,05$) – це пояснюється малоінвазивністю оперативного доступу, що, в свою чергу, мінімізує сторонню інконтамінацію як зони хірургічного втручання, так і післяопераційної рани та відсутністю «відкритої» рани. Серед генітоуринарних ускладнень переважали нетримання сечі 29,0% vs 20,1% та негерметичність ВУА 16,7% vs 10,7% для груп I та II, відповідно.

Необхідно зазначити те, що в одного пацієнта, в обох групах, могли спостерігатися більше одного ускладнення як того самого, так і різного ступеня важкості у різні проміжки післяопераційного періоду.

Статистично значимої міжгрупової відмінності у кількості ускладнень, що припадали на одного хворого виявлено не було ($\chi^2=1,152$, $df=1$, $p>0,05$).

В обох групах переважали «малі» ускладнення (Clavien I–II) $80,8\pm2,7\%$ та $85,9\pm2,2\%$, «великі» ускладнення (Clavien III–IV) були зафіковані у $19,2\pm2,7\%$ та $14,1\pm2,2\%$ у групах I та II, відповідно.

У обох групах «великі» ускладнення переважно представлені повторними хірургічними

втручаннями. Летальних випадків (Clavien V) у ранньому післяопераційному періоді в обох групах виявлено не було.

Процент відсутності РПЗ за даними післяопераційного заключного гістологічного дослідження у групі МРПЕ складав $2,9\pm1,1\%$, а у групі ПРПЕ $3,3\pm1,1\%$.

Статистично значима менша кількість хворих з патологічною стадією pT1a-c у групі I ($\chi^2=14,715$, $p<0,01$) та більшу зі стадією pT2a-c ($\chi^2=12,490$, $p<0,01$) порівняно із групою II, крім того тільки у групі II зустрічались пацієнти зі стадією pT4 ($\chi^2=10,653$, $p<0,01$).

В обох досліджуваних когортах превалювали хворі I прогностичної групи (П.Г.) згідно з класифікацією Р. М. Pierorazio – 97 (46,2±3,4%) та 104 (42,8±3,2%), до II групи віднесено – 64 (30,5±3,2%) та 54 (22,2±2,7%) хворих, до III групи – 14 (6,7±1,7%) та 22 (9,1±1,8%), до IV групи увійшли 13 (6,2±1,7%) та 23 (9,5±1,9%) хворих і V групу складали 4 (1,9±0,9%) та 19 (7,8±1,7%) пацієнтів, відповідно.

Висновки. Нині парадигма загального зменшення несприятливих наслідків РПЕ диктує необхідність поглиблого вивчення та класифікації післяопераційних ускладнень з метою розробки методів, спрямованих на їх мінімізацію.

Кількість і характер зафікованих ускладнень у досліджуваних групах свідчить про необхідність додаткової розробки комплексу заходів, які направлені на попередження ускладнень інфекційної групи при проведенні ПРПЕ та генітоуринарної при проведенні МРПЕ. Виникнення переважної кількості ускладнень генітоуринарної групи, які були зареєстровані у групі МРПЕ – залежить від етапу формування везико-уретрального анастамозу та може бути суттєво знижено шляхом його удосконалення.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОБІЦЕКЛІНІЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАННЯ ПАЦІЕНТОВ С МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНИМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ПРОГНОЗИРОВАННІ ІСХОДОВ І ОСЛОЖНЕНИЙ ЕГО ХИРУРГІЧЕСКОГО ЛЕЧЕННЯ

С.Н. Шамраев¹, В.П. Стусь², В.Д. Васильєва³, Д.Н. Шамраєва⁴

¹ ГУ «Інститут урології НАМН України»

² Дніпропетровська медичинська академія МЗ України

³ Національний медичинський університет ім. А.А. Богомольца

⁴ Донецький національний медичинський університет ім. М. Горького

Введение. Диагностика и лечение рака мочевого пузыря (РМП) – одна из наиболее сложных и актуальных проблем современной онкоурологии как во всем мире, так и в Украине. РМП занимает 9-е место в мире по распространенности относительно других онкологических заболеваний. Более 60% всех новых случаев и более 8000 летальных исходов от РМП были зарегистрированы в странах с низким уровнем экономического развития. Согласно опубликованному в 2016 году глобальному обзору заболеваемости и смертности от РМП в мире, основанному на данных ресурса CI5 – глобальной базе данных мировых канцер-регистров, самый высокий уровень заболеваемости был выявлен в Европе. Снижение уровня заболеваемости РМП наблюдалось среди мужчин Западной и Северной частей Европы и возрастали в Южной, Центральной и Восточной Европе. Показатели смертности среди мужского контингента Европы были самыми высокими в мире, особенно в Восточной, Южной Европе и странах Балтийского моря. В тоже время, самые высокие показатели заболеваемости среди женщин были зарегистрированы в Дании, Норвегии и Швейцарии, а уровень смертности от РМП среди женщин Дании снизился на 2,3% с 1998 до 2012 года. В целом уменьшение смертности женского населения наблюдается среди всех регионов Европы [1–3].

В Украине в 2014–2015 годах РМП занимал третье место в структуре мужской онкопатологии и 15-е – среди женской. Заболеваемость в среднем составляет 10,9 наблюдений, а смертность – 4,4 на 100 тыс. населения. Впервые мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (МИРМП) выявляется менее чем у 50% больных, хотя у большинства из них в дальнейшем имеется миграция стадии РМП до инвазии в мышечный слой, что способствует росту летальности до 1 года, которая достигает 21,9% [4].

Радикальная цистэктомия на протяжении последних 30 лет является «золотым» стандартом лечения локализованного МИРМП [5, 8]. Выбор оптимального объема операции основывается на информации о морфологическом строении опухоли, ее локализации, распространенности опухолевого процесса и соматическом состоянии больного. Стандартное выполнение РЦЭ предполагает эвисцерацию органов малого таза у женщин. У мужчин данное хирургическое вмешательство включает удаление мочевого пузыря единым блоком с предстательной железой, семенными пузырьками и регионарными лимфоузлами, что позволяет не только полностью удалить опухоль в пределах здоровых тканей, но и делает возможным устранение потенциально возможных источников возникновения новых рецидивов. Основным аргументом в пользу такого объема вмешательства являются результаты морфологических исследований, которые демонстрируют наличие первично-множественного рака мочевого пузыря и простаты у 20–48% пациентов, перенесших РЦЭ [6, 7]. Анализ литературы свидетельствует о том аргументе, что на сегодняшний день не проведено ни одного рандомизированного клинического исследования, которое показало бы преимущество какого-либо альтернативного метода лечения МИРМП по сравнению с РЦЭ [8].

Впрочем, несмотря на появление миниинвазивной и роботизированной хирургии, РЦЭ сопровождается высокими показателями осложнений и смертности. Уровни ранних послеоперационных осложнений варьируют от 28% до 64% даже в специализированных мировых центрах [9–11]. А частота 90-дневной летальности, согласно демографическим исследованиям, остается в диапазоне от 5,1% до 8,1%, что является высоким для радикальных операций [12, 13]. В числе наиболее часто развивающихся постоперационных

осложнений после проведения РЦЭ с реконструкцией мочевых путей выделяют: гастроинтестинальные (27–29%): илеус – 7,3–13,8%, несостоятельность анастомоза – 1,1%; инфекционные (23–25%): перитонит – 1,5%, постоперационный сепсис – 0,7%; раноассоциированные (15%): инфицирование послеоперационной раны – 6–8,8%, расхождение краев раны – 3,3%; кардиальные (5–11%): острая сердечная недостаточность – 2,2%, инфаркт миокарда – 1,5% и мочеполовые (11–17%): острая почечная недостаточность – 1,1%, недержание мочи – 0,3–19,0%. Процентное соотношение в структуре осложнений варьирует в зависимости от времени возникновения. Гастроинтестинальные, инфекционные и раноассоциированные осложнения превалируют в 30-дневный период, в то время как гастроинтестинальные и мочеполовые осложнения остаются в процентном большинстве между 30 и 90 послеоперационными сутками [10, 12, 14].

Проведенная оценка онкоурологической литературы показала, что в большинстве исследований исходов РЦЭ не были использованы никакие стандартизованные системы градации осложнений, кроме как классификации их на «большие и малые». Это затрудняет сопоставление данных и, безусловно, приводит к недооценке течения интра- и раннего послеоперационного периода [16]. Кроме того, частотаperioperационных осложнений часто использовалась в качестве суррогатных показателей хирургической компетентности, стандартов качества оказания медицинской помощи, успеха новых хирургических методик и даже была предложена в качестве ориентиров для финансовой компенсации [17].

Цель работы: оценка диагностических возможностей показателей общеклинического и специальных методов обследования больных, доступных для количественного учета, в прогнозировании благоприятных и неблагоприятных исходов и perioperационных осложнений при радикальном хирургическом лечении рака мочевого пузыря.

Материал и методы исследования. Ретроспективному статистическому анализу были подвергнуты истории болезни 126 пациентов, перенесших открытую радикальную цистэктомию, которые находились под наблюдением с 2005 по 2016 год включительно. Для решения поставленной цели пациенты были распределены на 2 группы. В 1-ю группу вошли те больные, которые имели благоприятный исход интра- и ближайшего послеоперационного периода – 82

(54,7%) наблюдения, т.е. пациенты, у которых не было отмечено осложнений РЦЭ. Во 2-й группе представлены 44 (45,3%) пациента, имевшие осложненное течение perioperационного периода. В нее вошли те больные, у которых в ближайшем послеоперационном периоде были отмечены такие осложнения как: диастаз краев послеоперационной раны, ее нагноение; кровотечение, требующее гемотрансфузии; острый флегботормоз вен голени; обострение хронического пиелонефрита; лимфорея с формированием лимфоцеле; гематома малого таза, не поддающаяся консервативному лечению; толстокишечная непроходимость и несостоятельность кишечного анастомоза для коррекции, которых требовалось дополнительные инструментальные или оперативные пособия.

Пациентам выполнили клинические, лабораторные, рентгенологические, морфологические и ультразвуковые методы исследования согласно протоколам оказания медицинской помощи (приказ МОЗ Украины №554) и рекомендациям EAU (2005–2015). Клиническая и патологическая стадии РМП определялись согласно системе TNM в редакции 2009 года [18]. Степень дифференцировки устанавливалась по трехступенчатой системе гистоградации согласно системе ВОЗ [19]. Осложнения, развившиеся в 30- и 90-дневный срок, оценивали согласно модифицированной классификации Clavien–Dindo [15]. Полученные данные были подвергнуты математической обработке с использованием методов вариационной статистики, реализованной пакетом программ Medstat, Statistica Trial и Excel.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст больных в группе пациентов с благоприятным течением раннего послеоперационного периода составил $60,8 \pm 12,8$ лет и $58,6 \pm 9,5$ в группе пациентов с осложнениями. Данные показатели немного ниже по сравнению с возрастом больных в мультицентровых мировых исследованиях. Например, в исследовании с 679 пациентами, перенесшими РЦЭ в 18 европейских центрах, средний возраст пациентов составлял 70,0 лет, а средний возраст 50 625 пациентов, подвергнутых цистэктомии в США в период с 2001 по 2008 год, составлял 68,4 года [20, 21]. Такая незначительная разница между показателями может быть обусловлена тем, что радикальному оперативному вмешательству подвергаются чаще пациенты в возрасте 55–74 лет (43–48%), против 14% старше 75 лет [22]. Не вдаваясь в детальное описание всех исследованных параметров, можно констатировать, что в результате про-

веденного сравнительного статистического анализа 33 объективных (имеющих количественное выражение) показателей, характеризующих анамнез заболевания и объективный статус пациентов в исследуемых группах, достоверных различий выявлено не было.

В тоже время, средний срок от проведения биопсии и диагностирования МИРМП до выполнения РЦЭ составил $53,1 \pm 42,7$ дня в группе с неосложненным послеоперационным периодом и $146,9 \pm 94,4$ дня в группе с различными осложнениями. Данный показатель, во второй группе пациентов, не соответствует рекомендациям EAU, где данные сроки не должны превышать 90 дней с момента диагностирования МИРМП и превышает лимит в 1,6 раза [23]. При проведении ретроспективного анализа лечения более 300 пациентов в одной из клиник США было установлено, что задержка в осуществлении операции более чем на 90 дней приводит к статистически значимому повышению частоты развития отдаленных метастазов (81,0% против 52,0%). Подобные данные были получены при проведении анализа данных 247 больных, значительно лучшие показатели безрецидивной и общей выживаемости были зарегистрированы у пациентов, получивших лечение в срок до 90 дней, по сравнению с больными, которым лечение было проведено через более длительный период времени [24]. По данным Sánchez-Ortiz RF. и соавт. (2003) 93,0% пациентов перенесли РЦЭ в сроки, рекомендуемые EAU, однако не было выявлено статистически

значимой связи между задержкой в выполнении РЦЭ > 3 месяцев и распространностью онкологического процесса с дальнейшим снижением общей выживаемости (ОВ). Аналогичные выводы были сделаны Bruins H.M. и соавт. (2016) при проведении анализа данных более 1500 пациентов, что позволило авторам сделать вывод о рекомендательном характере проведения операции в течение 3 месяцев, а не служить фиксированной временной точкой [25, 26]. Интересныя являются данные по сопутствующей патологии у пациентов, перенесших РЦЭ. Так, индекс коморбидности Charlson был крайне высок среди пациентов первой группы, но аналогичен таковому среди пациентов второй группы – $5,4 \pm 2,5$ и $5,7 \pm 2,5$, соответственно. По мнению авторов, более 40% пациентов с индексом Charlson > 4 находятся в зоне высокого риска 10-летней смертности без учета канцер-специфической летальности и достоверно увеличивает вероятность развития послеоперационных осложнений [27]. Данный факт неоднократно был подтвержден в работах ведущих онкоурологов Европы и США [28–30].

Вывод. Таким образом, не обнаружено достоверных различий по средним величинам в группах неосложненного и осложненного раннего послеоперационного периода после РЦЭ. Считаем необходимым применить метод математического моделирования для выработки профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений РЦЭ и прогнозирование их развития.

СТРЕССОВОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКО-СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА

С.Н. Шамраев, М.А. Ридченко, И.А. Бабюк, А.А. Голец

ГУ «Інститут урології НАМН України»

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

Материалы и методы исследования. Ретроспективно оценены результаты хирургического лечения 56 женщин со СНМ в период с 2013 по 2017 г. Мы использовали базу данных двух клиник: ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

и Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. Согласно виду оперативного вмешательства были 3 группы: 1-я группа – 35 (62,5%) пациенток, которым был установлен транссобтураторный sling по методике TTV-O (Gynecare, Ethicon, США), 2-я группа – 11 (19,7%) женщин, перенесших коррекцию СНМ объемообразующим агентом Urolastik (Urogyn, Голландия), 3-я – 10 (17,8%) больных,

которым выполняли позадилобковую везикопексию по методике Burch.

Результаты и их обсуждение. Пациенты были разделены согласно классификации по степени тяжести СНМ Canabathi K. (1994). I ст. СНМ во всех трех группах наблюдался у 7 пациенток (12,5%), II ст. – у 27 больных (48,2%), III ст. – у 22 (39,3%). Возраст больных варьировал от 35 до 83 лет. Операцию TTVT-O выполняли с помощью набора Gynecare из одного разреза передней стенки влагалища (1 см) и 2 разрезов кожи на бедре в проекции на 2 см ниже горизонтальной линии, проходящей через головку клитора и проецирующихся на медиальную верхнюю четверть foramen obturatoria. На бедре слева перфоратор проводили «in-out», справа – «out-in». Далее ленту фиксировали к проводникам и без фиксации свободно располагали sling под средней третьей уретры. Во 2-й группе операцию проводили под местной инфильтрационной анестезией (1%-ный лидокаин 5 мл). После сборки системы доставки объемообразующего агента, – последний вводили парауретрально в объеме 0,4–1,4 мл по периметру уретры, избегая его инъекций в сосудистые зоны уретры. Контроль степени натяжения ленты и количества введенного объемообразующего агента проводили путем проведения пробы Вальсальвы при наполнении мочевого пузыря Г 200 мл. Позадилобковую везикопексию по методике Burch выполняли путем подшивания паравагинальной фасции к Куперовым связкам с обеих сторон двумя лигатурами ETHIBOND 2/0. Время операции варьировало от 15 до 120 минут и в среднем составило: в 1-й группе – 49,2±4,5 мин, во 2-й группе – 22,7±1,5 мин и в 3-й группе – 96,5±8,6 мин (р В0,05 для 2-й и 1-й, 2-й и 3-й,

1-й и 3-й групп). Кровопотеря при TTVT-O в среднем составляла $61,9\pm9,9$ мл, при введении Urolastik $4,4\pm0,6$ мл, при использовании методики Burch $112,0\pm18,5$ мл (рВ0,05). Средний койко-день составил в 1-й группе $6,3\pm1,4$ суток, во 2-й группе – $1,5\pm0,2$ суток, в 3-й группе – $11,2\pm1,0$ суток. Период восстановления составил в 1-й и 2-й группах от 1 до 8 суток, в 3-й группе – от 5 до 10 суток. Кровотечений, ранений внутренних органов, а также нагноения ран не выявлено. У двух женщин (3,6%) 2-й группы введение объемообразующего агента проводили после неудачных операций по установке slinga. В пяти наблюдениях (8,9%) из 56 женщин (по две пациентки в 1-й и 3-й группах и одна во 2-й группе) в послеоперационном периоде возникла острая задержка мочеиспускания (Clavien II), что было купировано уретральным дренированием на протяжении 1-й недели. Рецидив СНМ был у 3 (5,3%) больных (по одной в каждой группе). Две женщины получали селективные МЗ-холинолитики 12 недель с позитивным эффектом, одной женщине повторно вводили Urolastik для коррекции недержания мочи – также с хорошим эффектом.

Выводы. Первичная эффективность slingовых операций TTVT-O составила 91,0%, введения объемообразующих агентов – 90,9%, позадилобковой везикопексии по методике Burch – 70,0%. Выбор метода коррекции СНМ основывается на степени недержания и желании пациентки перенести тот или иной вид операции. Знание этапов операций, обеспечение лечебного заведения необходимым оборудованием и опыт операционной бригады являются обязательными условиями по предупреждению осложнений хирургического лечения СНМ.

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АБАКТЕРІАЛЬНИЙ ПРОСТАТИТ

Є.А. Литвинець, В.І. Тріщ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Вступ. Серед чоловіків працездатного віку хронічний простатит є найбільш поширеним урологічним захворюванням, а притаманні для нього симптоми є частою причиною звернення за урологічною допомогою. Тому це виправдовує пошук нових методів обстеження та лікування пацієнтів з даною патологією.

Мета дослідження: вивчення вмісту есенціальних мікроелементів (Zn, Cu, Mg,) в крові і еякуляті та особливостей антиоксидантного захисту у хворих на хронічний абактеріальний простатит та обґрунтування доказливості застосування полімікроелементних препаратів.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням перебувало 84 хворих на хронічний абактеріальний простатит, зокрема 42 із синдромом запального хронічного тазового болю (категорія IIIA) і 42 хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю (категорія IIIB). Мікроелементи цинк, мідь і магній у цільній крові та еякуляті визначали методом атомно-абсорбційної спектрофотометрії на апараті С-115 ПК. Про стан антиоксидантного захисту судили на основі кількісного визначення каталази за А.Бахом і С. Зубковою та супероксиддисмутази.

Результати та їх обговорення. Достовірне зниження мікроелементів Zn, Cu, Mg відмічалося в обох групах пацієнтів, на хронічний абактеріальний простатит. Так, зниження в крові Zn було на 32,1%, Cu на 32,5%, Mg на 22,9%, в порівнянні з контрольною групою здорових чоловіків. Також достовірне зниження даних мікроелементів відмічалося в еякуляті обох груп пацієнтів на хронічний абактеріальний простатит, відповідно Zn на 24,6%, Cu на 33,1%, Mg на 18,01%, в порівнянні з контрольною групою. Більш виражене їх зниження спостерігалось у хворих із синдромом запального хронічного тазового болю, відповідно в крові Zn на 23,6%, Cu на 40,1%, Mg на 22,4%, в еякуляті Zn на 17,1%, Cu на 24,9%, Mg на 10,2%, в порівнянні з групою хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю. Також відмічено, що при тривалому перебігу хронічного абактеріального простатиту відбувається зниження рівнів антиоксидантних ферментів. Так, у пацієнтів з три-

валістю захворювання > 6 років рівень каталази в крові на 8,9% нижчий, ніж у пацієнтів з тривалістю захворювання < 3 років. Також спостерігався у хворих на хронічний абактеріальний простатит, з тривалістю захворювання > 6 років нижчий рівень супероксиддисмутази на 21,1 %, ніж у пацієнтів з тривалістю захворювання < 3 років. Тобто, відмічений чіткий зв'язок між зниженням каталази і супероксиддисмутази в крові пацієнтів із хронічним абактеріальним простатитом із тривалістю захворювання. Більш виражене зниження було відмічено у пацієнтів із синдромом запального хронічного тазового болю, відповідно каталази на 11,2%, супероксиддисмутази на 12,6%, в порівнянні з групою хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю. В результаті проведеного кореляційного аналізу, виявлено що між вмістом Zn, Cu, Mg в крові та ферментами АОЗ встановлена достовірна залежність.

Висновок. При хронічному абактеріальному простатиті відмічено зниження рівня цинку, міді та магнію як і в крові, так і в еякуляті хворих. Дефіцит даних мікроелементів достовірно збільшується при тривалому анамнезі захворювання. Більш значне зниження Zn, Cu, Mg простежується у хворих із синдромом запального хронічного тазового болю.

Метаболічні зміни за наявності дефіциту Zn, Cu, Mg корелюють з дисбалансом в системі АОЗ, а саме зі зниженням рівня антиоксидантного захисту, що потрібно враховувати в лікуванні хворих на хронічний абактеріальний простатит.

ОСОБЕННОСТИ ТЕХНИКИ И ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МОНОПОЛЯРНОЙ ЭНУКЛЕОРЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ

С.Н. Шамраев, М.А. Ридченко, И.А. Бабюк, А.А. Голец

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

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

Материалы и методы исследования. Ретроспективно оценены результаты хирургического лечения 22 мужчин ДГПЖ, в ГУ «Институт урологии НАМН Украины», методом монополярной трансуретральной энуклеорезекции в период с января 2016 по май 2017 г. Трансуретральная

энуклеорезекция предстательной железы монополярной петлей является одним из начальных методов лечения в спектре эндоскопических технологий, позволяющих удалять аденому больших размеров, однако не получивший дальнейшего применения в клинической практике ввиду длительной кривой обучения для хирургов. Суть метода сводится к «холодному» вылущиванию гиперплазированной ткани в пределах хирургической капсулы предстательной железы, что позволяет коагулировать сосуды на «протяжении»,

тем самым снижая риск интраоперационного кровотечения. Операцию выполняли используя обычный петлевой электрод для монополярной резекции толщиной 0,35 мм. Создавали круговой надрез слизистой оболочки в области наружного сфинктера уретры, отступив от него на 3–5 мм с обеих сторон по периметру уретры. С помощью тубуса резектоскопа, в качестве катетера, отодвигали гиперплазированную ткань тупо от хирургической капсулы, по направлению от наружного сфинктера уретры к шейке мочевого пузыря и проводили резекцию гиперплазированной ткани монополярной петлей. При этом стремились разделить весь объем ткани на 3 блока: центральный от 5 до 7 часов условного циферблата, левый – от 5 до 12 часов условного циферблата и против часовой стрелки, правый – от 7 до 12 часов условного циферблата и по часовой стрелке. Оставляли выпущенную дистальным концом резектоскопа гиперплазированную ткань простаты на тканевом мостике в области шейки мочевого пузыря (в виде «гриба») – в бескровном хирургическом поле, и выполняли резекцию ткани как в антеградном, так и в ретроградном направлении для ускорения процесса резекции ткани. В процессе диссекции также проводили коагуляцию сосудов хирургической капсулы.

Результаты и их обсуждение. Возраст больных варьировал от 59 до 82 лет. Операцию проводили под спинальной анестезией. Время операции варьировало от 45 до 130 минут и в среднем составило $60,9 \pm 6,5$ мин. Кровопотеря в среднем составляла $27,1 \pm 3,2$ мл. Средний койко-день составил в $5,7 \pm 1,1$ суток. Период уретрального дренирования мочевого пузыря составил в среднем $5,2 \pm 0,2$ суток. До хирургического вмешательства сумма баллов международного опросника I-PSS составила в среднем $30,4 \pm 0,8$; индекс качества жизни составил $5,6 \pm 0,3$ балла; среднее значение до операции максимальной объемной скорости мочеиспускания составило $5,4 \pm 0,2$ мл/с; объем предстательной железы определялся по формуле Terris–Stamey (1991) и в среднем равнялся $66,0 \pm 5,1$ мл; количество ос-

таточной мочи в среднем составило $73,5 \pm 27,1$ мл, обструктивные симптомы нижних мочевых путей присутствовали у всех пациентов исследуемой группы.

Следует отметить, что у троих мужчин (13,6%) операция проводилась по причине рецидивной ДГПЖ (в анамнезе больных была чреспузырная аденомэктомия), у одного пациента (4,5%) был диагностирован камень мочевого пузыря и первым этапом проводили контактную цистолитотрипсию. Пятеро пациентов поступили с острой задержкой мочи и дренирование мочевого пузыря в предоперационном периоде проводилось: эпизистостомой – двум пациентам (9,1%), уретральным катетером Фоли – трем (13,6%) мужчинам. Кровотечений, ранений внутренних органов, перфораций мочевого пузыря не выявлено. У одного пациента (4,5%) в послеоперационном периоде возник стеноз шейки мочевого пузыря (Clavien IIIa), что требовало проведения ТУР шейки мочевого пузыря – с хорошим эффектом.

Результаты оперированных больных изучены через 3 месяца. Показатель международного опросника составил в среднем $6,5 \pm 1,8$ балла; индекс качества жизни – $2,4 \pm 0,2$ балла; максимальный поток мочи – $22,8 \pm 4,2$ мл/с, объем остаточной мочи не превышал 30 мл. Явлений недержания мочи не наблюдали ни у одного из пациентов. У всех больных отсутствовала дилатация верхних мочевых путей.

Выводы. Первичная эффективность трансуретральной энуклеорезекции предстательной железы при среднем объеме простаты (от 50 до 80 мл) составила 95,5%. Стеноз шейки мочевого пузыря с обструктивным мочеиспусканием – 4,5%, что сопоставимо с данными мировой литературы. Считаем необходимым накопление опыта трансуретральной энуклеорезекции предстательной железы, особенно ее выполнение при объеме простаты 100–150 мл, ввиду меньшей травматичности вмешательства, меньшей кровопотери, меньшего времени операции и периода восстановления мочеиспускания.

РОЛЬ ЦИТОРЕДУКТИВНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ КЛИНИЧЕСКИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РПЖ)

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

КУ «Днепропетровская городская многопрофильная больница №4» ДОС»

Вступление. При некоторых онкологических патологиях, таких как рак яичников, колоректальный рак, рак почки, максимальное удаление опухолевой массы приводит к лучшим результатам выживаемости, также увеличивая чувствительность к системной терапии. Новые данные в лечении рака предстательной железы подтверждают улучшение онкоспецифической выживаемости после циторедуктивной радикальной простатэктомии при местно-распространенном и олигометастатическом раке простаты.

Цель исследования: определить роль циторедуктивной простатэктомии в лечении местно-распространенного РПЖ.

Материалы и методы исследования. В нашем отделении с мая 2009 г. по июнь 2017 г. выполнены 89 радикальных простатэктомий. Из них 23 циторедуктивные простатэктомии. Циторедуктивная простатэктомия выполнялась мужчинам с местно-распространенным и метастатическим РПЖ. Средний возраст пациентов составил 62 года (55–68 лет). У 50% мужчин имела место инфравезикальная обструкция. Одному пациенту перед операцией была наложена троакарная цистостома, двум – была выполнена порциальная ТУР предстательной железы. На этапе верификации диагноза ПСА в среднем был на уровне 48 нг/мл (20–134 нг/мл). 76% пациентов перед операцией проводилась неоадьювантная ГТ от 1 до 5 месяцев. ПСА на момент выполнения операции составлял в среднем 10,4 нг/мл (0,81–28,6 нг/мл), а объем предстательной железы был равен в среднем 56 см³ (17–106 см³).

После операции гистологически у всех пациентов был подтвержден экстракапсулярный рост РПЖ. У 70% пациентов имела место инвазия в семенные пузырьки. Категория T4 определена у 8,7% больных. Всем больным выполнялась двусторонняя расширенная тазовая лимфаденэктомия. Наличие метастазов в регионарные лимфузлы гистологически подтверждено у 10 (43%) пациентов. По степени дифференцировки в 60% случаев определялся умеренно-дифференцированный РПЖ, в 40% – низкодифференцированный. Показатель Глисона в среднем был равен 7 (6–9). Положительный край резекции был выявлен в 30% случаев.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационной летальности не было. Период наблюдения пациентов составил 3–92 мес. После операции все больные продолжали получать интермиттирующую ГТ по схеме МАБ под контролем ПСА крови. Биохимическая прогрессия отмечалась у 15% пациентов после операции. В 9% случаев (2 пациента) имело место возникновения гормонрефрактерного РПЖ – через 11 и 18 месяцев после операции.

Выводы. Циторедуктивная простатэктомия может быть одним из методов комплексного лечения местно-распространенного и метастатического РПЖ у тщательно отобранных больных. Циторедуктивная простатэктомия обеспечивает устранение инфравезикальной обструкции и хорошую канцер-специфическую выживаемость, вероятно, за счет более позднего развития гормон-резистентного рака.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕКТАЛЬНЫХ СУППОЗИТОРИЕВ ПРОСТЕКС И ПАРЭНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРОСТАТИЛЕНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ СЕКСУАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Е.П. Українец³, В.Н. Краснов³,
Н.Ю. Поліон¹, Е.А. Квятковський⁴, В.В. Коштура⁵*

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

² КУ «Д 12 ТМО» ДОС

³ КУ «Д ОКБ им. Мечникова» ДОС

⁴ КУ «Д 9 ГКБ» ДОС

⁵ КУ «Д 6 ГКБ» ДОС

Хронический простатит (ХП) – одно из наиболее частых заболеваний у мужчин, нередко протекающее скрыто и приводящее к нарушениям половой функции и сперматогенеза. По данным разных авторов ХП страдает 30–75% мужчин молодого и среднего возраста. При этом самый высокий удельный вес заболеваемости регистрируется у лиц 20–40 лет, т.е., страдают мужчины наиболее активного в сексуальном и трудовом отношении возраста.

Известно, что для ХП характерно длительное рецидивирующее течение, приводящее к снижению работоспособности и ухудшению половой функции у большинства пациентов, что оказывает отрицательное влияние на рождаемость и устойчивость семьи. Нарушение копулятивной и репродуктивной функций придает ХП социальную значимость и определяет возрастающее внимание к нему уролога.

В настоящее время актуальным является поиск высокоэффективных лекарственных средств для лечения сексуальных расстройств при ХП.

Нами изучена эффективность антибактериальной терапии ХП с применением левофлоксацина (Абифлокс 500) в комбинации с ректальными противовоспалительными суппозиториями Простекс (пр-во Биофарма) и парентеральным введением Простатилена (пр-во Биофарма) у 83 пациентов.

В 84% случаев к нам обращались пациенты, ранее лечившиеся по поводу настоящего заболевания. У большинства из них отмечались сексуальные нарушения:

- снижение либидо в 20% случаев;
- недостаточная эрекция в 48% случаев;
- нарушение эякуляции в 26% случаев;
- нарушение оргазма в 16% случаев.

Обследование пациентов с ХП включало в себя:

- ректальное пальцевое исследование;
- анализ мочи в трех порциях;
- анализ секрета предстательной железы (ПЖ) и эякулята;
- бактериологическое исследование секрета ПЖ и эякулята;
- проведение УЗИ мочеполовых органов;
- определение уровня PSA;
- исследование гормонального статуса (ЛГ, ФСГ, пролактин, эстрadiол, общий и свободный тестостерон).

Патоспермия встречалась в 37% случаев. В ходе исследования было установлено, что в 68% случаев отмечалось повышение количества лейкоцитов в секрете ПЖ до 15–40–50 в поле зрения. Одновременно с этим наблюдались клинические проявления обострения ХП. Проводился курс антибиотикотерапии в течение 10–20 дней левофлоксацином (Абифлокс 500) по 1 табл. 2 раза в сутки. После проведения курса антибиотикотерапии к 15-му дню количество лейкоцитов в секрете ПЖ снижалось до 3–5–6 в поле зрения. Такая лейкоцитарная реакция объяснялась восстановлением эвакуаторной (моторной) функции ПЖ и интенсивным опорожнением ее ацинусов, выход секрета из которых ранее был затруднен.

Теоретические предпосылки использования биогенных пептидов, с целью органотропного стимулирующего влияния на простатовезикулярный комплекс получила субстанция сампрост, получаемая из предстательной железы бычков. В своих наблюдениях мы использовали ректальные суппозитории Простекс и Простатилен для парентерального введения.

Главными патогенетическими механизмами влияния Простекса и Простатилена на струк-

туры ПЖ и семенных пузырьков пациентов стал феномен влияния активной тканевой специфической субстанции на общее состояние указанных органов.

Доказано, что влияние активной формы биорегуляторного пептида придает стимулирующее действие как эпителиальным структурам простатических ацинусов, так и в интерстициальной ткани, что выражается в усилении их метаболизма. Важную патогенетическую роль имеет способность Простекса к улучшению эффекта дренирования секрета из простатических протоков. Противовоспалительный эффект Простекса базируется на усилении природных механизмов неспецифического антибактериального и антивирусного, и иммунологической защиты с активацией системы местных секреторных иммuno-глобулинов. Роль трофического влияния проявляется в уменьшении выраженности процессов гидропероксидации в очагах воспаления, со снижением процессов тканевой гипоксии и соответствующей активацией местных соединений.

После проведения курса лечения Абифлоксом 500 всем пациентам мы назначали ректальные суппозитории Простекс по 1 свече 2 раза в сутки в комбинации с внутримышечным введением Простатилена по 1 ампуле (10 мг) 1 раз в сутки в течение месяца. При комбинированном применении этих препаратов пациент получал 70 мг Простатилена в сутки, что значительно эффективнее чем назначение Простекса как монотерапии.

Простатилен, входящий в состав суппозиториев, оказывает специфическое органотропное воздействие на предстательную железу. При заболевании последний препарат как средство патогенетической терапии обладает следующими функциями:

– нормализует процессы микроциркуляции и тромбоцитарно-сосудистого гемостаза;

- уменьшает или устраняет отек ПЖ;
- устраниет лейкоцитарную инфильтрацию (в том числе уменьшает содержание лейкоцитов в секрете ПЖ);
- проявляет опосредованное бактериостатическое влияние на микрофлору секрета;
- снижает титр выявленного возбудителя вплоть до абсолютной стерильности или подавляет жизнеспособность микроорганизмов;
- нормализует сперматогенез (увеличивает количество и подвижность сперматозоидов);
- оказывает модулирующее влияние на состояние Т- и В-лимфоцитов;
- регулирует тонус мышц мочевого пузыря, включая тонус детрузора;
- повышает неспецифическую резистентность организма.

Как пептидный препарат простаты, Простатилен расщепляется клеточными протеазами до аминокислот. Простатилен и его метаболиты экскретируются с мочой. Кумулятивного действия препарата не имеет.

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

После проведенного лечения все пациенты отметили улучшение половой функции.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОПТОЗА В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Н.М. Русинко², Е.А. Квятковский³,
Т.А. Квятковская¹, Е.П. Українец⁴, В.Н. Краснов⁴, Н.Ю. Пилион¹

¹ ГУ «Дніпропетровська медична академія МЗ України»

² КУ «Дніпропетровське 12ТМО» ДОС

³ КУ «Дніпропетровська ГКБ №9» ДОС

⁴ КУ «Д ОКБ ім. Мечникова» ДОС

Побудительным мотивом, заставившим нас поделиться некоторыми размышлениями о принципах диагностики нефроптоза, стало элементарное незнание жалоб, звеньев патогенеза, клиники, диагностики этого заболевания как большинством участковых и семейных врачей, так и многих урологов, работающих в КДО второго уровня и урологических стационарах.

В период реформирования системы здравоохранения в приказном порядке диагностика многих хирургических и урологических заболеваний возложена на врачей первичного уровня (участковых и семейных врачей). Однако они оказались не в состоянии профессионально оценить жалобы многих пациентов и, соответственно, во время и по назначению направлять пациентов к узким специалистам второго и третьего уровней, что зачастую приводит к запоздалой диагностике заболеваний хирургического и урологического профилей. С внедрением в клиническую практику компьютерной и магнитно-резонансной томографии многие урологи стали злоупотреблять этими методами исследования, забывая, что «золотым стандартом» в выявлении нефроптоза является экскреторная урография, выполненная в горизонтальном и вертикальном положениях. В большинстве случаев урологи не принимают участие в проведении экскреторной урографии, доверяя ее выполнение рентгенологам, которые фактически не знают, какую информацию хочет получить уролог от исследования.

Все эти причины организационного и профессионального характера приводят к тому, что такое распространенное заболевание как нефроптоз выявляется намного реже, чем 10–20 лет назад, что в итоге приводит к осложнениям: ренальная гипертония, воспалительные заболевания почек и мочевых путей, мочекаменная болезнь, структуры лоханочно-мочеточникового сегмента и мочеточников, гидронефрозическая трансформация.

Нефроптоз – весьма распространенное заболевание, особенно у женщин 20–50 лет. Под

нефроптозом (опущение почки) понимают такое патологическое состояние, при котором почка смещается со своего ложа за пределы физиологической подвижности. Одни специалисты считают нефроптоз заболеванием, другие – врожденной аномалией. Более правильно, по мнению А.В. Терещенко (1985 г.), называть это заболевание не опущением почки или нефроптозом, а патологически подвижной почкой, поскольку речь идет не только о смещении вниз, но и о ее повороте вокруг переднезадней, вертикальной и поперечной осей.

Этиология, патогенез и проблема лечения нефроптоза до настоящего времени окончательно не изучены, нет единства взглядов на определение показаний к операции и выбора методов оперативного лечения.

Описано более 300 методов и вариантов нефропексии, подавляющее большинство из них не являются физиологичными, так как не обеспечивают фиксации почки или лишают ее естественной подвижности.

Частота заболеваний среди женщин в 20 раз больше, чем среди мужчин. Опущение правой почки встречается в 4–6 раз чаще, чем левой. У детей опущение почки встречается во всех возрастах, чаще всего в возрасте 8–14 лет.

Большинство авторов считает, что нефроптоз является результатом врожденной слабости фиксирующего аппарата почки в сочетании с воздействием внешних факторов.

Почка обладает тремя видами подвижности: респираторной (амплитуда движения от 1,5–3 см до 3–5 см), статической (1–2 см) и пальпаторной (3–5 см). Подвижность почки больше этих пределов считают патологическим явлением – сверхподвижностью, нефроптозом.

Можно выделить 4 стадии нефроптоза:

- I стадия – прощупывается нижний полюс почки;
- II стадия – прощупывается вся почка;
- III стадия – почка опускается в таз и свободно перемещается во все стороны;

– IV стадия – ротация (поворот) почки вокруг продольной или поперечной оси.

Бывает подвижный и фиксированный (посттравматический) нефроптоз. Мочеточник при опущении почки искривляется, образуя перегибы, что приводит в дальнейшем к развитию уретерогидронефроза. Опущеная почка очень часто внешне изменяется: чаще всего бывает уменьшенной, изредка – несколько увеличенной в результате развивающегося гидронефроза. Макроскопически такая почка часто имеет ложнодольчатое строение. Во время операции на поверхности ее фиброзной капсулы мы всегда наблюдали очаги склероза в виде белых пятен или помутнений и часто – рубцовые втяжения. Сама почка пальпаторно дрябловатой консистенции из-за уменьшения толщины паренхимы. Мы считаем, что нет патологически подвижной почки со здоровой паренхимой. В таких почках практически всегда развиваются явления хронического пиелонефрита.

Клиническая картина нефроптоза без изменений со стороны гемо- и уродинамики у детей и взрослых – скучная. Нередко опущение почки обнаруживается случайно при осмотре пациентов по поводу других заболеваний. Эти больные жалуются на тупую боль в поясничной области больше справа или животе, усиливающуюся при физнагрузке, быстрой ходьбе, тряской езде, кашле и т.д. У них появляется общая слабость, недомогание, исхудание, повышение АД, психическая депрессия, неврастения, утомляемость, микро- и макрогематурия.

Распознавание нефроптоза основывается на жалобах пациентов, данных их осмотра, пальпации почек, результатах лабораторной и инструментальной диагностики. Проведение полипозиционной пальпации живота позволяет выявить подвижность и смещаемость почки. В анализах мочи при нефроптозе определяется микрогематурия, протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия.

До настоящего времени среди урологов нет четкого мнения о роли ультра-звуковой диагностики (УЗИ) в своевременном выявлении нефроптоза. Нами ежегодно проводится 1000–1100 УЗИ органов мочевой системы (Е.А. Квятковский). При этом мы ежегодно выявляем 25–30 случаев нефроптоза в подавляющем большинстве у женщин. За 10 лет нами выявлено по данным УЗИ 285 случаев нефроптоза, из них в 209 случаях (73,3%) нефроптоз был правосторонним, в 42 случаях (14,7%) – левосторонним и в 34 случаях (12%) – двухсторонним.

Для своевременно выявления нефроптоза УЗИ почек необходимо проводить как в гори-

зонтальном, так и в вертикальном положении пациента. Это должно стать алгоритмом исследования. Важно при этом на кожу наносить метку расположения датчика. Это позволяет поочередно расположить датчик симметрично с обеих сторон. Проводить исследование необходимо при глубоком вдохе с задержкой дыхания и соответствующей отметкой визором контура почки на экране. При одновременном выведении на экран двух изображений с отметками визором при нефроптозе уже визуально определяется асимметрия расположения изображений почки относительно линий раздела эхограмм. При нефроптозе это смещение при глубоком вдохе, как правило, превышает 4–5 см.

В 7,7% случаев нефроптоза при УЗИ выявляется нарушение уродинамики в виде пиелоэктазии, гидрокаликоза, гидронефроза. Лучше всего нарушение уродинамики при УЗИ выявляется в вертикальном положении пациента после физической нагрузки: ходьбы, бега на месте.

Проведение УЗДГ сосудов почек необходимо для визуализации сосудистого русла почки, определения показателей кровотока и степени нарушения почечной гемодинамики. Экскреторная урография при нефроптозе позволяет оценить степень патологического опущения почки по отношению к поясничным позвонкам, ротацию почки.

Диагноз опущенной, патологически подвижной почки может считаться достоверным только после рентгенурологического исследования.

Основным условием исследования пациентов при подозрении на нефроптоз является производство экскреторных уrogramм в горизонтальном и вертикальном положении пациента. После укладки пациента на спину на рентгенологический стол заставляем его приподняться нижние конечности и таз и подвигать ими с целью смещения почек максимально вверх, в поддиафрагмальное пространство.

Наличие тени почки и верхних мочевых путей на уrogramмах, произведенных в горизонтальном и вертикальном положении больного, позволяет установить значительное смещение почки, нижний полюс которой может располагаться на уровне верхнего края подвздошной кости и даже ниже его.

Мобильная и опущенная почка наряду со смещением вниз обычно поворачивается вокруг вертикальной и переднезадней осей. Верхний полюс перемещается кнаружи и книзу, а вся почка поворачивается вокруг своей длинной оси; лоханка при этом перемещается кпереди. Это зависит от того, что при нефроптозе единствен-

ным удерживающим почку образованием является почечная ножка, которая расположена спереди и соответственно этому происходит такой поворот. Помимо этого, почка нередко смещается вокруг своей поперечной оси, в силу чего нижний полюс чаще всего бывает обращен кпереди и поэтому на рентгенограмме за счет большего удаления его от плоскости рентгенологической пленки тень нижнего полюса почки будет значительно больше по размерам, чем верхнего. Это следует иметь в виду, чтобы не допустить диагностической ошибки, тем более что уrogramма при нефроптозе может напоминать картину, характерную для опухолевых процессов. Во избежание этого в таких случаях следует произвести урографию и в положении больного на животе. При этом нижний полюс будет располагаться ближе к рентгенпленке и при сравнении с предыдущим снимком его размеры будут значительно меньше.

Характерным рентгенологическим признаком нефроптоза является превращение лоханочно-мочеточникового угла из тупого в более острый. В далеко зашедших стадиях нефроптоза нижний край лоханки проходит параллельно мочеточнику.

Нередко на уrogramме наряду с нефроптозом обнаруживаются признаки, характерные для так называемых добавочных сосудов почки, в виде линейных дефектов наполнения, чаще всего в области лоханочно-мочеточникового сегмента. Эти сосуды при нефроптозе по существу являются не добавочными, а смещенными на лоханку в результате значительного опущения и ротации почки. Следовательно, это приобретенная, а не врожденная сосудистая деформация.

Весьма характерным для нефроптоза симптомом на уrogramмах является своеобразное изменение мочеточника. Он становится как бы излишне длинным, содержит изгибы и даже пет-

ли. Это особенно хорошо видно на уrogramмах, выполненных в вертикальном положении больного. Вследствие нарушенного тонуса мочеточника он изменяет свой вид преимущественно в верхней трети, приобретая вид буквы S или цифры 4. Важным признаком нефроптоза является расширение верхних мочевых путей, чему способствует нарушенный пассаж мочи из чашечно-лоханочной системы, за счет перегиба мочеточника, особенно при вертикальном положении больного.

Опущеная и повернутая вокруг своих осей почка дает характерное изменение чашечно-лоханочного изображения, которое напоминает вид «плакучей ивы». При наличии расширения чашечно-лоханочной системы следует произвести урографию и в более поздние сроки, с тем чтобы убедиться в нарушенном пассаже мочи, на что будет указывать задержка контрастного вещества в лоханке.

Рентгенологическую картину нефроптоза следует прежде всего дифференцировать с поясничной или тазовой дистопией почки, при которой лоханка и чашечки имеют аномальное расположение, направлены кнутри и, кроме этого, укороченный мочеточник не имеет изгибов и коленчатости, свойственных опущенной, мобильной почке. Далее при урографии, произведенной в горизонтальном и вертикальном положении больного, дистопированная почка смещается обычно весьма незначительно.

Подытожив все вышеизложенное, можно отметить, что основным диагностическим методом по выявлению нефроптоза врачом-урологом является рентгенологическое обследование пациентов, выполненное в положении лежа и стоя (после физической нагрузки). Эксcretорная урография позволяет своевременно диагностировать данную патологию и направлять пациентов для проведения оперативного лечения.

РОЛЬ ГИДАТИД МОРГАНЬИ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ РЕАКТИВНОГО ГИДРОЦЕЛЕ. ТАКТИКА УРОЛОГА

В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Т.А. Квятковская¹, Е.А. Квятковский³, Н.М. Русинко²

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровское 12 ТМО» ДОС

³ КУ «Днепропетровская ГКБ № 9» ДОС

Реактивная водянка оболочки яичка возникает при травмах мошонки и промежности, перекруте яичка, воспалительных заболеваниях

органов мошонки, нарушении лимфатического оттока от мошонки при герниопластиках и варикоцелэктомии, вазэктомиях, при циррозах пе-

чени и сердечной декомпенсации, при ХПН и др., при выполнении оперативных вмешательств по поводу реактивного гидроцеле нами отмечено, что у всех оперированных пациентов были обнаружены гидатиды Морганьи в области верхнего полюса яичка или головки придатка яичка. Доказано, что в норме у взрослых мужчин идет обратное развитие гидатид Морганьи вплоть до их исчезновения.

При изучении научной литературы нельзя не обратить внимание на работы, в которых прослеживается связь между водянкой оболочек яичка и наличием аппендициса яичка или его придатка (гидатиды Морганьи), а также его состояния.

Впервые сообщение с описанием аппендициса яичка и придатка у пациентов с гидроцеле было опубликовано профессором хирургии Морганьи (G.B. Morgagni) в 1761 г. в Падуе (Италия). Гидатида Морганьи находится в сирозной полости собственной влагалищной оболочки яичка и представляет собойrudимент парамезонефрального (Мюллера) протока. При закладке яичка на 6–7-й неделе эмбрионального развития начинает вырабатываться гормон ингибин, который в мужском организме вызывает атрофию парамезонефрального протока. Гидатиды Морганьи образуются в процессе обратного развития парамезонефральных протоков при неполной их редукции в процессе половой дифференцировки.

По данным литературы гидатиды Морганьи встречаются в 80–92% яичек. Нами проведено изучение 65 историй болезни пациентов с реактивным гидроцеле. Гидатиды Морганьи обнаружены в 100% случаев. В 94% случаев локализация их была в области верхнего полюса яичка или головки его придатка. Возможны перекруты гидатид, особенно у детей до 8–10 лет, вследствие чего нарушается их питание и происходит некроз. Чаще всего перекрут происходит из-за длинной ножки гидатиды (~95% случаев). Размеры гидатид колеблются от 3–5 мм до 15–20 мм. Нами и рядом других авторов было высказано предположение, что гидатиды выстланы кубическим и цилиндрическим эпителием, контролируют содержание жидкости во влагалищном отростке брюшины. Развитию патологических изменений в гидатидах способствует магистральный тип кровоснабжения и рыхлая строма с отсутствием в них эластических волокон. Установлено, что гидатиды Морганьи могут быть дополнительным депо инфекций, поддерживающим персистенцию микроорганизмов при хронических воспалительных процессах в мужских половых органах.

Так, в гидатидах яичка, удаленных во время операций по поводу гидроцеле, эпидидимэктомии или резекции головки придатка, в 96,9% случаев были обнаружены инфекционные агенты – трихомонады, хламидии, микоплазмы, уреоплазмы и др.

При наличии крупных гидатид синусы придатка яичка более выражены и более глубокие, что можно рассматривать как обстоятельство, предрасполагающее к скоплению серозной жидкости.

Нами проведены гистологические исследования гидатид пациентов, оперированных по поводу гидроцеле. Они представляют собой соединительно-тканые образования, содержащие многочисленные полнокровные артерии и вены, а также расширенные лимфатические сосуды. Снаружи гидатиды покрыты однослойным цилиндрическим или кубическим эпителием, имели неправильные баухромчатые или изрезанные контуры с многочисленными инвагинациями, которые часто выглядели в виде узких крипт или замкнутых полостей внутри срезов. Гидатиды нередко содержали железистоподобные структуры в виде овальных срезов канальцев, выстланных однослойным реснитчатым эпителием. В просвете большинства канальцев находились эозинофильные массы, прилегающие к апикальной поверхности эпителиоцитов или заполняющие просветы канальцев. Вокруг них располагались полнокровные артериальные и застойные венозные сосуды, а вблизи их базальных мембран – расширенные лимфатические сосуды. Усиление васкуляризации гидатид при гидроцеле достоверно подтверждалось при УЗИ и исследованием кровотока при ультразвуковом цветном допплеровском картировании (ЦДК). Таким образом, размеры гидатид Морганьи у пациентов с гидроцеле были достоверно увеличены.

Усиленная васкуляризация гидатид, активное состояние эпителия, его слущивание наводят на мысль о том, что эпителий гидатид у этой категории пациентов продуцирует массы, которые, попадая в полость влагалищной оболочки яичка, могут влиять на гидростатическое и онкотическое давление и поддерживать присутствие избыточного количества жидкости между пластинками серозной оболочки яичка, являясь одним из звеньев патогенеза гидроцеле. Всем больным с гидроцеле в предоперационном периоде проводилось комплексное лабораторное исследование, УЗИ, ЦДК. Золотым стандартом диагностики гидроцеле остается УЗИ органов мочонки. Ультразвуковая диагностика помогает

подтвердить наличие изменений воспалительного характера яичек и их придатков, обнаружить опухоль, отличить гидроцеле от грыж или варикоцеле. Через 6–8 месяцев от начала возникновения гидроцеле обнаруживаются изменения в паренхиме яичка, что приводит к нарушению сперматогенеза («Гидроцеле» Т.А. Квятковская, Е.А. Квятковский 2014; «Роль гидроцеле в нарушении сперматогенеза» И.М. Русинко и соавт., 2016). Со временем в оболочках яичка усиливается отек, что приводит их к фиброзно-склеротическим изменениям.

Наличие гидатид Морганы у пациентов с гидроцеле говорит в пользу их оперативного лечения и отказа от склерозирующей терапии. Всем пациентам было выполнено иссечение оболочек яичка по Бергману в нашей модификации. В 10 случаях операция по Бергману сочеталась с резекцией головки придатка яичка и кистэктомией и выполнением эпидидимоофорхостомаза. Во всех случаях гидатиды Морганы были иссечены. Рецидива гидроцеле у пациентов при контрольных обследованиях через 1 месяц, 6 месяцев, 1, 2, 3 года не обнаружено.

СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ ХРОНИЧЕСКИМ СТРЕССОМ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДИВШИХ СЛУЖБУ В ЗОНЕ АТО

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

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровское 12 ТМО» ДОС»

Стресс – состояние напряжения, возникающее под влиянием сильных внешних воздействий. Причиной стресса может быть все, что нарушает размежеванный и привычный уклад жизни. Хронический стресс часто становится причиной нарушения сексуального здоровья и приводит к сексуальным расстройствам. Таким стрессом у всех, обратившихся к нам пациентов, была служба в зоне АТО.

Под влиянием стрессора увеличивается синтез клетками гипоталамуса кортиколиберина, который стимулирует синтез АКТГ. Последний стимулирует синтез глюокортикоидов, которые, в свою очередь, тормозят синтез лютеинизирующего гормона (ЛГ) и фолликулинстимулирующего гормона (ФСГ), происходит уменьшение синтеза тестостерона. Уменьшение синтеза тестостерона снижает половое влечение (libido), уменьшает восприятие сексуальных ощущений. При снижении уровня тестостерона уменьшается уровень эндотелиальных NO-синтетаз, с помощью которых происходит синтез окиси азота (NO). В результате уменьшения синтеза тестостерона в организме, эндотелиальные клетки уменьшают синтез окиси азота в ответ на стимуляцию центра эрекции. Это удлиняет время развития адекватной эрекции и ухудшает ее качество. Постоянный стресс снижает потенцию даже в суперпотентного мужчины.

Служба в условиях зоны боевых действий не оставляет места для активной сексуальной жизни. К нам обратилось за помощью 25 пациентов, демобилизованных из зоны боевых действий, отмечающих жалобы на сексуальные расстройства. Всем пациентам проведено комплексное обследование. У 15 (60%) пациентов был обнаружен хронический простатит, у 5 (20%) – левостороннее варикоцеле, у 4 (16%) – рубцовый фимоз. Хронический стресс у этих пациентов стал причиной депрессий и неврозов, которые в свою очередь привели к сексуальным расстройствам типа невроза тревожного ожидания сексуальной неудачи. В 40% случаев этот тип невроза стал причиной снижения эрекции. Всем пациентам с варикоцеле и фимозами было выполнено оперативное вмешательство. Пациентам с хроническими простатитами назначена комплексная противовоспалительная и стимулирующая терапия. Всем пациентам проводилась психокоррекция психологами и психотерапевтами. Все они получали адаптогены и дневные транквилизаторы (Адаптол). В процессе индивидуального подхода к каждому пациенту нам удалось устранить сексуальные расстройства у 72% пациентов. Оставшиеся 28% нуждаются в дальнейшем длительном наблюдении и лечении у урологов и сексопатологов с психологической коррекцией последствий, обусловленных хроническим стрессом.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

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

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровское 12 ТМО» ДОС»

Нами проведен анализ результатов лечения психогенной эректильной дисфункции (ПЭД) у 35 пациентов в возрасте 18–30 лет. Пациенты обратились за медпомощью в связи с неудовлетворительной половой функцией после первых сексуальных опытов. Всем им было проведено комплексное обследование:

- изучение анамнеза;
- физикальное исследование наружных половых органов;
- ректальное пальцевое исследование;
- исследование гормонов крови (ЛГ, ФСГ, пролактина, эстрадиола, общего и свободного тестостерона);
- УЗИ и ультразвуковая допплерография сосудов полового члена, яичек и их придатков, семенных канатиков и органов малого таза.

Давность ПЭД составляла от 6 месяцев до 12 лет (в среднем – 3 года). У 30 (85,7%) пациентов обнаружено ПЭД, у 5 (14,3%) пациентов – органическая эректильная дисфункция.

Мы с осторожностью относимся к назначению ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5) Виагры, Левитры, Сиалиса пациентам старшего возраста, учитывая, что у большинства из них имеется сопутствующая кардиологическая патология. Мы считаем, что основной контингент пациентов, нуждающихся в применении ингибиторов ФДЭ-5, являются молодые пациенты с ПЭД, а также пациенты с органической ЭД после устраниния у них основной причины этого заболевания.

Всем пациентам назначали препарат Сиалис («Эли Лилли», США).

Сиалис является селективным ингибитором ФДЭ-5. Механизм его действия основан на селективной ингибции ФДЭ-5, приводящей к увеличению концентрации интракавернозного циклического гуанозинмонофосфата, с последу-

ющим включением цепи биохимических реакций, что приводит к расслаблению гладкомышечных структур синусоидов, усилинию артериальной перфузии кавернозных тел и, в итоге, к развитию и поддержанию эрекции.

Пациенты принимали Сиалис в дозе 20 мг за 1 час до полового акта, хотя могли отсрочить половой акт до 24–36 часов. Длительность лечения составляла 12–14 приемов с целью восстановления веры в свою сексуальную полноценность. Результаты лечения оценивали через 3 месяца. Анализ результатов лечения показал, что Сиалис является высокоэффективным препаратом для лечения ПЭД. Положительные результаты лечения получены у 30 (87,5%) обследованных пациентов. Через 3 месяца у них была достигнута нормальная эректильная функция. Препарат, при условии механической стимуляции половых органов, начинает действовать через 20–30 минут после его приема. Достоинство Сиалиса состоит в том, что продолжительность его действия составляет около 36 часов и это позволяет не планировать коитус заранее, а осуществлять его спонтанно. Удобство препарата заключается в том, что его можно сочетать с приемом любой пищи и алкоголя. Сиалис хорошо переносится пациентами. У нескольких пациентов отмечались незначительные побочные эффекты, которые были легкими и не требовали отмены препарата.

Следует отметить, что Сиалис – безопасный и эффективный препарат для лечения ПЭД у молодых пациентов. Его не нужно противопоставлять другим ингибиторам ФДЭ-5 (Виагре, Левитре и др.), а следует назначать с учетом показаний, противопоказаний и предпочтений каждого пациента. Назначение Сиалиса должно продолжаться до нормализации и полного восстановления половой функции.

СИНДРОМ АУТОНОМНОЇ ДИСРЕФЛЕКСІЇ (ВИПАДОК З ПРАКТИКИ)

В.Є. Андреєв, С.А. Чемерис, Е.С. Оверченко, І.А. Кушнір, Д.В. Паринцев

КЗ «Кам'янська міська лікарня № 7» ДОР

Зі збільшенням швидкості руху людей на транспорті та необачності людей (травми пірнальників) частота травм спинного мозку з року в рік збільшується. У США щорічно реєструється 8 000–10 000 випадків цього виду травми, в Україні – 1500–2000 випадків спинномозкової травми на рік.

Одним з явищ, яке часто зустрічається у хворих зі спинальною травмою (частіше з ураженням у шийному відділі хребта), є аутономна дисрефлексія (АД). АД – явище з недостатньо вивченим механізмом виникнення. Аномалія вегетативної нервової системи призводить до аномальних реакцій організму після травми спинного мозку. Вегетативна нервова система контролює мимовільні функції організму, такі як травлення, частота серцевих скорочень та частота дихання.

АД є недостатньо з'ясованим механізмом, що виявляється пароксизмальною гіпертензією, брадикардією, сильним пульсуючим головним болем, тривогою, вираженою пітливістю шкіри вище місяця травми, пароксизмальними болями в животі. При наявності проблем в організмі нижче рівня травми спинного мозку (наприклад, переповнення сечового міхура), організм намагається відправити нервові сигнали в мозок. Але через травму спинного мозку вони не можуть його досягти. Це викликає реакцію, яка може проявитися підвищеннем тиску крові до небезпечної рівня. Через травми спинного мозку сигнали від головного мозку не можуть передаватися нижче рівня травми, для контролю кров'яного тиску. АД може привести до серйозних проблем. Якщо розлад відразу не почати лікувати, це може привести до нападів, інсульту і смерті. Лікування повинне бути спрямоване на пошук і усунення проблеми, яка є причиною реакції. Стан вимагає симптоматичного лікування, і зазвичай усувається протягом 2–4 днів.

На приймальне відділення КЗ «Кам'янська міська лікарня №7 ДОР» каретою ШМД був доставлений хворий, 41 рік, зі скаргами на періодичне підвищення температури тіла, підвищення тиску до 220/120, періодичну задишку, серцеві биття, спазми м'язів усього тіла, головні болі, почуття жару в голові, на неможливість само-

стійного сечовипускання, наявність уретрально-го катетера.

З анамнезу захворювання: у хворого спинальна травма з 1995 року, лікувався в нейрохірургічному відділенні обласної лікарні Мечникова м. Дніпро. У подальшому спостерігався терапевтом та невропатологом поліклініки, періодично отримував санаторно-курортне лікування в санаторії ім. Бурденка (АР Крим). Перші декілька місяців лікування хворий перебував на постійному уретральному катетері, потім хворого було переведено на періодичну катетеризацію з формуванням автономного рефлексу сечовипускання. Хворий випорожнювався за рахунок самостійних спазмів сечового міхура – відмічалось підтікання сечі в сечоприймач. При УЗД-контролі у 2012 році кількість залишкої сечі – 500 мл. Хворий від дренування сечового міхура цистостомою або уретральним катетером категорично відмовлявся. Протягом останнього року почав відмічати періодично посилені спазми в зоні сечового міхура. Періодично відмічав погіршення стану, періодично підвищення АТ до 150/100 мм рт. ст. та потім пониження АТ до 90/60–70/30 мм рт. ст. Допомога надавалась симптоматично бригадами ШМД та лікарем-терапевтом та невропатологом амбулаторно. Останнє погіршення протягом тижня до госпіталізації, коли почав відмічати посилення спазмів у зоні сечового міхура, підвищення температури тіла до 38,5 °C, приймав жарознижуючі препарати, температура знизилась до 35,5 °C, відмічав слабкість. У зв'язку з підозрою на інфекцію сечових шляхів пацієнт був доставлений на консультацію до уролога поліклініки, виконано УЗД, СВС – залишкові сечі більше 400 мл. Було запропоновано виконати дренування сечового міхура катетером Folley, було взято в роботу клінічні та біохімічні аналізи крові, загальний аналіз сечі та аналіз сечі на бактеріологічне дослідження, призначена імперична антибактерійна та протизапальна терапія з урахуванням лейкоцитуриї та клініки загострення сечової інфекції. Лікарем урологом встановлено уретрально силіконовий катетер Folley CH18 без перешкод в уретрі, евакуйовано одночасно 800,0 мл прозорої сечі, катетер залишений для контролю діу-

резу. Хворому рекомендовано нагляд сімейним лікарем, амбулаторно антибактерійна терапія зі спробою переходу в подальшому на самокатетизацію або самостійне рефлекторне випорожнення через декілька тижнів. Першу добу хворий на тлі призначеного лікування відмітив покращення, та на ранок наступного дня почувався добре – не лихоманив, продовжував рекомендоване лікування. Але ввечері наступного дня знову відмітив погіршення, підвищення температури, підняття тиску до 230/120, спазми по всьому тілу, серцебиття, задишку та втратив свідомість. Хворий бригадою ШМД доставлений у приймальне відділення КЗ «Кам'янська міська лікарня №7» ДОР, оглянутий черговим урологом, хірургом, терапевтом, реаніматологом. Хворий госпіталізований в відділення ВАІТ для симптоматичної терапії. Наступного дня переведений до урологічного відділення рішенням лікарняного консиліуму в складі зав. ВАІТ, зав. неврологічним відділенням, зав. відділенням урології та заступником головного лікаря.

Хворий перебував у лікарні протягом двох тижнів, на тлі лікування було досягнуто повної елімінації сечової інфекції та повна стабілізація всіх лабораторних показників до норми. Але, не зважаючи на задовільні лабораторні показники стан хворого залишався доволі нестабільним, напади підвищення тиску, періодично задишку, серцебиття, спазми м'язів усього тіла, головні болі, почуття жару в голові не припинялись та навіть іноді не залежали від лікувальних заходів, що проводились. Іноді підняття або падіння гемодинаміки могло бути пов'язане лише з переміною положення тіла пацієнта.

Хворий був консультований по телефону професором кафедри урології, Дніпропетровської медичної академії В.П. Стусем. Були надані рекомендації по лікуванню та рекомендація видалити уретральний катетер.

Після видалення уретрального катетера клінічну ситуацію вдалось стабілізувати та виписати хворого на амбулаторне лікування під нагляд сімейного лікаря та невропатолога за місцем мешкання.

Висновки. АД може бути викликана причинами, які проявляються у пацієнта хворобливістю або фізичними незручностями. Найбільш поширеною причиною АД є переволнення сечового міхура, наявність, як у даному випадку, або блокування уретрального катетера, інфекції сечових шляхів (цистит), спазмів або каменів. Іншими причинами АД можуть бути: кишечник, який занадто заповнений газами або

калом, носіння незручного одягу, подразнення шкіри, рани, пролежні, опіки, перелом кісток, пологи, менструальні болі, заняття сексом, при яких виникають болові відчуття, врослі нігті на ногах, апендицит, виразка шлунка та ін.

Симптоми АД можуть включати: «стукаючі» головні болі (викликано підвищеннем артеріального тиску), потовиділення вище рівня ушкодження спинного мозку, закладеність носа, розплівчастий зір, повільний пульс, плямиста шкіра вище рівня ушкодження спинного мозку, почуття неспокою, забарвлене в червоний колір обличчя, стиснення в грудях, нудота, мураски по шкірі нижче рівня ушкодження спинного мозку, холодна та липка шкіра нижче рівня ушкодження спинного мозку. Іноді взагалі не спостерігається ніяких симптомів, але при перевірці рівня артеріального тиску звертаємо увагу на його підвищення.

Оскільки дана патологія частіше зустрічається в практиці нейрохірургів, неврологів спеціалізованих центрів та реабілітаційних санаторіїв і є доволі рідкою в практиці урологів поліклінік та звичайних міських урологічних стаціонарів вважаємо за потрібне нагадати про неї.

Вважаємо, що в разі виникнення такої ситуації вирішувати питання необхідно спільно з лікарями неврологами, акцентуючи увагу на виключення причин та подразників, які викликали АД. Оскільки АД може бути доволі важким ускладненням та потребує ретельного спостереження за хворим, вважаємо, що в кожному випадку лікарю-урологу необхідно індивідуально вирішувати тактику вибору методу дренування сечових шляхів, для забезпечення максимально комфортних умов для хворого та виключення всіх можливих причин виникнення додаткового збудження вегетативної нервової системи.

Хворі з посттравматичною хворобою спинного мозку завжди є доволі складними та потребують міждисциплінарного підходу до лікування, постійного контролю за станом їх здоров'я, станом лабораторних показників, контролем за наявністю хронічних джерел інфекції в організмі. Лікарі-урологи поліклінік, які обслуговують таких пацієнтів, обов'язково повинні знати про можливість таких ускладнень як АД у пацієнтів з посттравматичною хворобою спинного мозку (найчастіше з ураженням шийного відділу) з тетрапарезом та порушенням функції тазових органів, для своєчасного реагування на таке серйозне ускладнення як АД, та вибору правильної тактики ведення хворого.

ВПЛИВ АНЕМІЇ НА ТИПИ РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

В.М. Лесовий, Н.М. Андон'єва, М.Я. Дубовик, О.А. Гуц

Харківський національний медичний університет
Обласний клінічний центр урології та нефрології ім. В.І. Шаповалі

Вступ. Гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ), ішемічна хвороба серця, хронічна серцева недостатність – це основні кардіоваскулярні ускладнення, які найчастіше зустрічаються та є основними причинами летальності у хворих з хронічною нирковою недостатністю (ХНН).

Ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на хронічну хворобу нирок (ХНН) відноситься до потужних предикторів різноманітних серцево-судинних подій, поширеність яких складає 40–50% і значно перевищує таку в загальній популяції (Mancia G. et al., 2009). В останні роки важлива роль у формуванні ГЛШ при нирковій патології належить анемії, яка несприятливо впливає на функціональний стан серця, що вдвічі збільшує вірогідність ризику розвитку кардіоваскулярних ускладнень у пацієнтів даної категорії. За даними Levin A. і співавт., на кожні 10 г/л зниження гемоглобіну (Нb) ризик розвитку ГЛШ збільшується приблизно на 6%. В даний час актуальною залишається проблема особливостей взаємозв'язку анемічного синдрому та геометричного ремоделювання міокарда ЛШ, що і було метою нашого дослідження.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилося у відділенні нефрології та перитонеального діалізу Харківського обласного клінічного центру урології та нефрології ім. В.І.Шаповалі. Обстежено 76 пацієнтів (чоловіків – 34, жінок – 42) з анемічним синдромом на тлі патології нирок недіабетичного генезу (хронічний гломерулонефрит – у 35 пацієнтів, хронічний піелонефрит – у 15 хворих, гіпертонічний нефросклероз – у 14 пацієнтів, кистозна хвороба нирок – у 12 хворих), які отримували замісну ниркову терапію перитонеальним діалізом (ПД) від 6 до 84 місяців (в середньому – 42,5 міс.). Адекватність діалізу оцінювалася КТ/V, який складав 1,9–2,7. Середній вік хворих – 38,3±3,7 року. Пацієнти були розділені на 3 групи залежно від рівня Нb: I група включала 29,3% пацієнтів з рівнем Нb нижче 85 г/л, (середній 79,2±3,8); II група – 56% хворих з Нb від 86–95 г/л (середній – 92,3±3,14); III група – 14,7% пацієнтів з Нb

від 96–109 г/л (середній – 101,32±1,92). Для контролю змін зі сторони міокарда виконувалось ехокардіографічне дослідження (Эхо-КГ).

Результати та їх обговорення. Внаслідок дослідження частота ГЛШ у хворих, які знаходились на обстеженні, складала 84,8%. Виявлено статистично значима лінійна кореляція між рівнем гемоглобіну та масою міокарда ($r=-0,373$, $p<0,001$). Відзначено, що при прогресуванні анемії спостерігалася чітка тенденція збільшення частоти гіпертрофії міокарда. Так, при Нb більше 96 г/л вона була виявлена в 54% випадків, порівняно з 76% при рівні Нb нижче 85 г/л ($p<0,05$). Аналіз геометричних моделей ЛШ показав, що концентричне ремоделювання серця практично не залежало від рівня гемоглобіну і навпаки частота ексцентричної ГЛШ збільшувалася при прогресуванні анемії. Так, даний тип геометрії серця спостерігався у 32% хворих при рівні Нb нижче 85 г/л, порівняно з 24% при Нb вище 96 г/л, відповідно кількість пацієнтів з концентричним типом ГЛШ зменшилась з 48% до 37% по мірі зростання анемії.

Отримані дані дозволяють вважати, що анемія переважно сприяє процесам дилатації над гіпертрофією, що підтверджується нарощанням ступеня кінцевого діастолічного та систолічного об'ємів, і, як наслідок, формування ексцентричного типу ГЛШ.

Таким чином, зміни міокарда ЛШ у пацієнтів з ХНН на замісній терапії ПД в залежності від зниження рівня Нb супроводжуються нарощанням маси міокарда ЛШ, збільшенням його розмірів та об'єму. Прогресування анемії призводить до більш виражених порушень геометрії міокарда, а також впливає на структуру трансмітralного кровотоку. Пряма залежність патологічних змін серця та погіршення гемодинамічних параметрів від рівня Нb свідчить про вплив анемії на розвиток структурно-функціональних змін міокарда.

Висновки

Отримані дані дають змогу вважати, що у пацієнтів з ХНН на замісній нирковій терапії перитонеальним діалізом формування ГЛШ тісно

корелює з рівнем гемоглобіну. Так, при помірному зниженні гемоглобіну структурні зміни серця діагностовано у половини (54%) пацієнтів, а при прогресуванні анемії ГЛШ виявлена у більшості (76%) хворих.

Анемія при хронічній хворобі нирок пов'язана з найвищим ризиком прискореного розвитку кардіоваскулярної патології. Це зумовле-

но одночасним порушенням гомеостазу, метаболізму та гемодинаміки. Раннє виявлення анемії, структурно-функціональних показників серця у пацієнтів з патологією нирок дозволить своєчасно та адекватно модифікувати лікування хворих та попередити розвиток ускладнень, і як наслідок, зменшити летальність у даної категорії пацієнтів.

РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПАЦІЄНТВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ НА ЗАМІСНІЙ НИРКОВІЙ ТЕРАПІЇ МЕТОДОМ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ

В.М. Лесовий, Н.М. Андон'єва, М.Я. Дубовик, О.А. Гуц

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

За сучасними уявленнями в основі розвитку серцево-судинних захворювань при хронічній нирковій недостатності (ХНН) лежить атеросклероз, артеріосклероз і уремічна кардіоміопатія, що призводять в остаточному підсумку до ішемічної хвороби серця (ІХС) з трансформацією в ішемічну дилатаційну кардіоміопатію (ІДКМП) з серцевою недостатністю. Ремоделювання міокарда лівого шлуночка формується в початковій стадії ХНН і прогресує по мірі втрати фільтраційної функції нирок. Частота гіпертрофії міокарда лівого шлуночка зростає з 30% (при початковій стадії ХНН) до 80% (при термінальній стадії ХНН). При цьому на міокард впливають як фактори переднавантаження (гіперволемічна гіпергідратация, ниркова анемія, гіперфосфатемія), так і чинники постнавантаження (системічна гіпертензія, уремічний гіперальдостеронізм, аортальний стеноз de novo за рахунок кальцифікації клапанів).

З метою виявлення ремоделювання міокарда лівого шлуночка у пацієнтів на замісній нирковій терапії (ЗНТ), що отримують її методом перitoneального діаліза (ПД), нами було проведено дослідження у 114 пацієнтів у віці від 19 до 76 років, які отримували замісну ниркову терапію методом ПД на базі відділення нефрології та перitoneального діалізу ОКЦУН ім. В.І.Шаповала, середній вік склав $47,9 \pm 1,3$ р, найчастіше, в 57% випадків, до розвитку ХНН призвів хронічний гломерулонефрит. Тривалість ЗНТ методом ПД у обстежених хворих знаходилася в межах від 12 до 106 місяців, медіана три-

валості склала 53 місяці. Всім пацієнтам були проведені загальноклінічні лабораторні та інструментальні методи дослідження, включаючи ЕКГ-навантажувальну велоергометричну пробу з використанням протоколу ступінчастого безперервно-зростаючого навантаження для діагностики безболіової ішемії міокарда.

У підсумку всі пацієнти були розподілені на 5 клінічних груп.

Через 12 місяців терапії ПД в поєднанні з консервативною терапією, спрямованою на корекцію артеріальної гіпертонії, анемії, дисліпідемії та порушень фосфорно-кальцієвого обміну; збільшився відсоток пацієнтів, які не мають гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), тобто у частині пацієнтів вона регресувала (з 3,7% до 7,5% відповідно). Спочатку всі хворі, які не мали ознак ГЛШ, належали до групи порівняння, їх терміни перебування на ПД були від 12 до 18 місяців. Регресії піддалася тільки концентрична ГЛЖ. Всі пацієнти з ексцентричною ГЛЖ належали до групи з ІДКМП. Крім того, 5% пацієнтів в дебюті дослідження мали ознаки системічної дисфункції (СД), з них три жінки і двоє чоловіків у віці $41 \pm 0,3$ р., всі вони належали до групи пацієнтів з безболіовою ішемією міокарда, через 12 місяців у двох чоловіків і однієї жінки зникли ознаки СД. Кількість же пацієнтів з ДД I типу збільшилася протягом року з 33,75% до 63,75% (практично в два рази) за рахунок переважно пацієнтів з групи з безболіовою ішемією міокарда (21,4%) і з групи пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда протягом поточного року (8,6%).

Висновки. Таким чином, нами доведено, що найбільш поширеними структурно-функціональними змінами міокарда лівого шлуночка у пацієнтів, що отримують ЗНТ методом ПД є концентрична гіпертрофія міокарда лівого шлуночка та діастолічна дисфункція I типу.

За показниками структурно-функціональних змін міокарда лівого шлуночка (Ve/Va) достовірно більшими були в групі пацієнтів з безболовою ішемією міокарда порівняно з пацієнтами з ІДКМП ($p>0,01$).

ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЧЕЧНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ

В.Н. Лесовой, Н.Н. Поляков, Н.М. Андоньева, М.А. Железникова

*Харьковский национальный медицинский университет
Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шаповалы*

Трансплантация почки является методом выбора для лечения пациентов с терминалной стадией хронической почечной недостаточности.

По современным данным в среднем трансплантат почки от живого донора функционирует от 15 до 18 лет, а в случае трансплантации почки от умершего донора – 8–12 лет. Через 3 года после трансплантации 85 из 100 органов продолжают работать.

Выживаемость реципиентов и трансплантата в последнее время значительно увеличилась за счет разработки новых протоколов иммуносупрессии, которые позволяют снизить количество случаев острого отторжения трансплантированного органа, однако на этом фоне большое значение приобретают посттрансплантационные инфекции.

В течение 1 года после трансплантации почки среди фатальных осложнений инфекции могут достигать 35%. При этом вирусы являются причиной не менее 50% всех инфекций у реципиентов почечного трансплантата и могут приводить к тяжелым посттрансплантационным осложнениям.

К вирусным агентам, создающим высокий риск острого или хронического отторжения трансплантата, относят цитомегаловирус (ЦМВ), вирус Эпштейна–Барра (ВЭБ), вирусы простого герпеса человека 1-го и 2-го типов (ВПГ-1 и ВПГ-2), а также БК-вирус (БКВ), получивший распространение в последнее время вследствие применения более совершенных и сильных иммуносупрессантов.

Осложнения могут давать также инфекции, вызываемые вирусами герпеса человека 6-го и 8-го типов (ВГЧ-6 и ВГЧ-8), вирусом варицелла-зостера (ВВЗ), парвовирусом В19 (ПВ В19), аденоизированными (АдВ), вирусами гепатитов

В и С (ВГВ и ВГС), вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Роль вирусов в условиях иммуносупрессии состоит не только в первичном поражении органов и систем с нередким развитием диссеминированного процессса, но и создавающем предпосылки для развития тяжелых суперинфекций: пневмоцистоза, аспергиллеза, туберкулеза. Потенциальным свойством многих вирусов является онкогенность. У пациентов после трансплантации почки уже доказано участие ряда вирусов в развитии онкологических заболеваний. Это вирус Эпштейна–Барра (ЭБВ), вирус папилломы человека, вирус гепатита В (ВГВ), вирус герпеса человека 8-го типа (ВГЧ-8).

В хронологии развития доминирующих вирусных инфекций (ЦМВ, ВЭБ, БКВ, ВГЧ-6) в течение 1 года после трансплантации почки можно выделить такие: первые случаи лабораторного обнаружения ЦМВ-виремии регистрируются уже на 4-е сутки после операции. Далее наблюдается выраженная тенденция повышения частоты обнаружения возбудителя в крови с достижением пика ко 2-му месяцу (44%). Затем число пациентов с активной ЦМВ-инфекцией (виремией) снижалось. В период 2,5–3 мес имело место плато – уровень регистрации генетических маркеров возбудителя колеблется незначительно (от 27,8 до 28,6% соответственно). В течение 3–6 мес. после трансплантации наблюдается снижение уровня их выявления до 25%, а в более поздний период они детектируются эпизодически.

Динамика выявления ВЭБ-инфекции отличается выраженным нарастанием доли положительных проб в период с 14-х суток до 2 мес. с пиком регистрации на 1-й месяц после трансплантации (22,2%) и постепенным снижением

к 3-му месяцу (до 7,3%). С 3-го по 12-й месяц данная инфекция диагностируется эпизодически. Что касается БКВ-инфекции, то в течение 1,5 мес. чаще наблюдается постепенное нарастание уровня ее регистрации у обследуемых реципиентов до 26,1% с последующим снижением до 9,1% к 3-му месяцу. В более поздние сроки наблюдения данная инфекция выявляется реже.

Маркеры ВГЧ-6 обнаруживаются в крови у реципиентов значительно реже с пиком регистрации в период 2–2,5 мес. после трансплантации. При более длительном наблюдении (вплоть до 12 мес.)

данный возбудитель обнаруживается очень редко. Эпизодически генетический материал вирусных патогенов в крови выявляли при инфекциях, вызванных ПВ В19 и АдВ, из которых первый детектировали на 14-е сутки посттрансплантационного периода, а второй – спустя 2 мес.

Выводы. Раннее и своевременное выявление латентных вирусных инфекций поможет избежать осложнений у реципиентов трансплантированных органов. Необходимо изменять схему профилактики вирусных инфекций в зависимости от серостатуса донора и реципиента.

МАРКЕРЫ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА И МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ НА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ МЕТОДОМ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА

В.М. Лесовой, Н.М. Андоньева, Т.Л. Валковская

*Харьковский национальный медицинский университет
Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шапovala*

Введение. Современные методы заместительной почечной терапии (ЗПТ) позволяют значительно продлить жизнь больных с терминальной почечной недостаточностью (ТПН). Однако увеличение продолжительности жизни этих пациентов сопряжено с формированием новых медицинских проблем, одной из которых является изменение минеральной плотности костной ткани (МПКТ), вследствие нарушений фосфорно-кальциевого обмена (ФКО).

Спектр развивающейся костной патологии достаточно широк: фиброзный остеит и смешанная остеодистрофия, которые относятся к почечной остеодистрофии (ПОД) с вторичным гиперпаратиреозом (ВГПТ) и высоким метаболизмом кости; умеренный ВГПТ, относящийся к ПОД с нормальным обменом кости; аднамическая костная болезнь и остеомаляция, при которых регистрируется низкий метаболизм кости.

В последнее время большое внимание уделяется изучению МПКТ у данной категории пациентов. Центральное место в диагностике костных нарушений у диализных больных занимает гистоморфология биоптата гребня подвздошной кости. Однако инвазивность и относительная сложность выполнения данной манипуляции обуславливает необходимость использования других диагностических критериев вариантов ПОД. Наряду с определением уровней парати-

реоидного гормона (ПТГ), кальция (Са), фосфора (Р) и щелочной фосфатазы значительный интерес представляет остеопонтин (ОП) – плейотропный цитокин, который экспрессируется в минерализованных тканях и является главным неколлагеновым матриксным белком кости. Таким образом, этот биологический маркер считаем перспективным для количественного изучения и определения его роли в развитии минерально-костных нарушений у пациентов на ЗПТ.

Материалы и методы исследования. В анализ включены 46 пациентов, находившихся в отделении нефрологии и перитонеального диализа Харьковского областного центра урологии и нефрологии им. В. И. Шаповалы. Среди них было 32 мужчины и 14 женщин. Средний возраст больных составил $45,3 \pm 5,2$ лет. В подавляющем большинстве случаев ТПН была исходом хронического гломерулонефрита (у 24 больных), у 10 человек – поликистоз почек, у 4 – диабетический гломерулосклероз и гипертонический нефроангиосклероз – у 3 пациентов.

Диагностику нарушений фосфорно-кальциевого обмена осуществляли методом биохимического исследования уровня общего Са, Р, щелочной фосфатазы в сыворотке крови. Всем пациентам определяли уровни ПТГ и ОП по стандартной методике.

Определение МПК осуществляли с использованием остеоденситометра «LUNAR» методом двойной рентгеновской абсорбциометрии с оценкой абсолютного значения МПК (в г/м²) и расчетом Z и T- критериев.

Результаты и их обсуждение. При оценке состояния фосфорно-кальциевого метаболизма было выявлено, что у 50% больных уровень Са был менее 2,2 ммоль/л (23 чел.), у 14 пациентов отмечалась гиперкальциемия (уровень Са более 2,5 ммоль/л) и только у 9 пациентов содержание Са находилось в целевом диапозоне 2,2 ммоль/л. Гиперфосфатемия (Р – 2,4±0,6) выявлена у 14 пациентов (33%) и напрямую зависела от значений ПТГ ($p < 0,05$). Уровень ПТГ большинства пациентов (65%) укладывался в диапазон 150–600 пг/мл и составлял в среднем 445±24 пг/мл, у 12 пациентов (25%) превышал 600 пг/мл и составлял 1175±368 пг/мл.

Средний уровень ОП у пациентов на перitoneальном диализе в 6–9 раз превышал

референсные значения и составлял – 248, 31±45,3. По нашим данным, только у 5–7% пациентов, находящихся на диализе, уровень ОП был в границах нормы для здоровой популяции.

Анализ результатов костной денситометрии показал, что распространность сниженной МПК в дистальном отделе лучевой кости до уровня остеопении отмечалась у 32% пациентов, до уровня остеопороза у 30% и нормальная МПК отмечалась у 38% исследуемых.

При сравнительном анализе в подгруппах с нормальной и сниженной МПК установлено, что пациенты со сниженной МПК имели достоверно более высокое содержание ПТГ и ОП.

Выводы. Выявленные статистически значимые взаимосвязи уровня ОП и показателей остеоденситометрии свидетельствуют, что данный маркер может быть использован для определения степени резорбции кости.