

Министерство здравоохранения и социального развития
ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет
Главное управление администрации Алтайского края по здравоохранению
Алтайское краевое общество урологов

Актуальные вопросы диагностики и лечения урологических заболеваний

VI региональная
научно-практическая конференция
урологов Западной Сибири

Сборник научных трудов
под редакцией
доктора медицинских наук, профессора
А. И. Неймарка



Барнаул
АГМУ
2007

УДК 616.61-07:616-68
В74

Ответственные секретари
Р.А. Алиев, Б.А. Неймарк, Н.А. Ноздрачев

В 74 Актуальные вопросы диагностики и лечения урологических заболеваний: VI регион. науч.-практ. конф. урологов Западной Сибири: Сб. науч. тр. / Под ред. д-ра мед. наук, проф. А. И. Неймарка. — 292 с.

ISBN 5-9505-0117-9

В материалах конференции представлены результаты научно-исследовательских работ урологических клиник Москвы, Санкт-Петербурга, Воронежа, Ростова-на-Дону и др., посвященных актуальным вопросам диагностики, лечения и реабилитации заболеваний органов мочеполовой системы.

ISBN 5-9505-0117-9

© Алтайский государственный медицинский
университет, 2007

*Посвящается 60-летию
организации урологической службы
Алтайского края*

Предисловие

Конференции урологов Западной Сибири стали традиционными. Нынешняя конференция — шестая. Отрадно отметить, что конференции, проводимые в Сибири, привлекают все большее внимание урологов Сибири, в том числе из ведущих урологических клиник Москвы и Санкт-Петербурга, а также из республик СНГ. Это выводит их на международный уровень и повышает статус. Цель конференций, проводимых в Сибири, — ознакомить широкую урологическую общественность, прежде всего Алтайского края, Новосибирской, Томской и Кемеровской областей, с современным уровнем развития и достижениями урологии. На предстоящей конференции планируется обсуждение вопросов современного лечения урологических больных, а также их реабилитации с использованием курортных факторов Алтайского края.

Мы надеемся, что предстоящая конференция принесет ощутимую пользу в решении проблем урологии Западной Сибири.

Диагностика урологических заболеваний

Рентгенпланиметрия почек в отдаленные сроки после реконструктивно-пластических операций при гидронефрозе у детей

Ю. М. Ахмедов, Ф. Ш. Мавлянов, Д. Д. Курбанов

Самарканд

Для изучения состояния почек после коррекции ЛМС при гидронефрозе исследованы 78 больных (мальчиков — 63, девочек — 15), которые находились под нашим наблюдением от 6 мес. до 16 лет после операции. Возраст больных к моменту операции составлял от 2 мес. до 15 лет. Изучали площадь почки, площадь паренхимы, рено-кортикальный индекс; сопоставляли эти показатели с визуальной оценкой состояния почки, ее чашечно-лоханочной системы и паренхимы. Изучали также результаты радиологических и ультразвуковых исследований, в том числе импульсно-волновой доплерографии мочеточниково-пузырного выброса.

У всех больных рентгенологический контроль свидетельствовал об эффективности оперативного вмешательства: функция почки улучшилась, степень эктазии ее чашечно-лоханочной системы уменьшилась, анастомоз функционировал хорошо. Как известно, экскреторная урография (ЭУ) и по сегодняшний день остается достоверным критерием в оценке хирургического лечения врожденного гидронефроза (ВГ) у детей. В связи с этим сопоставление данных математического анализа ЭУ в зависимости от способа оперативного вмешательства, на наш взгляд, является достоверным критерием оценки результатов реконструктивно-пластических операций при ВГ у детей. Получены следующие данные:

Методика	$S_{\text{почки}}$	$S_{\text{члс}}$	РКИ	Ипар
Операция Андерсен—Кучера	$39,3 \pm 4,7$	$9,8 \pm 1,5$	$0,25 \pm 0,01$	$2,3 \pm 0,3$
Операция по способу клиники	$27,5 \pm 3,1$	$7,5 \pm 1,2$	$0,22 \pm 0,02$	$1,9 \pm 0,2$
Прочие операции (тубулопластика, уретеролиз, антевазальная пластика)	$41,0 \pm 5,1$	$10,4 \pm 2,2$	$0,27 \pm 0,02$	$2,5 \pm 0,3$

Таким образом, анализ оценки реконструктивно-пластических операций при ВГ у детей продемонстрировал, что показатели рентгенопланиметрии и доплерографии после пиелопластики в модификации клиники имеют достоверные различия с соответствующими показателями при использовании других способов операций. Для констатации степени ВГ и оценки эффективности оперативного лечения на основании восстановления почечной паренхимы следует проводить математический анализ параметров экскреторных урограмм с целью определения РКИ и Ипар. В комплексе диагностических процедур для диагностики степени нарушения уродинамики верхних мочевыводящих путей при ВГ у детей до и после операции рекомендуется определение мочеточничко-пузырного выброса методом импульсно-волновой доплерографии.

Прогрессия доброкачественной гиперплазии предстательной железы в зависимости от концентрации основного фактора роста фибробластов (bFGF) в сыворотке крови

Р. Р. Бороян

Ереван

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) — прогрессирующее заболевание. Прогрессия СНМП/ДГПЖ чрезвычайно вариабельна и индивидуальна, причем главными факторами риска прогрессии симптомов нижних мочевых путей (СНМП), обусловленных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (СНМП/ДГПЖ), признаются низкая величина максимальной скорости мочетока ($Q_{\max}$), высокий уровень простат-специфического антигена (PSA) в крови, большой объем простаты, большой объем остаточной мочи, высокий суммарный балл IPSS, возраст. Однако, согласно проведенным нами исследованиям, более надежным предиктором прогрессии СНМП/ДГПЖ является концентрация основного фактора роста фибробластов (bFGF) в сыворотке крови, определяемая при помощи высокочувствительного иммуноферментного анализа с использованием системы Quantikine HS ELISA Kits (R&D Systems, UK and USA). Содержание основного фактора роста фибробластов (bFGF) в крови при ДГПЖ значительно возрастает, и при его уровне в сыворотке крови, превышающем 5 pg/ml, длительное комбинированное медикаментозное лечение (финастерид + тамсулозин) оказывается неэффективным.

На основании проведенных нами исследований предлагается в качестве надежного предиктора прогрессии СНМП/ДГПЖ определение концентрации bFGF в сыворотке крови пациентов.

Эффективность спиральной компьютерной томографии и ультразвукового исследования (В-режим) в диагностике аномалий развития почек

А. Б. Бочкарев

Москва

Аномалии развития почек (АРП) встречаются у 3–3,5% больных урологических стационаров и составляют до 10% от всех пороков формирования мочеполовой системы. Часто АРП протекают бессимптомно или клиническая картина их крайне скудна. Проявления их в значительной степени варьируют и зависят от степени выраженности сопутствующих заболеваний (прежде всего таких, как гидронефроз, нефролитиаз, пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность). Большой диапазон областей иррадиации боли затрудняет точную диагностику.

Цель работы – изучить и сравнить эффективность двух диагностических методов: спиральной компьютерной томографии (СКТ) и УЗИ в В-режиме при обнаружении ренальных альтераций.

За период с 2001 по 2005 гг. на базе кафедры эндоурологии РМАПО с помощью СКТ и УЗИ в В-режиме обследовано 52 пациента с подозрениями на аномалии развития почек. Исследование проводилось для выявления аномальных изменений в почках, определения их пространственной структуры, особенностей сосудистого русла, дифференциальной диагностики ассоциированных заболеваний, выбора метода и тактики лечения.

По итогам комплексного обследования и оперативных вмешательств было установлено, что у 14 пациентов из 52 обследованных аномалии развития почек отсутствовали. У 23 больных были выявлены отклонения развития почечных сосудов, у 2 – альтерации расположения и формы, у 7 – аномалии количества. У одного больного имела место гипоплазия, у 5 – аномалии структуры почек.

Ретроспективный анализ показал, что эффективность УЗИ в выявлении несосудистых аномалий развития почек, прежде всего уровня обструкции, достаточно высока. Информативность УЗС в В-режиме при идентификации АРП (без учета сосудистых аномалий) составила: чувствительность (Se) – 93,8%; специфичность (Sp) – 94,4%; прогностичность положительного результата (PYP) – 88,2%; прогностичность отрицательного результата (PVN) – 97,1%; точность (Epsilon X) – 94,2%. Однако при определении причин обструкции, в том числе с учетом сосудистых аномалий почек, эти показатели существенно ниже: Se – 57,7%; Sp – 38,9%; PYP – 57,7%; PVN – 38,9%; Epsilon X – 50,0%. С помощью УЗИ был установлен окончательный клинический диагноз только в 5 (9,6%) случаях

АРП: при кистозных образованиях в виде солитарной простой кисты (4) и поликистозе (1).

Как показал ретроспективный анализ, при СКТ ложноотрицательные результаты были получены в 2 случаях: не удалось обнаружить дополнительные нижнеполярные сосуды. Причиной гиподиagnoстики при СКТ явились малая вариабельность плоскости среза и относительно невысокое контрастное разрешение. Томограммы, полученные при исследовании отклонений развития почек, свидетельствовали о таких заболеваниях ВМП, как гидронефроз, пиелонефрит и нефролитиаз. Компьютерная томография выявила аномалии развития почек и особенности ангиоархитектоники верхних мочевых путей, позволяющие определить хирургическую тактику у 50 (96,2%) пациентов.

Информативность СКТ при идентификации АРП и выявлении причин обструкции ВМП характеризовалась следующими показателями (%) соответственно: Se — 94,7/94,1; Sp — 100/100; PVP — 100/100; PVN — 87,5/90,0; Epsilon X — 96,2/96,2.

Таким образом, проведенная эхография, несмотря на всю свою значимость, при выявлении АРП и гидронефроза не позволила однозначно установить причину каликопиелозктазии. Компьютерная томография дала возможность с максимальной информативностью идентифицировать особенности пространственной ВМП и предоставила необходимую информацию для выбора метода оперативного вмешательства и планирования его объема у пациентов с аномалиями развития почек и обструкцией верхних мочевых путей.

Роль нетрадиционных возбудителей в патогенезе хронического простатита

Д. Н. Величко, А. А. Ерквич, М. А. Юров, Н. Д. Темников

Новосибирск

Одной из актуальных проблем современной урологии и венерологии является совершенствование качества лечения пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), особенно с осложненным течением. У мужчин к числу таких осложнений относятся хронический уретрит, эпидидимит, простатит. Уретрогенный простатит, возникший в результате полового инфицирования, доминирует в общей структуре заболеваний предстательной железы. Основной клинической формой хронического простатита у молодых мужчин в возрасте до 45 лет является инфекционная, составляющая до 90–95% случаев. Бурный рост выявленных случаев ИППП не дает ответа на вопрос о роли этих видов возбудителя в патогенезе хронического простатита и требует дальнейшего изу-

чения. В России количество заболеваний, вызванных ИППП, не считая венерических болезней, составляет 1,5–2 млн. Проблема атипичных возбудителей важна в связи с тем, что при отягощенном течении (простатит, везикулит, эпидидимит) она напрямую влияет на репродуктивную функцию мужчины.

Были обследованы 62 человека с ИППП, у которых не было выявлено патогенной микрофлоры, но обнаружены уреоплазмы, микоплазмы, трихомонады и хламидии. Идентификация возбудителей проводилась методами ПИФ, ПЦР-ДНК, посевами отделяемого из уретры и эякулята (двойная локализация). При микробиологическом исследовании эякулята ИППП были обнаружены у 39 (63%) пациентов, при исследовании отделяемого уретры различными методами – у 31 (50%); сочетанная идентификация нетрадиционных возбудителей имела место у 6 (9,7%) человек.

Все пациенты были разделены на 2 группы: в 1-ю вошли 27 (43,5%) человек, которым применялись традиционные методы лечения (антибиотики тетрациклинового, фторхинолонового и макролидного спектра в сочетании с иммуномодуляторами), 2-я группа составила 35 (56,5%) пациентов, которым наряду с общепринятыми методами было назначено вспомогательное физиолечение на аппаратах «АНДРО-ГИН», «ИНТРАМАГ».

Результаты. Частота рецидивов в течение 10 месяцев в 1-й группе составила 27%, во второй – 8%.

Таким образом, комплексное лечение хронического бактериального простатита с использованием физиотерапевтических методов эффективнее, чем монотерапия антибактериальными препаратами, что связано с осложненным течением данного заболевания, доказанной идентификацией возбудителей в мочеиспускательном канале и эякуляте.

Как показывают проведенные нами исследования, роль нетрадиционных возбудителей в патогенезе хронического бактериального простатита является актуальной и требует дальнейшего изучения.

Патоморфологическая картина при туберкулезном эпидидимите

А. А. Волков, Ю. В. Терентьев, Ю. Г. Кириченко

Ростов-на-Дону

Туберкулез является типичной гранулематозной болезнью. Клеточный состав туберкулезной гранулемы непостоянен и меняется на различных этапах морфогенеза, характеризуясь чередованием экссудативной и продуктивной реакций. Экссудативные реакции являются следствием трансформации Т-лимфоцитов в В-лимфоциты, а затем в плазмоциты и приводят к развитию казеозно-некротических очагов. Этот процесс характерен только для туберкулеза. При продуктивных формах течения ту-

беркулезного процесса происходит обширное разрастание соединительной ткани.

Придаток яичка поражается при туберкулезе, как правило, вторично — чаще гематогенным путем из первичного очага, реже интраканаликулярно или лимфогенно. При отсутствии адекватного лечения процесс прогрессирует с переходом на ткани яичка, его оболочки, ткани мошонки с развитием свищей, распространяется на урогенитальную систему.

Туберкулезный эпидидимит потенциально опасен как источник генерализации специфического процесса, что обусловлено поздней диагностикой заболевания. Своевременная диагностика последнего требует достаточного опыта и сопоставления клинических данных с морфологическими находками. Следует признать, что до настоящего времени расхождение между гистологическим и клиническим диагнозом составляет, по данным разных авторов, до 30%.

В урогенитальном отделении специализированной туберкулезной больницы Ростовской области за период 1997–2006 гг. выполнено 226 операций (у 178 больных) на органах мошонки с подозрением на туберкулезный эпидидимит. Средний срок предоперационной противотуберкулезной терапии составил 33 дня. Операции распределились следующим образом: биопсия яичка — 31, биопсия придатка яичка — 5, иссечение кисты придатка яичка — 7, резекция придатка яичка — 16, резекция яичка — 8, эпидидимэктомия — 138, орхэктомия — 21.

Среди оперированных больных с окончательным диагнозом туберкулеза половой системы условно выделено 3 группы. Первую составили 68 пациентов (38,2%), у которых диагноз туберкулезного эпидидимита (эпидидимоорхита) был подтвержден гистологически наличием в препарате казеозного некроза, гигантских клеток Пирогова—Лангханса или кислотоустойчивых палочек, морфологически сходных с микобактериями. Во вторую группу вошли 30 человек (16,8%), у которых, несмотря на отсутствие специфических изменений в препарате, диагноз был установлен клинически (анамнез, объективные признаки, характерное течение заболевания, эффективность противотуберкулезной терапии). В третью группу мы выделили 27 пациентов (15,2%), у которых при гистологическом исследовании выявлен хронический неспецифический воспалительный процесс в придатке яичка, но все эти больные длительно получали противотуберкулезную терапию до операции по поводу туберкулезного поражения различных органов: почек, легких, позвоночника, кожи и др. У остальных пациентов (29,8%) диагноз туберкулеза половой системы отвергнут.

Таким образом, туберкулезный эпидидимит установлен у 125 наших пациентов (70,2%). Расхождение между гистологическим и клиническим

диагнозом составило 32%. Причинами расхождения являются: преобладание продуктивных специфических реакций над экссудативными, нарушение оттока секрета из придатка яичка с дальнейшим развитием склеротических и фиброзных изменений, а также длительная химиотерапия, не позволяющая дифференцировать туберкулез с исходами неспецифического воспаления. Отсутствие классических специфических изменений в удаленном придатке яичка не исключает диагноза туберкулезного эпидидимита у ряда больных.

Предварительные результаты сравнительного обследования состояния обменных нарушений у детей, страдающих МКБ, и их родителей

Н. К. Дзеранов, А. Ю. Павлов, Е. В. Черепанова, О. В. Константинова
Москва

По данным мировой статистики, дети составляют 2–3% пациентов, страдающих мочекаменной болезнью. В России за последние 4 года заболеваемость МКБ среди младшей детской возрастной группы увеличилась с 17,8 до 19,9 на 100 000 населения, в подростковой — с 68,9 до 81,7 на 100 000 населения. Высокий процент (по данным литературы, от 25 до 50%) повторного камнеобразования и связанное с ним оперативное лечение, в особенности открытые оперативные вмешательства, негативно сказываются на функциональных показателях почек. В настоящее время операцией выбора при удалении камней у детей является дистанционная литотрипсия в связи с ее малой инвазивностью и высокой эффективностью, однако надо учитывать, что ни один из методов лечения не избавляет больного от мочекаменной болезни. Поэтому все большую актуальность приобретает проблема профилактики и особенно метафилактики камнеобразования.

На сегодняшний день основными факторами риска камнеобразования являются метаболические нарушения, которые, по данным литературы, составляют более 40%, а также аномалии развития, связанные с нарушением уродинамики, и хроническая инфекция мочевых путей. Таким образом, основными моментами в метафилактике камнеобразования являются: коррекция метаболических нарушений, восстановление адекватного пассажа мочи, лечение воспалительного процесса мочевых путей.

Нами проведено клиническое обследование 28 пациентов в возрасте от 1,7 до 14 лет, находившихся на лечении в ФГУ «НИИ урологии» Росздрава. Наибольшее количество пациентов было в возрасте 6–8 лет, что, как правило, совпадает с периодом поступления детей в дошкольные и школьные учреждения, частыми медицинскими осмотрами, при которых

случайно были выявлены признаки мочекаменной болезни. В 45,5% случаев к моменту поступления в клинику у пациентов в анамнезе имелись указания на выполненные различные открытые оперативные вмешательства по поводу уrolитиаза и/или различных аномалий развития верхних мочевых путей.

В нашем исследовании всем детям выполнено изучение обменных нарушений, при этом в 53,5% случаев проведено исследование обменных нарушений у их родителей. Признаки нарушений обменных процессов в крови и моче были обнаружены в 95% случаев у детей и в 63% случаев — у их родителей. Выявленные изменения как в группе детей, так и в группе их родителей были связаны преимущественно с нарушением фосфорного (53,5%) и/или кальциевого (46,4%) обмена. При обследовании в 32,2% случаев обнаружена также бактериурия, причем в группе с первичными камнями она составляла 21,4%, в группе с рецидивными камнями — 43,8.

Выявленные изменения, несомненно, способствуют прогрессированию камнеобразования и снижению функции почек, которое было отмечено в 87,5% случаев. В связи с этим основными моментами профилактики рецидивного камнеобразования являются коррекция метаболических нарушений и адекватная лекарственная терапия, направленная на снижение риска воспалительных осложнений. Комплексное лечение, направленное на коррекцию метаболических нарушений, борьбу с мочевой инфекцией, позволяет надеяться на снижение процента рецидива камнеобразования, сохранение функционального состояния почек и улучшение качества жизни детей.

Диагностическая значимость протеомных технологий в молекулярной диагностике рака простаты — AGR2, тимозин-B15

*Н. К. Дзеранов, С. С. Шишкин, О. Б. Лоран, Л. И. Ковалев, Л. С. Еремина,
И. Ю. Торопыгин, А. В. Казаченко, А. А. Серегин, К. И. Тотров*

Москва

Новые возможности для исследования белков в раковых опухолях человека предоставляет современная протеомика, которая опирается на целый набор высокоэффективных технологий — двумерный электрофорез белков по О'Фарреллу, компьютерный анализ результатов, MALDI-TOF, масс-спектрометрию и другие методы. С помощью этих технологий начата работа по построению компьютерного банка данных о белках простаты человека и проведено сравнительное изучение белков в биоптатах и операционных материалах, полученных от двух групп больных: с гипер-

плазиями (ГП, $n = 18$) и с раком простаты (РП, $n = 20$). У всех обследованных пациентов с РП диагностировалась аденокарцинома в стадиях 5, 6 или 7 по Глиссону. Показано, что в образцах тканей простаты из обеих групп присутствуют во многом сходные и хорошо воспроизводимые белковые паттерны; при этом на типичных электрофореграммах выявляется около 300 (при окраске Кумасси R-250) и около 650 (при окраске серебрением) белковых фракций. Среди них методами масс-спектрометрии идентифицировано 45 белков, в том числе несколько ранее неизвестных продуктов экспрессии генов, которые были определены ранее в геноме человека с помощью ДНК-технологий другими авторами (в частности, генов PRO 2675 и 2044, в структуре которых содержится С-концевой альбуминовый домен).

Сравнительный анализ двух групп образцов показал наличие ряда достаточно специфичных качественных и количественных отличий между тканями с ГП и РП. В качестве характерных качественных особенностей тканей РП было отмечено появление в них андроген-индуцированного секретиремого белка (AGR2, 32 из 35 — 91,3% случаев); изоформы № 5 белка, связывающего жирные кислоты (14 случаев из 20); комплекса продуктов экспрессии генов PRO 2675 и 2044 (19 случаев из 20), продукта экспрессии онкогена TEL2 (12 из 20); особого белка, структурно сходного с гамма-актином 2 (12 из 20).

Среди белков, для которых удалось зарегистрировать количественные изменения в образцах РП по сравнению с образцами ГП, очевидный интерес представляли белки, увеличивающие свое присутствие при раке. К таким белкам, в частности, были отнесены так называемый простатический связывающий белок, изоформа 3А гистона H3 и дисульфид-изомеразы ER 60.

Известно, что возможности эффективного лечения РП во многом определяются своевременностью и точностью диагностики, для которой особое значение имеет определение биохимических маркеров. До недавнего времени считалось, что проблему точной диагностики РП решает анализ так называемого простат-специфического антигена. Однако в связи с появлением данных о недостаточной диагностической значимости этого маркера начаты активные поиски новых, более эффективных маркеров РП.

Полученные предварительные результаты протеомного анализа позволяют рассматривать некоторые из качественно и/или количественно меняющихся белков в тканях РП (AGR2, тимизин-B15, продукты генов PRO 2675, 2044 и ряд других) как перспективные потенциальные молекулярные маркеры РП.

Новый принцип определения физиологической, избыточной и патологической подвижности почек

С. И. Драцкий, А. В. Андрейчиков, М. А. Фирсов

Красноярск

Определение подвижности почек производили способом (патент РФ № 2217052), позволяющим по рентгенограммам стандартной экскреторной урографии с применением метода скиаграфии (перенос контуров теневого изображения объектов с рентгеновской пленки на кальку) оценивать смещаемость почек при пробе Вальсальвы и в ортостазе относительно всегда видимой чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) почек на рентгенограмме, полученной в положении лежа. На кальку переносились контуры позвонков, поперечных отростков L_{II} и L_{IV} , куполов диафрагмы, XI и XII ребер, костей таза и ЧЛС. На эту же скиаграмму после сопоставления изображений осевого скелета по позвоночно-реберному углу (XI ребро — позвонок ТХI) переводились контуры ЧЛС и куполов диафрагмы с рентгенограммы при пробе Вальсальвы. Подобным образом поступали и при ортостатической пробе. Построение скиаграмм и схем производилось отдельно для пробы Вальсальвы и ортостатической пробы. Линейные размеры — длина ЧЛС, длина осевых линий ЧЛС — измерялись в миллиметрах.

Расчет коэффициента подвижности ЧЛС (КПЧЛС) производился по формуле:

$$\text{КПЧЛС} = \frac{\frac{ABC}{AB} - \frac{A^1B^1C^1}{B^1C^1}}{2},$$

где ABC — длина осевой линии ЧЛС, проведенной через максимально удаленные — верхнюю и нижнюю — точки ЧЛС в положении лежа, до ее пересечения с границами поля локализации чашечно-лоханочной системы почек (ПЛЧЛС); AB — длина ЧЛС в положении лежа; $A^1B^1C^1$ — длина осевой линии ЧЛС, проведенной через максимально удаленные — верхнюю и нижнюю — точки ЧЛС при пробе Вальсальвы или в ортостазе, до ее пересечения с границами ПЛЧЛС; B^1C^1 — длина ЧЛС при пробе Вальсальвы или в ортостазе; КПЧЛС — средняя арифметическая величина суммы отношений длин ЧЛС к длине осевых линий ЧЛС в положении лежа и при пробе Вальсальвы или в ортостазе.

В зависимости от полученных величин КПЧЛС нами выделено 4 степени избыточной подвижности почек.

1. Избыточная подвижность почек I степени (КПЧЛС = 1,51–1,7) соответствует смещаемости почек, превышающей высоту тела одного поясничного позвонка.

2. Избыточная подвижность почек II степени (КПЧЛС=1,71–1,9) соответствует смещаемости почек на высоту двух тел поясничных позвонков.

3. Избыточная подвижность почек III степени (КПЧЛС=1,91–2,3) соответствует смещаемости почек, превышающей высоту тел двух поясничных позвонков.

4. При значении КПЧЛС свыше 2,31 следует говорить о патологической подвижности почек (собственно нефроптозе, в понимании этого термина как нозологической единицы) – IV степени.

Предлагаемый коэффициент физиологической подвижности почек – КПЧЛС 1,5 в целом соотносится со смещаемостью почек на высоту тела поясничного позвонка, что позволяет значительно достовернее установить пределы физиологической подвижности почек.

Анализ величины экскурсии диафрагмы при пробе Вальсальвы показал, что с обеих сторон увеличение этого показателя пропорционально увеличению степеней подвижности почек. Но только при III и IV степенях подвижности смещаемость почек превышает величину экскурсии диафрагмы. Следовательно, предлагаемая методика определения подвижности почек позволяет совершенно объективно и четко разграничить понятия «физиологическая подвижность почек», «избыточная подвижность почек» и «патологическая подвижность почек – нефроптоз» при понимании последнего термина как болезни.

Неотложная ультрасонография в диагностике уретеролитиаза

С. А. Дубский, Д. Г. Курбатов

Москва

Традиционная диагностика уретеролитиаза базируется на рентгенологических методах исследования. Однако данное обследование основано на тщательной подготовке пациента, что не всегда возможно при неотложных ситуациях.

Нами обследованы 160 больных в возрасте от 18 до 65 лет, госпитализированных с клинической картиной почечной колики, у которых в результате применения трансабдоминальной ультрасонографии как монометода диагностики был подтвержден уретеролитиаз. Женщин было 89, мужчин – 71. У 74 пациентов камень локализовался в н/З мочеточника, у 34 – в с/З и у 52 пациентов – в в/З мочеточника. У 100% больных наблюдали сопутствующий лейкоцитоз; изменения в анализах мочи (гематурия, лейкоцитурия) выявлены в 84% случаев.

Особенностью диагностики было выполнение УЗИ в В-режиме на высоте приступа почечной колики, когда мы могли четко лоцировать ка-

мень мочеточника. После купирования приступа, а также у больных с ожирением эхографическая визуализация камня вызывала затруднения.

Установлены определенные различия в эхографической симптоматике уретеролитиаза в зависимости от уровня локализации конкрементов.

При наличии камня в н/3 мочеточника наблюдали следующие лучевые симптомы: у 60% больных — утолщение коркового и медулярного слоев почки при нормальной эхогенности паренхимы, у 89,2% — расширение лоханки до 20 мм, чашечек — от 6 мм при отсутствии утолщения стенки лоханки и отсутствии изменений в паранефральной клетчатке и капсуле почки, наличие эхопозитивного включения в н/3 мочеточника, утолщение (в виде «муфты») стенки мочеточника в месте нахождения конкремента, расширение мочеточника выше стояния камня (при длительно стоящем камне определяется расширение мочеточника дистальнее конкремента), отсутствие или резкое снижение выброса мочи на стороне поражения.

Из 74 больных уретеролитиазом в н/3 мочеточника конкременты локализовались у 29 больных в интрамуральном отделе, у 45 — в юкставезикальном отделе. Уретерозктазию наблюдали у всех 74 больных, однако далеко не у всех больных имелась пиеэлокаликозктазия.

При наличии камня диаметром более 3 мм в н/3 мочеточника и не дистальнее 5–7 см была возможна 100%-я визуализация камней при наполнении мочевого пузыря до 100–150 мл. При наполнении до 250 мл было возможно определение конкремента в пределах всей н/3, однако такое наполнение мочевого пузыря на высоте почечной колики затруднительно.

Лучевая семиотика уретеролитиаза в с/3: утолщение коркового и медулярного слоев — у 73% больных с незначительно пониженной эхогенностью паренхимы, в 85,3% случаев — утолщение стенки лоханки, расширение лоханки от 20 мм, чашечек — от 8 мм при отсутствии изменений в паранефральной клетчатке и капсуле почки, наличие эхопозитивного включения в мочеточнике при диаметре конкремента свыше 5 мм и диаметре мочеточника от 7–8 мм, утолщение стенки мочеточника в месте нахождения конкремента, расширение мочеточника выше стояния камня (при длительно стоящем камне мочеточник расширен и дистальнее конкремента), резкое снижение выброса мочи на стороне поражения.

При локализации конкремента в в/3 мочеточника выявили следующие лучевые симптомы: утолщение коркового и медулярного слоев у 84% пациентов с пониженной эхогенностью паренхимы почки, у 92% больных — расширение лоханки от 30 мм, чашечек — от 8 мм, периуретеральный отек, отсутствие изменений в паранефральной клетчатке, незначительное утолщение капсулы почки, наличие эхопозитивного включе-

ния в в/3 мочеточника, утолщение (чаще при длительно стоящем камне) стенки мочеточника в месте нахождения конкремента, расширение мочеточника выше стояния камня, снижение выброса мочи на стороне поражения.

Из дополнительных эхографических симптомов отметили, что после самостоятельного отхождения камней у всех больных до 4–5 дней сохраняется отек стенки мочеточника в месте прежнего нахождения камня, кроме того, у 35% пациентов до 3 суток сохраняется резидуальное расширение лоханки.

Таким образом, применение УЗИ как монометода диагностики уретеролитиаза различной локализации является весьма эффективным и позволяет не только проводить топическую диагностику, но и определять тактику лечения с мониторингом функционального состояния почки.

Некоторые аспекты диагностики калькулезного пиелонефрита

В. В. Дутов, К. И. Савицкая, М. Ф. Трапезникова, Е. В. Русанова, А. А. Галько, И. М. Бейзеров

Москва

Определение степени активности воспаления при хроническом калькулезном пиелонефрите имеет существенное значение для клинической практики.

Комплексному иммуно-микробиологическому исследованию были подвергнуты 656 проб мочи и 71 проба крови, полученные от 71 пациента с хроническим пиелонефритом, протекавшим на фоне коралловидного нефролитиаза.

Только у 21 из 71 пациента (30,0%) степень бактериурии соответствовала общепризнанному диагностическому титру на уровне Ig 5 КОЕ. В то же время более чем у половины пациентов (36; 50,7%) в средней порции мочи роста микробных тел не обнаруживали вовсе. Несмотря на отсутствие бактериурии, реакция организма на бактериальный антиген была выявлена в 69,4% (Ig G) — 100% (комбинация Ig M, Ig G, СН-50 и ФА-30). У 19,4% пациентов изменился уровень комплемента (СН-50). Изменение уровня иммуноглобулинов класса М (77,8%) в этой группе свидетельствовало об обострении хронического воспалительного процесса. Этот факт подтверждался и комплексом показателей, отражающих процесс опсонофагоцитоза (100% случаев). В группах пациентов с верифицированным уровнем бактериурии в титре Ig 3–Ig 4 КОЕ/мл реакция организма на наличие хронического калькулезного пиелонефрита особенно характеризовалась изменениями показателей иммуноглобулинов классов М и G, а также ФА-30 (83,3–100% случаев).

При отсутствии бактериурии в диагностическом титре определение любого из факторов САИР позволяло повысить уровень лабораторной диагностики пиелонефрита при коралловидном нефролитиазе с 22,5% при определении только СН-50 до 73,5% ($p < 0,05$) при определении только ФА в незавершенных вариантах и до 83,7% ($p < 0,01$) при суммарном учете показателей иммуноглобулинов М и G. Комплексные исследования показателей в этих случаях выявляли воспалительный процесс в 91,7% случаев при сочетанном определении уровней иммуноглобулинов М- и G-классов и ФА-30. Если уровень предпринятых исследований дополнялся определением показателей СН-50, то вероятность диагностики пиелонефрита при бактериурии в подпороговом титре повышалась до 99,0% ($p < 0,001$).

Следовательно, пиелонефрит на фоне нефролитиаза протекает с недостаточностью как клеточных, так и гуморальных компонентов САИР-защиты, и если для подтверждения диагноза хронического калькулезного пиелонефрита придерживаться общепринятого в настоящее время критерия, то около 70% пациентов будут лишены адекватной антибактериальной терапии.

Структура микробного пейзажа у пациентов с хроническим калькулезным пиелонефритом

В. В. Дутов, К. И. Савицкая, М. Ф. Трапезникова, Е. В. Русанова, А. А. Галько, И. М. Бейзеров

Москва

Хронический пиелонефрит является наиболее частым (от 43–81% до 100%) осложнением мочекаменной болезни.

Комплексному микробиологическому исследованию были подвергнуты 656 проб мочи, полученные от 71 пациента с хроническим пиелонефритом, протекавшим на фоне коралловидного нефролитиаза. Идентификацию выделенных бактериальных штаммов проводили классическими методами. Из 656 проб в 228 (34,75%) роста не зафиксировано. В остальных 428 пробах (65,25%) были идентифицированы УПБ в титре от 10^2 до 10^5 КОЕ/мл и более. Преимущественно выделялись монокультуры УПБ (319 проб; 48,6%). Ассоциации, обнаруженные в 109 пробах (16,65%), большей частью были двухкомпонентными (13,0%), эпизодически — трехкомпонентными (3,7%). Более половины всех УПБ приходилось на долю монокультур, одна треть — на бактерии в составе двухкомпонентных ассоциаций и 12,8% — в трехкомпонентных.

Спектр УПБ в пробах мочи с обнаруженным ростом представлен 27 видами. Ведущее место занимали штаммы *E. coli* (28,9%). Неферментиру-

ющие грамотрицательные палочки (НГОП) встречены в 27,7% случаев и были представлены *P. aeruginosa* (12,3%), НГОБ *spp.* (8,5%), *A. calcoaceticus* (1,5%). Эпизодически идентифицировались *P. ceracia*, *P. fluorescens*, *P. maltophilia*. Из группы *Proteus—Providentia* (суммарно 22,1%) чаще других высевались *P. mirabilis* (16,2%), *P. vulgaris* (1,2%), *Pr. Stuartii* (2,1%), *Pr. Rettgari* (1,7%), *M. morgani* (0,5%). Среди других энтеробактерий чаще встречались *E. cloacea* (7,2%), *K. pneumoniae* (6,4%), *C. freundii* и *S. marcescens* (по 4,7% каждый).

Грамположительные кокки составили 18,6% изолятов и представлены в 60,0% случаев стафилококками и в 40,0% — стрептококками. Наиболее часто выделялись коагулазонегативные стафилококки — *S. epidermidis* (38,3%) и *S. saprophyticus* (20,0%). *S. aureus* встречался эпизодически и составил 1,7%. *E. faecalis* и другие стрептококки группы D идентифицированы в 20,0% случаев каждый.

Для пациентов с калькулезным пиелонефритом посевы мочи характеризуются преобладанием как в количественном, так и в видовом отношении микроорганизмов преимущественно семейства *Enterobacteriaceae* и НГОБ, а именно *E. coli*, *P. mirabilis*, НГОБ *spp.* и *P. aeruginosa*. Примечательно, что грамотрицательные палочки выделялись в титрах 10^4 – 10^6 КОЕ/мл, тогда как грамположительные кокки и дрожжеподобные грибы обнаруживали в концентрациях 10^2 – 10^3 КОЕ/мл.

Роль трансуретральной резекции мочевого пузыря в ходе флуоресцентной цистоскопии в диагностике туберкулеза

О. Н. Зубань, А. С. Мельников

Санкт-Петербург

Роль биопсии мочевого пузыря является определяющей в дифференциальной диагностике поражений органа со схожей симптоматикой — *carcinoma in situ*, лейкоплакия, малакоплакия, различные формы циститов, туберкулез мочевого пузыря и требует исследования материала, взятого из нескольких фокусов (Лоран О. Б. и соавт., 1997). Информативность цистоскопии с эндовезикальной биопсией в диагностике туберкулеза мочевого пузыря снизилась с 33–52% в 1960–1980-е гг. (Вольпян Е. Л., 1963, Шабад А. Л., 1978, Suhler A. et al., 1984) до 7,1–9,1% в 2000-е гг. (Зубань О. Н., 2002, 2003, 2006), что, вероятно, связано с патоморфозом туберкулеза в современных эпидемиологических условиях.

Способы флуоресцентной идентификации используются в основном для диагностики опухолей кожи и мочевого пузыря. В литературе имеются отдельные сообщения о применении этого метода для обнаружения туберкулезного поражения бронха (Homasson J. P., 1985), костей и

суставов (Хоменко В. А., 2005). Однако применения во фтизиоурологии этот метод до сих пор не нашел.

Цель работы — изучить диагностическую ценность трансуретральной резекции (ТУР) стенки мочевого пузыря в ходе флуоресцентной цистоскопии у больных нефротуберкулезом.

Эндовезикальная биопсия мочевого пузыря выполнена 40 больным нефротуберкулезом с симптомами поражения нижних мочевых путей: многофокусная с помощью ригидных щипцов при цистоскопии в белом свете — 28 пациентам (1-я группа), трансуретральная резекция (ТУР) стенки в ходе флуоресцентной цистоскопии с предварительным внутрипузырным введением фотосенсибилизатора «Радахлорин» (0,35%, 10,0 мл) с экспозицией 1,5–2 часа — 12 (2-я группа). Регистрация флуоресценции выполнена с помощью прибора DV-FENCY1/Ur (Папаян Г. В., Барский И. Я., 2000). Интенсивность флуоресценции оценивали в единицах яркости с помощью специального программного обеспечения.

При осмотре в синем свете слизистой мочевого пузыря после ее фотосенсибилизации отмечено, что площадь и количество очагов флуоресценции существенно больше патологических участков, видимых в белом свете. Морфологические исследования биоптатов выявили специфические изменения (гигантские многоядерные клетки Лангханса) у 2 (7,1%) больных первой группы и у 6 (50,0%) — второй. Участки атрофии и гиперплазии эпителия, пролиферативной активности с элементами дисплазии и плоскоклеточной метаплазии обнаружены в 46,4% и 37,5% случаях соответственно; опухоли — в 10,7% и 25,0%. При компьютерной обработке видеоизображения установлено, что воспалительные очаги флуоресцируют в 2 раза ярче неизменной слизистой. В то же время интенсивность их флуоресценции в 2 раза ниже, чем новообразований ($p < 0,001$). Четкая визуализация границ пораженной слизистой мочевого пузыря позволила радикально удалить патологические очаги во время диагностической манипуляции у 100% пациентов 2-й группы с помощью ТУР, в то время как больным 1-й группы в 10,7% случаев потребовалось повторное трансуретральное вмешательство.

Следовательно, флуоресцентная цистоскопия не только повышает диагностические возможности эндовезикальной биопсии стенки мочевого пузыря, но также позволяет радикально выполнить ТУР патологических очагов, в том числе и при туберкулезном ее поражении.

Внутрипростатическая артериальная гемодинамика простаты у пациентов с хроническим простатитом форм IIIA и IIIB

М. И. Козан, И. И. Белоусов, А. В. Шангичев, А. В. Паленый

Ростов-на-Дону

Ведущим состоянием при синдроме хронической тазовой боли (CP/CPPS III) является боль. В 30% случаев ее причина остается неясной. Общепринятая диагностика CP/CPPS III сводится к исключению бактериального воспаления как повреждающего фактора. Современные исследования по патогенезу CP/CPPS III позволяют предположить, что основой болевого синдрома при форме IIIA являются воспалительные, а при форме IIIB — сосудистые и неврологические факторы, приводящие к снижению порога болевой чувствительности. Основой терапии CP/CPPS IIIB является коррекция болевого синдрома.

В нашем исследовании мы изучили внутриоргannую гемодинамику простаты (плотность сосудистого русла и максимальные скоростные показатели артериального кровотока), оценили нейрофизиологию мышц тазового дна и сравнили фармакологическую эффективность препаратов с различным механизмом действия в терапии хронического болевого синдрома у пациентов с CP/CPPS IIIB.

Проанализировано 65 пациентов с установленным диагнозом CP/CPPS III. Критерий отбора — болевой синдром с индексом боли по Visual Analog Scale for pain quantification (VAS) от 4 до 8. Длительность болезни — от 5 до 14 лет. Группа с формой CP/CPPS IIIA — 30 пациентов, группа с формой CP/CPPS IIIB — 35 пациентов. Контрольная группа — 13 здоровых добровольцев. Возраст обследуемых находился в интервале от 20 до 40 лет.

Всем пациентам выполнено цветное дуплексное трансректальное ультразвуковое исследование простаты, 12 пациентам с диагнозом CP/CPPS IIIB выполнена нейрофизиологическая диагностика: оценены корковые соматосенсорные вызванные потенциалы при стимуляции п. pudendus (СВП), бульбокавернозный рефлекс (БКР) и игольчатая электромиография мышц тазового дна (ИЭМГ). Медикаментозная терапия применена у 32 пациентов с CP/CPPS IIIB на протяжении 12 недель. Из них 12 получали Flupirtin 100 мг 4 раза в сутки, 10 пациентов получали Celecoxib по 200 мг 1 раз в сутки. Эффекты действия оценивались на 1-й, 4-й и 8-й неделях терапии при помощи VAS и сравнивались с плацебо.

Исследуемые гемодинамические параметры в группе IIIA были несколько меньше, чем в контроле, но эти различия были статистически недостоверны ($p > 0,05$). Однако снижение отмечено по всем показателям. В то же время у пациентов с IIIB в 88,6% случаев параметры гемо-

динамики были снижены более чем на 50% по сравнению с контролем (табл.). Схожая закономерность отмечена и в плотности сосудистого русла по периферии и в центре простаты. Данные статистически достоверны ($p < 0,01$).

Параметры		Доноры (n = 13)	IIA (n = 30)	IIIB (n = 35)
Правая артерия простаты	$V_{\max}$, см/с	16,13±1,43	15,88±1,29	7,19±1,64
	R_i	0,67±0,03	0,67±0,05	0,83±0,12
Левая артерия простаты	$V_{\max}$, см/с	15,99±1,26	15,57±1,60	6,98±1,53
	R_i	0,63±0,03	0,67±0,05	0,79±0,09
Внутренняя артерия по ходу уретры	$V_{\max}$, см/с	13,46±0,64	13,09±1,31	5,65±1,71
	R_i	0,68±0,05	0,66±0,05	0,90±0,06
Плотность сосудистого русла, число сосудов на 1 см ² :				
	центральной зоны	4,98±0,46	4,57±0,68	2,15±0,73
	периферической зоны	2,11±0,19	2,16±0,29	1,43±0,46

Данные нейрофизиологического исследования

1. ИЭМГ: амплитуда потенциала двигательной единицы (ПДЕ) повышена в 58,3% случаев (1087,2±534,6 mV), высокоамплитудные ПДЕ (> 1000 mV) зарегистрированы в 50%, продолжительность ПДЕ больше нормативной (9,58±0,38 м/с) у 50% пациентов, количество полифазных ПДЕ 25–60%, увеличена плотность ПДЕ (7–15 ПДЕ в 1-й точке).

2. БКР: асимметрия рефлекса — 33%, укорочение латентного периода менее 37 м/с — 33%, удлинение более 41 м/с — 58,3%, снижение рефлекторного порога более 50 mA — в 50% случаев.

3. СВП: амплитуда потенциала снижена в 75% случаев, латентность пиков повышена в 66,7%.

При оценке медикаментозной терапии в сравнении с плацебо отмечено, что больший положительный эффект достигнут у пациентов, принимавших Flupirtin. Уровень выраженности симптоматики прогрессивно снизился к 8-й неделе на 67,2% против 11,6% в группе плацебо. Во 2-й группе снижение составило 43,7% соответственно.

Таким образом, у всех пациентов с CP/CPPS IIIB отмечено снижение скорости артериального кровотока на фоне уменьшения плотности сосудистого русла простаты, что позволяет говорить об ишемии органа. Нейрофизиологические исследования у пациентов с CP/CPPS выявили субклиническую неврологическую патологию в 66,7% случаев (денервационно-реиннервационные процессы II–III степени), в 75% диагностирована периферическая нейропатия, а в 41,7% — пудендальная аксонопатия.

Применение препаратов с различным механизмом действия уже к концу 1-й недели снизили болевую симптоматику на 47% (Flupirtin) и

40,8% (Celescoxib) против 17,4% плацебо. В дальнейшем, к концу 8-й недели, эффективность снижения болевого симптома составила 57% (Flupirtin) и 43,7% (Celescoxib) против 11,6% плацебо. Анальгетический эффект развивается к концу 1-й недели при применении обоих анальгетиков и продолжает усиливаться к 8-й неделе исследования. Показана лучшая клиническая эффективность Flupirtin в сравнении с Celescoxib.

Оценка корреляции уровня андрогенов, сексуальности и мочевого симптомов у пациентов с симптоматической ДГПЖ

М. И. Коган, А. Ю. Киреев, И. И. Белоусов

Ростов-на-Дону

Известно, что у ряда пациентов с симптомной доброкачественной гиперплазией простаты (ДГПЖ) имеются нарушения сексуальной функции в той или иной степени выраженности. Целью работы является определение возможной взаимосвязи между сексуальностью мужчин с симптоматической ДГПЖ, длительностью мочевого симптомов и уровнем тестостерона крови.

Обследованы 29 пациентов с симптоматической ДГПЖ. Возраст — 50–69 лет (средний — 61,4). Сексуальная функция определена анкетированием, при этом отдельно оценены половое влечение и собственно сексуальная функция. Использованы валидные и разработанные авторами анкеты. Проявления ДГПЖ определены стандартными тестами. По результатам анкетирования пациенты разделены на группы с гипер- (I гр.), нормо- (II гр.) и сниженной (III гр.) сексуальностью (27,6%, 37,9% и 34,5% соответственно). Уровень тестостерона (Т) оценен следующим образом: более 12 нмоль/л — норма, от 8 до 12 нмоль/л — серая зона, менее 8 нмоль/л — сниженный уровень. Для учета возрастного влияния пациенты разделены на две категории: 50–59 лет (35,5%) и 60–69 лет (65,5%).

В возрастных категориях отмечено снижение сексуальности (20% против 42%), либидо (30% против 42%) и уровня Т (40% против 42%), увеличение объема простаты ($51,7 \pm 14,4$ см³ против $74,7 \pm 27,0$ см³). Зависимости выраженности симптомов от возраста не получено ($16,8 \pm 7,2$ баллов против $16,6 \pm 5,4$).

У всех пациентов отмечено прогрессивное увеличение объема предстательной железы при снижении Т: Т > 12 нмоль/л — V простаты $62,7 \pm 22,0$ см³, Т < 12 нмоль/л — V простаты $72,5 \pm 30,2$ см³.

37,9% пациентов отметили снижение либидо, при этом у 54,5% из них отмечен уровень тестостерона менее 12 нмоль/л. Снижение уровня тестостерона выявлено в 41,4% случаев, в 20,7% случаев диагностирован синдром позднего вторичного гипогонадизма.

Установлена корреляция между длительностью симптоматики и сексуальностью. Выявлена обратная зависимость выраженности симптомов от сексуальности. Средний возраст развития симптомов во всех группах практически не различался. Корреляции между сексуальностью, объемом простаты и уровнем тестостерона не получено (табл.).

№ группы	Длительность симптомов, лет, $M \pm m$	Начало развития симптомов, лет, $M \pm m$	IPSS (S/L), баллы, $M \pm m$	V простаты, см ³ , $M \pm m$	Общий тестостерон, нмоль/л, $M \pm m$	Доля пациентов с тестостероном < 12 нмоль/л, %
I 35,7%	2,0±1,2	59,7±7,5	15,1±7,2 3,3±1,2	69,6±19,2	16,3±6,7	37,5
II 35,7%	2,9±2,1	59,3±7,2	15,3±4,9 3,5±1,1	62,5±24,8	17,3±11,2	36,4
III 27,6%	3,5±1,4	60,5±4,6	19,5±5,4 3,9±0,99	69,2±32,4	13,9±9,6	50

Отмечена сильная положительная корреляция между сексуальностью и половым влечением: из 62,1% пациентов с нормальным уровнем либидо сексуальная функция была сохранена в 94,4% случаев, в то время как у 37,9% пациентов с ослабленным либидо — угнетена в 81,8%. У пациентов с нормальными значениями тестостерона угнетение либидо и сексуальные дисфункции отмечены в 29,4% случаев, в то время как у пациентов с низким уровнем тестостерона эти показатели достигают 50%.

Таким образом, показана зависимость выраженности мочевых симптомов и объема простаты от тестостерона, а также его влияние на либидо и сексуальную функцию. Установлена корреляция между длительностью, выраженностью симптоматики и сексуальностью.

Первые результаты поиска корреляции между уровнем тестостерона, сексуальностью мужчины и андрогензависимой патологией — симптомной ДППЖ — неоднозначны, они демонстрируют обоснованность и необходимость углубления исследований в этом направлении.

Нейро-мышечная тазовая дисфункция у пациентов с невоспалительным синдромом хронической тазовой боли

Ю. Я. Кузнецкий, Д. Г. Курбатов

Москва

Сегодня общепризнанно положение о недостаточности знаний об этиологии и патогенезе синдрома хронической тазовой боли (СХТБ). Становится очевидным, что генез СХТБ, особенно стадии IIIБ, является многофакторным и важное участие в его развитии принадлежит состоянию

соматической и вегетативной нервной системы, а также личностным особенностям пациентов. Воспаление мочеполовой системы, предстательной железы чаще всего является лишь пусковым механизмом в развитии последующих патологических изменений, приводящих в конечном счете к СХТБ. Наиболее доказанной теорией, объясняющих развитие СХТБ, является уретро-простатический рефлюкс (УПР). С позиций междисциплинарного подхода УПР является проявлением нейро-мышечной тазовой дисфункции (НМТД), причины возникновения которой нуждаются в дальнейшем изучении. Однако выявление НМТД позволяет проводить патогенетическую терапию.

Цель исследования: выявление НМТД с помощью расширенного пальцевого ректального исследования (ПРИ) и уродинамического исследования (УДИ) у пациентов с невоспалительным СХТБ.

Обследованы 130 пациентов с СХТБ IIIВ и 45 мужчин контрольной группы, которым выполнено расширенное ПРИ и урофлоуметрия с накожной промежностной электромиографией. У 93,9% пациентов обнаружены признаки НМТД, в контроле — у 34%. По нашему мнению, проявлениями НМТД являются: по данным ПРИ — повышенный или сниженный тонус сфинктера прямой кишки, отсутствие или снижение силы его произвольных сокращений и расслаблений, наличие активных и/или латентных триггерных точек; по данным УДИ — снижение $Q_{\max}$ и Q_{ave} удлинение времени до $Q_{\max}$, изменение формы кривой, электромиографическая активность мышц тазовой диафрагмы. У 8 пациентов (6,1%) ПРИ не выявило какой-либо патологии, из них у 7 (5,4%) отсутствовали признаки НМТД по данным как ПРИ, так и УДИ.

Следовательно, регистрация НМТД является важным компонентом диагностики СХТБ. Как ПРИ, так и урофлоуметрия с накожной промежностной электромиографией позволяет обнаружить НМТД у абсолютного большинства пациентов, что свидетельствует о значимости этого механизма в патогенезе заболевания и позволяет предложить рациональную терапию и критерии эффективности проводимого лечения.

Подвижность и морфология сперматозоидов у пациентов с хроническим простатитом

Н. Н. Кузнецова, Е. В. Помешкин, Г. А. Макрушин, К. К. Антонов, Г. И. Тимошук, Л. М. Медведева, Л. А. Мазур, И. А. Туркина

Кемерово

Нарушение репродуктивной функции мужчин, состоящих в бесплодном браке, приобрело в настоящее время особую медицинскую и социальную значимость. Наиболее частой причиной вторичного мужского бес-

плодия, по литературным данным (Сагалов А. В., 2003, Tremblay R. R., 1998, Skarin G., Wibell L., 1999), являются воспалительные заболевания половых органов. Длительно текущее нелеченое хроническое воспаление предстательной железы приводит к нарушению показателей спермограммы, потому что медиаторы воспаления воздействуют на мембрану сперматозоидов, что приводит к снижению подвижности и уменьшению количества морфологически нормальных сперматозоидов.

Нами были проанализированы показатели эякулята у 39 пациентов с хроническим бактериальным простатитом. Диагноз хронического простатита ставился на основании клинических данных, микроскопического исследования секрета простаты с использованием микроскопа «Axiostar plus Ceiss» с 1000-кратным увеличением и окрашиванием по Граму и Гимзе красителями фирмы Deltalab (Spain). Эякулят исследовался классическим методом по нормативам ВОЗ за 1992 г. и при помощи анализатора качества спермы (Sperm Quality Analyzer, SQA IIC-P) MESS.

В секрете простаты у наших пациентов доминировала грамотрицательная коккобациллярная флора. У всех пациентов была выявлена лейкоспермия: количество лейкоцитов в 1 мл эякулята составляло от 1,5 до 48 млн (норма — до 1 млн). У 8 (20%) пациентов выявлена умеренная пиоспермия (1,5–5,0 млн/мл), у 11 (28%) — средняя (5–10 млн/мл) и у 20 (40%) — выраженная (более 10 млн/мл). Поступательная подвижность сперматозоидов (PM) у пациентов с умеренной пиоспермией составляла 25–40% (норма 30–50%), а в состоянии дискинезиса находились 10–15%; у пациентов со средней пиоспермией эти показатели составляли соответственно 15–30% и 20–25%, у пациентов с выраженной пиоспермией — 5–10% и 30% и более. При изучении морфологии сперматозоидов максимальные отклонения от нормы (от 20 до 46%) были выявлены при средней и выраженной пиоспермии.

Учитывая полученные данные, можно предположить, что бактериальные процессы, протекающие в предстательной железе, приводят к нарушению фертильности вследствие прямого токсического воздействия на сперматозоиды либо из-за спермагглютинации и спермиммобилизации. Для получения более достоверных выводов планируется продолжить исследование полученной взаимосвязи между воспалительным процессом в предстательной железе и объективных показателей спермограммы.

Перекисное окисление липидов и антиоксидантная терапия при резекции предстательной железы в эксперименте

В. В. Кузьменко, Б. В. Семенов, М. В. Кочетов

Воронеж

Несмотря на внедрение большого числа консервативных и малоинвазивных методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), открытый хирургический метод лечения больных остается актуальным. Операция аденомэктомии, проводимая путем тупого бимануального вылушивания ДГПЖ, связана с повреждением большого числа мелких сосудов, а также с удалением значительной части органа, что характеризует тяжесть операции. Операционный стресс, хирургическая травма, дефицит ОЦК, ацидоз являются пусковыми механизмами активации системы перекисного окисления липидов (ПОЛ) различных органов. Продукты ПОЛ, в свою очередь, являются агентами, повреждающими клеточные мембраны, что сопровождается нарушением функций органов и систем. Следовательно, высокий травматизм и интраоперационная кровопотеря влекут за собой избыточную активность ПОЛ, что негативно влияет на дальнейшее течение раневого процесса и общую реактивность организма.

Целью настоящего исследования являлись изучение изменений активности системы ПОЛ и антиоксидантной защиты (АОЗ) при экспериментальной резекции предстательной железы (моделирование аденомэктомии), определение актуальности применения антиоксидантов в комплексной терапии.

Опыты проводились на 15 взрослых беспородных собаках-самцах с массой тела 15–25 кг (группы по 5 животных), которые прооперированы в соответствии с нормативными требованиями по работе с экспериментальными животными. Целью операции являлась резекция долей предстательной железы с сохранением простатического отдела уретры, с последующим ушиванием раны. Объем кровопотери составил 150–200 мл. Животные были разделены на 3 группы. Первой проводилась антибактериальная и инфузионная терапия, вторая и третья группа дополнительно получала мексидол (5 мг/кг, в/м) и гипоксен (25 мг/кг, внутрь). Эти препараты вводились за трое суток до операции и на протяжении 5 дней после нее. Для характеристики интенсивности процессов ПОЛ определяли уровень МДА в крови. Для оценки АОЗ в крови животных исследованы каталаза, супероксиддисмутаза (СОД), глутатионпероксидаза (ГПО), глутатионредуктаза (ГР). Забор крови производился за 20 минут до операции, после ушивания раны, на 1, 3, 5, 7-е сутки после оперативного вмешательства.

После ушивания раны в контрольной группе наблюдалось повышение МДА на 72%, в группе, получавшей мексидол, — на 42%, гипоксен — на 43%. Изменение активности системы АОЗ более выражено в контрольной группе по сравнению с животными, получавшими антиоксиданты. Возвращение изучаемых показателей к исходным значениям в контрольной группе происходило к 5-м суткам; на фоне введения мексидола и гипоксена показатели системы ПОЛ и АОЗ соответствовали исходным на третьи сутки после операции. У 20% животных контрольной группы возникло нагноение раны, продолжительность заживления ран составляла 10–12 дней. На фоне приема антиоксидантов средняя продолжительность заживления ран составила 8 дней.

Выявленные изменения являются типичными для окислительного стресса. Резекция предстательной железы сопровождается развитием патологического свободнорадикального окисления, в клинических условиях данная ситуация развивается в результате хирургического лечения ДГПЖ (аденомэктомия). В послеоперационном периоде у животных отмечается стойкое увеличение МДА на фоне истощения ферментов антиоксидантной защиты. Для оптимизации функционирования АОЗ, профилактики активации процессов ПОЛ необходима терапия препаратами с антиоксидантными свойствами. Их использование в комплексе лечебных мероприятий позволит ускорить коррекцию нарушенного метаболизма и получить ряд положительных клинических эффектов.

Оценка копулятивной функции мужчин, страдающих туберкулезом легких, и влияние проводимой терапии на сперматогенез

Е. В. Кульчавеня, М. Н. Щербань, Е. В. Брижатюк, Н. В. Щербань

Новосибирск, Благовещенск

В настоящее время проблема туберкулеза в мире остается актуальной и имеет большое социальное значение. На фоне напряженной демографической ситуации в РФ все большее значение приобретают меры, направленные на улучшение репродуктивной функции населения.

Обследованы 109 мужчин. Основная группа представлена 82 больными туберкулезом легких, разделенными на подгруппы в зависимости от вида проведенного лечения и формы туберкулезного процесса: IA ($n = 29$) — пациенты с инфильтративным туберкулезом легких (ИТЛ), получавшие только противотуберкулезную терапию; IB ($n = 17$) — больные ИТЛ, которым проведена противотуберкулезная терапия и простатотропное лечение (Простакор + витамин Е + Простанорм); IIA ($n = 15$) — пациенты с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (ФКТЛ), получавшие

только противотуберкулезную терапию; ИБ ($n = 11$) — больные ФКТЛ, которым проведена противотуберкулезная терапия и простатотропное лечение. Всем пациентам проведен анализ эякулята при поступлении, через 3 и 6 месяцев. Определялось общее количество сперматозоидов в эякуляте.

В таблице представлена динамика общего количества сперматозоидов на фоне лечения.

Изменение общего количества сперматозоидов в эякуляте на фоне лечения, $n = 109$

Группа	Количество сперматозоидов в 1 мл эякулята ($10^6/\text{мл}$)		
	При поступлении	Через 3 месяца	Через 6 месяцев
IA ($n = 29$)	**114,98±20,36	**127,09±14,93	*152,22±15,7
ИБ ($n = 17$)	**113,97±23,75	*172,41±22,29	**189,74±9,30
IIA ($n = 15$)	***34,4±6,20	***37,33±5,99	***46,87±8,27
ИИБ ($n = 11$)	***34,41±9,18	***81,91±15,36	***113,36±16,51
Контроль ($n = 37$)	190,34±16,34	195,27±18,42	192,76±10,37

Примечание: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$ по сравнению с группой контроля; • — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$ по сравнению с исходными значениями.

Исходно в группах больных ФКТЛ общее количество сперматозоидов было меньше, чем в группах с ИТЛ ($p < 0,01$). Показатели у больных с туберкулезом легких были статистически достоверно меньше, чем в группе сравнения. Через 3 месяца отмечено достоверное увеличение общего количества сперматозоидов только в группах, получавших простатотропное лечение (в группе ИБ — в 1,5 раза, в группе ИИБ — в 2,4 раза. Через 6 месяцев статистически значимое увеличение общего количества сперматозоидов по сравнению с исходными значениями зарегистрировано в группах IA, IB и ИИБ (в 1,3, 1,7 и 3,3 раза соответственно), а увеличение этого показателя в группе ИИБ было статистически незначимым. По сравнению с контрольной группой выявлены статистически значимые различия во всех группах, за исключением ИБ.

Таким образом, туберкулезный процесс в легких снижает уровень сперматозоидов у больных, причем более выраженное уменьшение отмечено у пациентов с ФКТЛ. На фоне проведенного противотуберкулезного лечения только у пациентов с ИТЛ отмечена положительная динамика. Включение в комплекс лечебных процедур простатотропной терапии позволяет добиться статистически достоверного увеличения общего количества сперматозоидов у больных как с ИТЛ, так и с ФКТЛ, что, несомненно, улучшит их репродуктивный статус.

Урофлоуметрический мониторинг как способ диагностики расстройств мочеиспускания у больных после радикальной простатэктомии

О. Б. Лоран, Е. И. Велиев, Е. В. Пуздрач

Москва

Цель работы — методом амбулаторного урофлоуметрического мониторинга (АУМ) изучить динамику функции мочеиспускания в раннем послеоперационном периоде у больных после радикальной простатэктомии (РПЭ).

В период с февраля 2006 г. было обследовано 40 пациентов, перенесших РПЭ по поводу локализованного рака предстательной железы (РПЖ). До операции и через 3 месяца после нее всем пациентам производился АУМ в течение 24 часов. Наличие симптомов нижних мочевых путей (СНМП) оценивалось по баллам опросника IPSS.

До операции СНМП имели 35 человек (87,5%), суммарный балл IPSS составлял $22,0 \pm 1,9$ (22,0–24) балла. При анализе данных АУМ через 3 месяца после РПЭ пациенты, имеющие СНМП, были разделены на 4 группы. В первую группу вошли пациенты с преобладающей ирритативной симптоматикой (15%); средний балл IPSS в этой группе составлял $21,0 \pm 0,9$ (20,0–22,0) за счет вопросов таблицы № 2, 4, 7. В сравнении с дооперационным состоянием средний эффективный объем мочеиспускания у пациентов снизился с 211,76 до 105,12 мл ($p = 0,02$), максимальная скорость мочеиспускания ($Q_{\max}$) после операции возросла с 15,3 до 17,9 мл/с ($p > 0,5$).

Вторая группа — пациенты с обструктивными симптомами (12,5%). Средний балл IPSS — $24,1 \pm 1,5$ (23,0–26,0) единицы за счет вопросов таблицы № 1, 3, 5, 6. После РПЭ в этой группе эффективный объем мочеиспускания увеличился со 139,54 мл до 179,23 мл ($p = 0,4$), $Q_{\max}$ после операции снизилась с 12,72 до 8,04 мл/с ($p = 0,004$).

Третья группа — сочетание обструктивных и ирритативных СНМП (12,5%). Средний балл IPSS — $26,2 \pm 0,9$ (25,0–28,0) единицы. После РПЭ эффективный объем мочеиспускания в этой группе уменьшился с 135,34 до 103,27 мл ($p = 0,023$), $Q_{\max}$ снизилась в сравнении с дооперационным значением с 12,65 до 8,15 мл/с ($p = 0,0001$).

Четвертая группа не имела СНМП (58%), средний балл IPSS составил $6,9 \pm 1,9$ (4,0–8,0) единицы. Эффективный объем мочеиспускания в послеоперационном периоде увеличился со 176,78 до 196,97 мл ($p = 0,07$), $Q_{\max}$ увеличилась с 13,15 до 17,95 мл/с ($p = 0,0001$).

Таким образом, АУМ — неинвазивный метод, позволяющий объективно выявлять СНМП в ранние сроки после РПЭ.

Патогенетическое значение локального эндогенного протеолиза при острых воспалительных процессах в мочевыводящих путях

А. В. Малышев

Иркутск

В патогенезе острого бактериального воспалительного процесса любой локализации существенное значение имеет формирование в очаге патологических белковых субстанций. Они образуются вследствие экссудации белков плазмы крови, девитализации тканей, распада клеток и бактерий. В отсутствие кровообращения они являются прекрасной средой для вегетации бактерий и защищают их от действия антибактериальных препаратов. Тем самым обеспечивается существование источника перманентного реинфицирования, затрудняется элиминация микробов, что может привести к неблагоприятному варианту развития воспалительного процесса. Поэтому в комплексе лечения острого бактериального воспалительного процесса традиционно применяются мероприятия, направленные на элиминацию патологических белковых субстанций.

Все изложенное можно отнести и к острым воспалительным процессам в органах мочепополовой системы. Но существенной их особенностью является непосредственный и постоянный контакт очага воспаления с мочой, которая, как известно, обладает протеолитическими свойствами. Таким образом, в мочевыводящих путях существует эндогенный саногенетический механизм, направленный на элиминацию патологических белковых субстанций.

В исследованиях, проведенных на 122 больных острым обструктивным и необструктивным пиелонефритом, 139 больных с ДГПЖ и 41 практически здоровом человеке, установлено, что протеолитическая активность мочи снижается в зависимости от состояния функции почки. Тем самым нарушается эндогенный механизм элиминации загрязненных субстанций из просвета мочевыводящих путей. Решающее значение при этом имеют нарушения уродинамики и кровообращения в почке, что приводит к снижению синтеза протеолитических ферментов в клетках почечной паренхимы.

Недостаточность эндогенных санационных механизмов требует соответствующей коррекции при лечении острых воспалительных заболеваний. Одним из вариантов повышения протеолитической активности в мочевыводящих путях является применение локального энзиматического протеолиза с помощью иммобилизованного на водорастворимой полимерной матрице ферментного препарата «Имозимаза».

В серии опытов на крысах была произведена оценка эффективности использования локального внутрипузырного протеолиза имозимазой на

оригинальной модели острого бактериального цистита. Как было установлено при гистологических исследованиях органов мочеполовой системы крыс, эффективная элиминация инфекта при санации ферментным препаратом позволила уменьшить распространенность и интенсивность воспалительного процесса как в мочевом пузыре, так и в предстательной железе.

При оценке клинической эффективности локального энзиматического протеолиза при лечении острого обструктивного пиелонефрита ($n = 16$) было установлено, что у больных при его применении быстрее нормализовались показатели, характеризующие проявления воспалительного процесса в почке, — бактериурия, лейкоцитурия. Применение метода интравезикального протеолиза в послеоперационном периоде у больных ДГПЖ ($n = 20$) также положительно сказалось на течении воспалительного процесса.

Таким образом, снижение эндогенного локального протеолиза в мочевыводящих путях является важным в патогенезе острых бактериальных воспалительных процессов, а методы коррекции — патогенетически обоснованы и клинически эффективны.

Рентгеноэндоскопия в лечении ятрогенных повреждений мочеточника

*А. Г. Мартов, Ш. Ш. Гурбанов, С. А. Маслов, Р. В. Салюков, А. А. Лисенок,
Д. С. Меринов, А. П. Кобзарев*

Москва

Ранения мочеточников являются одним из наиболее серьезных осложнений различных оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза.

В ФГУ НИИ урологии Росздрава 60 пациентам произведены рентгеноэндоскопическая диагностика и лечение по поводу последствий ятрогенного повреждения мочеточника. В результате обследования у 3 пациентов был установлен диагноз стриктуры (облитерации) лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) протяженностью от 0,4 до 0,9 см (ср. 0,6 см), у 10 — стриктуры (облитерации) верхней трети мочеточника протяженностью от 0,2 до 1,1 см (ср. 0,7 см), у 6 — стриктуры (облитерации) средней трети мочеточника протяженностью от 0,3 до 1,7 см (ср. 1,05 см) и у 44 — стриктуры (облитерации) нижней трети мочеточника протяженностью от 0,2 до 1,5 см (ср. 0,9 см). У 5 пациенток стриктура мочеточника сочеталась с мочеточниково-влагалищным свищем; 29 пациентов имели локализацию стриктуры (облитерации) на правой стороне, 28 — на левой, 3 — с обеих сторон.

Длительность оперативного вмешательства варьировала от 19 до 62 минут (ср. 37 мин). У 46 из 60 пациентов (76,6%), в том числе у 3 с мочеточниково-влагалищными свищами, удалось восстановить адекватный пассаж мочи по мочеточнику и избавить их от дренажных трубок (и свищей) после первого рентгеноэндоскопического вмешательства. После повторного рентгеноэндоскопического лечения удалось восстановить удовлетворительную проходимость еще у 10 больных. Остальным пациентам потребовались различные виды открытого оперативного вмешательства.

Таким образом, рентгеноэндоскопическое лечение стриктур, свищей, облитераций мочеточника позволяет добиться положительных результатов в большинстве случаев. Результаты, полученные нами, характеризуют метод с положительной стороны.

Эндоскопическая диагностика облитерации мочеточника и лоханочно-мочеточникового сегмента

А. Г. Мартов, Р. В. Салюков, С. А. Серебряный

Москва

Для суправезикальной эндоурологии вопрос о состоянии просвета верхних мочевых путей (ВМП) является принципиальным из-за различия в технических приемах эндоскопической коррекции стриктуры и облитерации мочеточника.

Цель работы состояла в определении значимости эндоскопии в диагностике облитерации мочеточника. Эндоскопическое исследование было выполнено у 93 пациентов с подтвержденным при рентгенологическом обследовании диагнозом «облитерация мочеточника или лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС)», находившихся на лечении в НИИ урологии с 1987 г.

У 78 (83,9%) пациентов диагноз был установлен на основании результатов сочетанной антеградной и ретроградной пиелоуретрографии. У остальных 15 (16,1%) пациентов выполнялась либо антеградная пиелография (7 больных), либо ретроградная уретерография (8 больных).

Для эндоскопического подтверждения диагноза у 66 (71%) пациентов была выполнена трансуретральная уретероскопия и соответственно у 27 (29%) пациентов — антеградная нефроуретероскопия. При этом диагноз был подтвержден в 68 (73,1%) случаях, в остальных 25 (26,9%) случаях была выявлена стриктура мочеточника различной протяженности и степени сужения. Из 68 больных с подтвержденной облитерацией, у 19 (27,9%) выявлено несоответствие между установленной рентгенологически и выявленной при эндоскопии длиной измененного участка мочеточника (ЛМС). Протяженность измененного участка ВМП у 4 больных на

рентгенограммах была значительно меньше и у 15 больных — больше истинной протяженности облитерации.

У 33 пациентов с облитерацией ВМП была выполнена рентгеноэндоскопическая реканализация и у 16 пациентов со стриктурой мочеочника (ЛМС) — внутренняя уретеротомия. То есть у 49 (52,7%) обследованных больных диагностическое эндоскопическое исследование было переведено в оперативное вмешательство.

Таким образом, эндоскопическое исследование ВМП позволяет наиболее точно установить диагноз облитерации и определить ее длину. Ошибки рентгенологических исследований в установлении диагноза «облитерация ВМП» составляют 29,6%, а ошибки рентгенологических способов определения протяженности облитерации ВМП — 27,9%.

Безопасность применения препаратов тестостерона у пациентов с андрогендефицитом и эректильной дисфункцией

Л. Ю. Моргунов

Москва

Цель исследования — изучить безопасность терапевтических доз различных форм тестостерона у пациентов с эректильной дисфункцией и андрогендефицитом.

Обследованы 92 пациента в возрасте $65 \pm 8,5$ лет, имеющие средний балл эректильной дисфункции по шкале МИЭФ-5 11 ± 2 и подтвержденный андрогенный дефицит. Исследование проводилось в течение 36 недель. 46 пациентов получали «АндроГель» в дозе 50 мг геля ежедневно; 46 был назначен «Небидо» в дозе 1000 мг 1 раз в 12 недель внутримышечно. У всех исследуемых проведено трансуретральное УЗИ предстательной железы датчиком 7,5 MHz до и через 36 недель обследования, определен уровень PSA, выполнено УЗИ пенильных артерий. Средний объем предстательной железы до начала терапии составил 31 ± 4 см³.

Лишь у одного пациента, получающего «АндроГель», уровень ПСА составил через 24 недели 4 нг/мл, у него выполнена трансректальная биопсия предстательной железы, рак не подтвердился, лечение в дальнейшем продолжено. У 3 (3,2%) пациентов объем предстательной железы через 36 недель составил 33 ± 2 см³, у остальных — не изменился. Индекс по шкале МИЭФ-5 возрос до 18 ± 1 , уровень свободного тестостерона пришел к нормальным значениям.

Следовательно, применение обеих форм тестостерона в общетерапевтических дозах в течение длительного времени является безопасным в отношении как развития рака, так и обструкции мочевых путей увеличенной предстательной железой.

Возможности лазерной доплеровской флоуметрии в оценке микроциркуляции почек у больных хроническим пиелонефритом

А. И. Неймарк, А. В. Давыдов, Е. Ф. Левицкий

Барнаул, Томск

Клиническая картина хронического пиелонефрита характеризуется сочетанием общих и местных признаков болезни. В последние годы прослеживается тенденция к малосимптомному и латентному течению этого заболевания, что затрудняет его распознавание. Проблема улучшения лечебно-диагностических мероприятий в отношении хронического пиелонефрита остается актуальной в современной урологии.

Известно, что при хронических воспалительных процессах в почках развивается стойкое нарушение микроциркуляции в тканях. Поэтому важным является оценка состояния кровотока в почках и непосредственно ее микроциркуляции.

Целью работы явилось исследование возможности лазерной доплеровской флоуметрии в диагностике и оценке результатов лечения у больных хроническим пиелонефритом.

В основе метода лазерной доплеровской флоуметрии лежит зондирование ткани лазерным излучением. Обработка отраженного от ткани излучения основана на выделении из зарегистрированного сигнала доплеровского сдвига частоты отраженного сигнала. Отраженный от тканей сигнал пропорционален скорости движения эритроцитов в кровеносном русле. В ходе исследования осуществляется регистрация колебаний потока крови в сосудах почек методом флоуметрии. Измерения проводились на аппарате ЛААК-02 (НПП «Лазма», г. Москва). Использован светопроводимый зонд с длиной волны 1,15 мкм в инфракрасном волновом диапазоне. Так как анатомическое расположение почек исключает прямое неинвазивное исследование микроциркуляции крови, решено было оценивать микроциркуляцию в биологически активных точках, имеющих точную локализацию и хорошее кровоснабжение. Зонд устанавливался в двух точках. Первая точка — VB 25 (чзин-мэнь), расположенная в боковой области (regio abdominalis lateralis), у свободного края XII ребра (четвертая боковая линия живота). Вторая точка располагалась в позвоночной области (regio vertebralis). Справа показания снимались в точке V 23 (шень-шу) на уровне промежутка между остистыми отростками L, II и L III на 1,5 пропорциональных отрезка кнаружи от задней срединной линии (первая боковая линия спины), слева — в точке V 21 (вэй-шу) на уровне промежутка между остистыми отростками Th XII и LI на 1,5 пропорциональных отрезка кнаружи от задней срединной линии (первая бо-

ковая линия спины). Диагностическое значение при оценке микроциркуляторного кровотока имеют следующие величины: M (пф. ед) — величина среднего потока крови в интервале времени. Характеризует увеличение или уменьшение перфузии, (пф. ед) — среднее колебание перфузии относительно M . Характеризует временную изменчивость перфузии и K_v (%) — состояние микроциркуляторного русла.

Расчетные параметры M , K_v дают общую оценку состоянию микроциркуляции крови. ЛДФ-исследования проводились до и на 7–8-е сутки после лечения. Для определения нормальных показателей микроциркуляции в почках провели ЛДФ-исследование у 15 здоровых женщин от 18 до 35 лет.

В ходе исследования были обследованы 34 женщины, страдающие хроническим пиелонефритом и находившиеся на стационарном лечении (средний возраст составил $27,0 \pm 1,6$ лет). У всех больных диагноз был подтвержден данными клинико-лабораторного обследования и данными инструментальных методов обследования (УЗИ почек, обзорная и экскреторная урография). В зависимости от проведенного лечения все пациенты были разделены на две группы: 1-я группа ($n = 13$) — больные хроническим пиелонефритом, которые получали общепринятую антибактериальную терапию; 2-я группа ($n = 21$) — больные хроническим пиелонефритом, которым, кроме стандартной терапии, в комплекс лечения была включена серебросодержащая минеральная вода «Серебряный ключ».

Больные второй группы принимали минеральную воду «Серебряный ключ» по 250–300 мл за 30–40 минут до еды 5–7 раз в день при нормальной температуре ($39-40^\circ\text{C}$) в течение 8–10 дней. По химическому составу вода источника «Серебряный ключ» относится к слабуминерализованным гидрокарбонатным магниево-кальциевым водам со слабощелочной реакцией. Из специфических компонентов в ней обнаружено повышенное количества серебра ($4,5-6,6$ мкг/л) и кремниевой кислоты (20 мг/л). Для оценки эффективности проводимой терапии всем больным до и после лечения проводилась оценка микроциркуляции почек.

В контрольной группе в точке VB 25 показатель $M = 8,91 \pm 0,86$ пф. ед., $= 1,72 \pm 0,23$ пф. ед., $K_v = 23,15 \pm 1,73\%$, в точке V 21 (23) $M = 18,63 \pm 0,98$ пф. ед., $y = 1,18 \pm 0,22$ пф. ед., $K_v = 18,72 \pm 0,89\%$. В группе больных хроническим пиелонефритом до лечения в точке VB 25 показатель $M = 4,56 \pm 0,59$ пф. ед., $= 2,68 \pm 0,38$ пф. ед., $K_v = 39,8 \pm 2,13\%$, в точке V 21 (23) $M = 4,34 \pm 0,58$ пф. ед., $= 2,68 \pm 0,37$ пф. ед., $K_v = 22,64 \pm 1,05\%$. Достоверно видно, что в точках VB 25 и V 21(23) параметр M значительно снижен, по сравнению со здоровыми (контрольной группой), что может свидетельствовать о функциональном снижении интенсивности перфузии и ухудшении микроциркуляции в почках при имеющемся воспалении. Повышение на фоне

воспаления показателей, K_v указывает на усиление интенсивности функционирования механизмов активного контроля микроциркуляции. У пациентов 1-й группы на 7–8-е сутки на фоне проводимой антибактериальной терапии при контрольном ЛДФ-исследовании не было отмечено достоверного улучшения исследуемых показателей. У больных 2-й группы на 7–8-е сутки на фоне лечения при оценке микроциркуляции в почках были получены следующие результаты: в точке VB 25 $M = 19,35 \pm 1,89$ пф. ед. ($P < 0,05$), $\sigma = 1,15 \pm 0,22$ пф. ед. ($P < 0,05$), $K_v = 16,55 \pm 1,32\%$ ($P < 0,05$), в точке V 21 (23) $M = 15,35 \pm 1,68$ пф. ед. ($P < 0,05$), $\sigma = 1,08 \pm 0,29$ пф. ед. ($P < 0,05$), $K_v = 11,02 \pm 1,27\%$ ($P < 0,05$). При оценке данных показателей после лечения в этой группе пациентов отмечалось повышение перфузии и восстановление микроциркуляции в почках.

Таким образом, исследование микроциркуляции почек методом лазерной доплеровской флоуметрии позволит определить тип микроциркуляторных расстройств, подобрать патогенетическую терапию и осуществлять контроль за эффективностью проводимой терапии у больных хроническим пиелонефритом.

Пункционная биопсия под УЗ-контролем в диагностике заболеваний предстательной железы

Б. А. Неймарк, М. А. Клыжин, И. В. Снегирев, Г. А. Белошапкина
Барнаул

Интерпретация данных УЗИ при различных заболеваниях предстательной железы (ПЖ) представляет определенные трудности, обусловленные сочетанием доброкачественной гиперплазии и рака простаты, которое встречается в 5–20% случаев. Различная тактика ведения этих заболеваний предполагает постановку точного морфологического диагноза, которая возможна только на основании биопсии простаты под контролем УЗИ. Поэтому пункцию предстательной железы необходимо считать неотъемлемым завершающим этапом диагностики рака ПЖ.

Показаниями для трансректальной пункционной биопсии ПЖ являлось наличие у больного следующих признаков: 1) повышение уровня общего и свободного PSA; 2) наличие участков уплотнения, асимметрия ПЖ при ректальном исследовании; 3) выявление гипоехогенных участков с повышенной васкуляризацией или диффузно-неоднородных изменений паренхимы с множественными кальцинатами при трансректальном ультразвуковом исследовании.

В период с 2005 г. по настоящее время нами выполнено 94 пункционные режущие биопсии ПЖ. Манипуляция выполнялась под УЗ-контролем на сканере Acuson Aspen (Siemens, Германия) внутриполостным рек-

тальным датчиком частотой 7 МГц. Забор материала проводился из 8–12 участков в зависимости от размеров ПЖ. Процедура выполнялась под местным обезболиванием, длительность анестезии и манипуляции — 5–7 минут. С целью предотвращения осложнений за 1 час до проведения процедуры пациенты получали препарат фторхинолонового ряда Элефлокс (Ranbaxy) в дозировке 500 мг.

У 53 пациентов (56%) по результатам биопсии диагностирован рак предстательной железы (светлоклеточная мелкоацинарная аденокарцинома), у 32 пациентов (34%) — доброкачественная гиперплазия ПЖ, у 9 пациентов (10%) — признаки простатита.

Таким образом, пункционная биопсия является высокоинформативным методом диагностики рака ПЖ, позволяющим осуществлять точную объективную диагностику патологических состояний. Использование местной анестезии и малая продолжительность вмешательства позволяют выполнять пункции пациентам с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, а также сократить срок их пребывания в стационаре.

Особенности функционирования вегетативной нервной системы у пациентов с симптомами гиперактивного мочевого пузыря

А. И. Неймарк, Е. А. Клыжина, Б. А. Неймарк

Барнаул

Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) входит в десятку самых распространенных заболеваний, опережая такие болезни, как сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. По данным Международного общества по удержанию мочи, его наблюдают у 50–100 млн человек в мире. Проявления ГАМП не представляют угрозы для жизни, однако резко снижают ее качество, создавая социальные, профессиональные, семейные и сексуальные проблемы. Хотя этиология ГАМП до конца не выяснена, к настоящему времени получены данные, свидетельствующие о роли нервной системы в его патогенезе.

Целью нашей работы было изучение роли центрального звена вегетативной регуляции с использованием соответствующих показателей вызванного кожно-симпатического потенциала (ВКСП) и вариабельности ритма сердца (ВРС). Для этого были проанализированы показатели ВКСП и ВРС у 25 здоровых испытуемых и у 35 пациентов с ГАМП в возрасте от 20 до 63 лет. При анализе ВКСП у 6 пациентов (17%) отмечалось усиление вегетативной реакции по парасимпатическому типу с амплитудой А1 не более 0,8 мВ, у 28 пациентов (80%) — преобладание симпатической фазы с амплитудой А2 не более 3,5 мВ, у одного пациента (3%) — усиление вегетативной реакции по симпатическому типу с увеличением

A2 более 3,5 мВ. У всех пациентов отмечалась нестабильность фона и длительное восстановление исходного фона.

Среди пациентов с ГАМП при анализе ВСП у 32 человек (92%) отмечалось увеличение мощности спектра VLF-волн очень низкой частоты $63,45 \pm 17,4\%$ (у здоровых людей — $28,65 \pm 11,24\%$), а также индекса централизации — 10,4 (при норме до 3), что указывало на напряженный вегетативный баланс с активацией центральных эрготропных механизмов регуляции.

Таким образом, выявленные изменения показателей variability сердечного ритма и вызванного кожно-симпатического потенциала позволяют говорить о вегетативных нарушениях у пациентов с ГАМП преимущественно на надсегментарном уровне регуляции.

Современный подход к обследованию пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

Е. Г. Новикова, А. И. Мосунов

Новосибирск

В настоящее время широко обсуждается вопрос о существовании мужского климакса. Сегодня со всей уверенностью можно сказать, что мужской и женский климакс — это не равноценные понятия. У мужчин, в отличие от женщин, нет четко выраженного момента начала климактерического периода. Секретия тестостерона у мужчин не прекращается, а плавно закономерно снижается начиная с 30-летнего возраста. Сперматогенез у мужчин сохраняется до глубокой старости.

Однако, по данным современных литературных источников и собственных клинических наблюдений, имеет место закономерность в развитии определенных заболеваний, характерных для мужчин старшей возрастной группы, параллельно с возрастными гормональными изменениями. Для подтверждения этого мы провели анализ пациентов в возрасте 45–65 лет с наличием доброкачественной гиперплазии предстательной железы различной степени.

У всех больных был проведен подробный сбор жалоб и анамнеза. При этом, помимо комплексного обследования на предмет аденомы предстательной железы, мы использовали опросники, упрощающие выявление характерных клинических проявлений возрастного гипогонадизма: AMS-опросник симптомов старения мужчин, шкалу оценки снижения уровня андрогенов (по Morley) и шкалу оценки качества жизни.

Был выполнен ряд биохимических исследований крови, рекомендованный ведущими исследователями проблемы возрастного гипогонадизма, или, как его еще называют, синдрома PADAM (partial androgen defi-

ciency of aging men — частичный возрастной андрогенный дефицит): гормональное исследование крови — тестостерон, пролактин, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон; общий анализ крови с определением гематокрита, биохимический анализ крови.

Диагноз «возрастной гипогонадизм» во всех случаях был основан на клинической картине и лабораторных данных (при уровне общего тестостерона ниже 3,5 нг/мл) и имел место у 38% обследованных мужчин. При этом клинические проявления возрастного гипогонадизма имели 27% пациентов и не имели клинической картины 11%.

В спектре сопутствующей патологии сахарный диабет II типа встречается у 7% больных, артериальная гипертензия — у 21%, ишемическая болезнь сердца — у 11% метаболический синдром (симптомокомплекс, включающий различные варианты сочетания артериальной гипертензии, дислипидемии, ожирения, нарушенной толерантности к глюкозе) впервые диагностирован у 10% больных.

Проведенный анализ определяет необходимость комплексного подхода к лечению мужчин с ДГПЖ с учетом их гормонального фона и выраженности клинической картины сопутствующих заболеваний, у оперированных больных в до- и послеоперационном периоде, а также у пациентов, у которых не выявлено показаний к хирургическому вмешательству.

Цитологическая картина предстательной железы при различных формах ее воспаления

С. А. Прохоров

Ташкент

В настоящее время хронический простатит рассматривается большинством специалистов как воспалительное заболевание инфекционного генеза с возможным присоединением аутоиммунных нарушений, характеризующееся поражением как паренхиматозной, так и интерстициальной ткани предстательной железы. Набор методов диагностики простатита включает как простые методы, такие как микроскопия выделенного секрета предстательной железы (ВСП), так и люминесцентные, цитологические исследования, выявление активных лейкоцитов, методы гормональной диагностики, радиоиммунные исследования и т. д.

Параллельно с общепринятыми методами диагностики воспалительных заболеваний предстательной железы нами использовалась тонкоигольная биопсия предстательной железы (ТИАБ ПЖ) для определения цитологической картины предстательной железы при различных формах воспаления. Одновременно с этим у каждого больного определялась лейкоцитарная формула крови с последующим изучением прироста клеток

(разница количества клеток в аспирате и периферической крови). Обследован 121 больной с признаками простатизма по данным пробы Sta-
mey—Maers, результаты распределились следующим образом (табл 1).

Таблица 1

П а т о л о г и я	Число больных
Острый бактериальный простатит (ОБП)	9
Хронический бактериальный простатит (ХБП)	31
Синдром воспалительной хронической тазовой боли (ХАП)	71
Синдром невоспалительной хронической тазовой боли (простатодиния) (ПД)	10

Цитологическая картина предстательной железы в норме общеизвестна. Цитологическая картина обследованных нами больных была следующей (табл 2).

Таблица 2

Цитологические признаки	ОБП	ХБП	ХАП	ПД
Стертость межклеточных границ	+	+	+	—
Вакуолизация цитоплазмы	+	+	+	—
Прирост по лимфоцитам и моноцитам	+	+	+	—
Прирост по сегментоядерным лейкоцитам	+	+	+-	—
Наличие голаядерных клеиок	+	+	—	—
Полиморфизм эпителиальных клеток, стертость границ	+	+	—	—
Неравномерное распределение хроматина	+	+	—	—
Неправильная форма клеточных ядер	+	+	—	—
Наличие нитей фибрина	+	+	—	—
Наличие разрушенных лейкоцитов	+	+	—	—
Наличие макрофагов	+	+	—	—
100% разрушение сегментоядерных лимфоцитов	+	—	—	—
Обилие макрофагов, лизированных клеток	+	—	—	—
Наличие бактерий	+	—	—	—

Цитологическая картина предстательной железы больных с ПД не отличалась от таковой в норме.

Таким образом, ТИАБ ПЖ делает возможным морфологическое обоснование патологического процесса и повышает достоверность диагностики различных форм воспаления предстательной железы.

Возможности магнитно-резонансной томографии в диагностике туберкулеза почек

З. Р. Рашидов

Ташкент

Целью исследования явилось определение характера изменений при МРТ у больных с различными формами туберкулеза почек.

Нами был проведен анализ МРТ почек у 17 больных (33 почки) с различными формами нефротуберкулеза. При комплексном обследовании больных в 15 почках установлен папиллит, в 6 — поликавернозный туберкулез, в 4 — кавернозный туберкулез, в 5 — посттуберкулезный гидронефроз (уретерогидронефроз), в 2 — сочетание гидронефротической трансформации и кавернозного поражения и в одной — туберкулезный нефроцирроз. МРТ проводилась на аппарате Magnetom Open-Viva (Siemens) с напряженностью магнитного поля 0,2 Тл в режимах T1 и T2. Контрастирование проводили с помощью гадолиния-DTPA.

При туберкулезном папиллите наблюдались изменения в виде гипоинтенсивности сигнала в режиме T1 (66,7%) и гиперинтенсивности в режиме T2 (53,3%), без четких контуров от участков инфильтрации в почечной паренхиме, в 40% — снижение контрастирования паренхимы в патологических участках.

Для кавернозного поражения были характерны неровность контуров почки, деформация чашечно-лоханочной системы, наличие зон неправильной формы с четкими границами и пониженной интенсивностью сигнала в режиме T1 и гиперинтенсивностью в режиме T2 в 100% наблюдений. Отсутствие накопления контраста в этих зонах отмечено в 75% наблюдений. В сравнении с инфильтративным процессом гипоинтенсивность сигнала в T1 и гиперинтенсивность сигнала в T2 были более выраженными и четко ограниченными.

Поликавернозный туберкулез характеризовался неровностью контуров (100%), сморщиванием почки (66,7%), отсутствием кортико-медуллярной дифференциации (100%), гипоинтенсивностью сигнала от каверн в режиме T1 (100%) и гиперинтенсивностью в режиме T2 (83,3%). Отсутствие контрастирования почек отмечено в 66,7% наблюдений.

Гидронефроз (уретерогидронефроз) характеризовался расширением ЧЛС, истончением паренхимы, неровностью контуров. В 2 (40%) наблюдениях были выявлены участки паренхимы с гипоинтенсивностью сигнала в режиме T1 и гиперинтенсивностью в режиме T2, характерные для воспалительной инфильтрации. Следует указать, что в 3 (60%) наблюдениях отмечалось снижение контрастирования почечной паренхимы, что свидетельствует о снижении функции почки

Следовательно, МРТ при туберкулезе почек позволяет выявить инфилтративные, деструктивные, обструктивные и склеротические изменения так же, как и КТ. Чувствительность МРТ при папиллитах составила 66,7%, при кавернозном поражении — 90%, при гидронефротической трансформации — 100%. Применение МРТ в алгоритме обследования больных позволяет улучшить диагностику нефротуберкулеза.

Прогностическое значение PLA полиморфизма гена GP3A при раке почки

А. В. Серегин, К. Ю. Кашинцев, В. А. Енгай, Н. А. Шустичкий, А. А. Серегин
Москва

Интерес к исследованиям в сфере молекулярно-генетических изменений при раке почки вызван как необходимостью разработки новых, этиопатогенетически обоснованных методов терапии почечноклеточного рака, так и возможностью выработки более эффективных подходов к диагностике и прогнозированию рака почки. Молекулы клеточной адгезии играют важную роль в патогенезе злокачественных опухолей мочеполовой системы. Ген гликопротеина 3А (GP3A) кодирует бета-3-субъединицу интегринового рецептора и содержит PLA- (Leu33Pro) полиморфизм. Целью данной работы явилось определение клинического значения PLA полиморфизма гена GP3A при раке почки.

В исследование были включено 130 пациентов, 100 из которых страдали раком почки и 30 составили контрольную группу. Для определения генотипа PLA полиморфизма гена GP3A использовалась методика полимеразной цепной реакции, фрагмент гена GP3A анализировали при помощи олигонуклеотидных пар праймеров с последовательностями ttctgattgctggacttctctt и tctctcccatggcgaagagt. Достоверность различия частот PLA генотипов проводили по методике сравнения наблюдаемых и ожидаемых значений (χ^2) и t -критерия достоверности (критерия Стьюдента).

Первоначально мы установили, что аллельное распределение PLA-полиморфизма гена GP3A в контрольной группе не отличались от популяционного ($p = 0,85$). У пациентов, страдающих раком почки, аллельное распределение PLA-полиморфизма статистически значимо отличалось от популяционного ($p < 0,05$): генотип PLA1A1 выявлен у 63 (63%) пациентов с раком почки (95% ДИ 53,4–72,6), PLA1A2 был обнаружен у 33 (33%) больных (95% ДИ 23,6–42,4), генотип PLA2A2 — у 4 (4%) пациентов (95% ДИ 0,08–7,92). При анализе в зависимости от TNM-стадии заболевания получено статистически достоверное различие аллельного распределения гена GP3A между популяционными значениями и результатами в локализо-

ванной и метастатической группах ($p < 0,05$). При оценке относительного риска пациенты с генотипом PLA1A2 имеют в 1,8 раза (95% ДИ 1,44–2,23) более высокий относительный риск развития рака почки, чем носители генотипа PLA1A1, а относительный риск развития метастатической формы почечноклеточного рака у носителей генотипа PLA1A2 возрастает в 3,17 раза (95% ДИ 2,02–4,9) по сравнению с носителями генотипа PLA1A1. При анализе аллельного распределения PLA-генотипа в зависимости от степени дифференцировки получены следующие данные: распределение PLA полиморфизма при высокодифференцированном ПКР (G1) статистически не отличается от популяционного ($P = 0,94$), при опухолях со степенью дифференцировки ниже, чем G1, имеется статистически достоверное различие аллельного распределения PLA-полиморфизмов гена GP3A в сравнении с популяционными величинами ($p < 0,05$).

Проведенное нами исследование показало, что у носителей генотипа PLA1A2 гена GP3A относительный риск развития рака почки выше, чем у носителей генотипа PLA1A1. Определено также влияние PLA1A2-генотипа на скорость развития опухолей с метастатическим фенотипом и на развитие неопластического процесса в почке с более низкой степенью дифференцировки. Целесообразно дальнейшее изучение особенностей влияния генотипа гена GP3A на клиническое течение рака почки.

Роль комплексного уродинамического исследования при трансплантации почки

*М. Ф. Трапезникова, А. В. Ватазин, А. Г. Янковой, А. А. Подойницын,
К. В. Головченко*

Москва

Основными причинами хронической почечной недостаточности являются заболевания, характеризующиеся повреждением клубочков (гломерулонефрит), канальцев (пиелонефрит) и интерстиция (интерстициальный нефрит), болезни обмена веществ, врожденные заболевания почек, обструктивная нефропатия и патология почечных артерий. Некоторые из этих причин могут привести к существенному нарушению функции нижних мочевых путей, которые необходимо учитывать перед трансплантацией почки, так как нарушения уродинамики вызывают осложнения в посттрансплантационном периоде.

Цель работы — исследовать функцию мочевых путей у больных перед трансплантацией почек с симптомами нарушения мочеиспускания в анамнезе.

Обследованы 23 пациента с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (15 мужчин и 8 женщин), которым планирова-

лось выполнение трансплантации почек. Средний возраст — $35,3 \pm 13,1$ лет. 16 человек находились на гемодиализе, 7 — на перитонеальном диализе. У 7 человек имелаась диабетическая нефропатия, у 12 — пузырно-мочеточниковый рефлюкс, у 18 — хронический пиелонефрит. Всем пациентам провели комплексное уродинамическое исследование, которое включало урофлоуметрию, цистометрию, исследование «давление—поток».

При комплексном уродинамическом исследовании нормальная функция мочевого пузыря была выявлена только у 2 пациентов, гипорефлекторный мочевой пузырь — у 9 (39,1%), арефлекторный — у 4 (17,4%), гипотоничный — у 4 (17,4%), гиперактивность детрузора — у 13 (56,5%), инфравезикальная обструкция — у 8 (34,8%). Чаще всего изменения при комплексном уродинамическом исследовании выявлялись у пациентов с сахарным диабетом и пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

Полученные результаты показали, что у 92,3% больных с нарушением мочеиспускания в анамнезе и терминальной стадией хронической почечной недостаточности при комплексном уродинамическом исследовании выявляются изменения, которые требуют как консервативной, так и хирургической коррекции перед трансплантацией почек для профилактики осложнений.

Низкопольная магнитно-резонансной томография в оценке местной распространенности рака мочевого пузыря

И. В. Чернышев, Т. В. Буланова, П. Е. Луценко

Москва

Цель работы — показать возможности низкопольной МРТ, проведенной по расширенной методике, в оценке местной распространенности рака мочевого пузыря.

Был проведен анализ результатов МРТ и гистологического исследования материала, полученного при биопсии и оперативном лечении у 40 пациентов. Магнитно-резонансная томография проводилась в МДЦ НПФ «А3» на томографе с напряженностью магнитного поля 0,15 Тл. МРТ выполнялась по расширенной методике, включавшей, кроме стандартных T1- и T2-взвешенных изображений (T1ВИ, T2ВИ), также получение изображений, взвешенных по протонной плотности (ИПП) и с подавлением МР-сигнала от свободной жидкости (FLAIR). У 6 пациентов было применено также внутривенное контрастирование «Магневистом».

Заключение о злокачественном новообразовании мочевого пузыря, сделанное по данным МРТ, подтверждено патогистологически у 39 пациентов (97,5%) из 40, из них у 34 на основании материала, полученного при хирургическом лечении (у 20 пациентов — полостная операция, у

14 — ТУР мочевого пузыря), и у 5 пациентов на основании материала, полученного при цистоскопии. В наших наблюдениях у 70% ($n = 28$) пациентов преобладал экзофитный рост опухоли мочевого пузыря. Инфильтративный и смешанный характер опухоли мочевого пузыря составил по 15% ($n = 6$). Распространение опухоли в мышечную оболочку при МРТ обнаружено у 20% ($n = 8$), в околопузырную клетчатку — у 10% ($n = 4$), в соседние органы — у 12,5% ($n = 5$). Оценка состояния мышечно-го слоя мочевого пузыря по данным МРТ совпала с гистологическим заключением в 87% случаев. В 12,5% ($n = 1$) имело место ложноположительное заключение об опухолевой инфильтрации мышечного слоя. Данные МРТ о распространении опухоли в околопузырную клетчатку подтверждены при гистологическом исследовании во всех 4 случаях. Распространение опухоли мочевого пузыря в соседние органы, обнаруженное при МРТ у 5 пациентов, из них в 2 случаях — в предстательную железу, в 2 случаях — в мочеточник и в 1 случае — в брюшину, было подтверждено при операции. В одном случае были обнаружены увеличенные до 14 мм регионарные лимфатические узлы, что также было подтверждено при операции.

При анализе томограмм, полученных при «стандартном» исследовании с получением T1ВИ, T2ВИ и T1ВИ с контрастным усилением лишь при накоплении контрастного вещества в опухоли, отмечалась достаточная и четкая дифференциация опухолевого узла по отношению к подлежащей мышечной оболочке. Структура патологических образований на изображениях, взвешенных по протонной плотности и FLAIR, определялись примерно одинаково. Кроме того, на изображениях FLAIR визуализировались изменения слизистой оболочки, не отображавшиеся при других импульсных последовательностях, но определившиеся при контрастировании «Магневистом».

Следовательно, применение FLAIR и изображений, взвешенных по протонной плотности, позволяет более четко дифференцировать опухолевый узел и подлежащую мышечную оболочку мочевого пузыря, чего нельзя добиться при использовании стандартных T1-, T2-взвешенных изображений можно получить лишь при накоплении опухолью контрастного вещества.

Низкопольная магнитно-резонансная томография, проведенная по расширенной методике, имеет высокую информативность при оценке местной распространенности рака мочевого пузыря, что может позволить применять ее более широко для решения большинства диагностических задач и использовать менее доступную и более дорогостоящую высокопольную магнитно-резонансную томографию в сложных диагностических случаях для дополнительных исследований.

Диагностика и анализ посещаемости больных с хроническим простатитом на примере амбулаторного приема в краевой консультативной поликлинике

П. И. Цвет, В. А. Ананьев

Барнаул

Воспаление предстательной железы, или простатит, первоначально считалось сугубо инфекционным заболеванием и рассматривалось как исход острого простатита при несвоевременном его лечении. Различными авторами высказываются многочисленные, часто противоречивые суждения об этиопатогенезе заболевания. Современное состояние проблемы таково, что в подавляющем большинстве случаев хронический простатит имеет абактериальное происхождение.

За 2006 г. в краевую консультативную поликлинику обратилось 180 мужчин с первоначальным диагнозом хронического простатита. Из них 10% были жителями г. Барнаула, остальные 90% — жителями сел и городов края. Обследования проводилось в стандартном объеме: анамнез, ректальный осмотр, анализ простатического секрета, ПЦР-диагностика ЗППП, УЗИ простаты. 57 больных с подтвержденным диагнозом хронического простатита госпитализированы в урологическое отделение ККБ, где проводилось комплексное консервативное лечение. В 33 случаях диагноз хронического простатита был установлен лабораторно и назначено лечение в условиях ЦРБ. В остальных 90 случаях (50% от общего количества) диагноз простатита был исключен. При наличии характерных симптомов простатита у этой категории больных лабораторных признаков последнего не наблюдалось. Им поставлен диагноз хронической тазовой боли. Причинами этого синдрома у них явились тазовый ганглионеврит, травматические нейропатии, пояснично-крестцовые радикулопатии, невралгии копчикового сплетения.

Хроническая тазовая боль (простатодиния) — это циклическая или нециклическая боль длительностью 6 месяцев и более, которая нарушает ежедневную жизнедеятельность. Традиционные подходы в диагностике и лечении синдрома хронической тазовой боли у мужчин недостаточно эффективны. Встает вопрос, может ли этот синдром возникать вследствие функциональных нарушений в полости таза. Тазовые органы исключительным образом связаны с нервной системой и организованы ею, включая симпатическую, парасимпатическую и соматическую иннервацию. Нервная дисрегуляция нижнего отдела мочевого тракта может проявляться в виде повышенной частоты мочеиспускания и императивных позывов к мочеиспусканию, ощущения дискомфорта или боли в надлобковой или промежностной области, яичках, пояснице. Выдвинуто

предположение, что хроническая ноцицептивная бомбардировка центральных регуляторных кругов через соматические (расположенные в тазовом дне) центrostремительные нервы может инициировать каскад событий, которые завершаются воспалением, опосредованным нейрогенным механизмом. Функционирование тазового дна (поперечно-полосатой мышцы) оказывает непосредственное влияние на функционирование органов, расположенных в полости таза. Поэтому неудивительно, что хроническая дисфункция тазового дна часто сопровождается дисфункцией гладкой мышцы нижнего отдела мочевого тракта, и эти оба нарушения могут поддерживаться повышенными крестцовыми рефлекс-ами.

Органы, расположенные в полости таза, делят свою иннервацию с тазовым дном. Нейроны на уровне спинного мозга и ствола мозга выполняют обширные функции контроля и модуляции активности различных органов, расположенных в полости таза. Избыточное поступление ноцицептивной центrostремительной информации (что связано с нарушением деятельности тазового дна) в ядра ствола мозга может привести к нарушению нормальной синхронизации в этих центрах. После безуспешного лечения антибиотиками или анальгетиками многие из таких пациентов получили реальное облегчение благодаря терапии, основанной на модуляции, такой как обратная биологическая связь, -блокаторы или стимуляция крестцового сплетения. Это наблюдение указывает на участие нервной системы в порождении и поддержании боли и симптомов простатита.

Центральная нервная система представляет собой сбалансированную (управляемую импульсами) схему, которая, как оказывается, предрасположена к нейронной неустойчивости. Нарушения в этой схеме могут вызвать центральное функциональное нарушение или дисфункцию периферических органов, например нижнего отдела мочевого тракта.

Таким образом, установив связь мышечной дисфункции и ноцицепции, можно предположить, что в некоторых случаях хроническая тазовая боль является мышечно-фасциальной болью, которая возникает и продолжает существовать за счет центральных нейрогенных механизмов. Концепции, рассматривающие происхождение тазовой боли, следует принимать во внимание, когда наблюдается дисрегуляция деятельности тазового дна и симптомы не удается объяснить при помощи традиционных клинических подходов.

Варикоцеле как проявление дисплазии соединительной ткани

А. Ю. Цуканов

Омск

Варикоцеле по сей день продолжает привлекать внимание исследователей в связи со значительной частотой среди популяции. Заболеваемость варикоцеле в возрасте 14–25 лет составляет от 10 до 20%. Социальный характер проблемы обусловлен тем, что в последние 30 лет обнаруживается рост популяционной частоты варикоцеле с 0,7% до 22,3%. Безусловно, что для разработки эффективных подходов к лечению любого заболевания, в том числе варикоцеле, необходимо понимание его этиологии и патогенеза.

Цель исследования — оценить значимость синдрома дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у больных варикоцеле.

У больных варикоцеле проведено поперечное описательное клиническое исследование по изучению проявлений ДСТ. ДСТ диагностировали путем соматоскопии, эхокардиографии, электрокардиографии. Сформированы две группы пациентов. В основную группу включены 148 лиц, страдающих варикоцеле, в возрасте 14–49 лет ($17,9 \pm 4,2$ лет). Контрольную группу составили 84 человека мужского пола, не имеющие варикозного синдрома (варикоцеле, варикозной болезни вен нижних конечностей) 14–29 лет ($18,4 \pm 3,7$ лет).

При клиническом обследовании установлено, что 87,2% пациентов с варикоцеле имеют различные проявления ДСТ. Наиболее часто наблюдали нарушение строения ушной раковины (90,5%), астеническое телосложение (79,7%), нарушение прикуса (52,7%), артериальная гипотония (47,3%), гипермобильность суставов (42,6%), нарушение осанки (39,2%). Сочетание двух стигм дизэмбриогенеза отмечено у 39,2%, трех признаков — у 23,0%, четырех — 23,0%, пяти — у 8,1%. В 77% случаев при эхографии обнаружены поражения клапанного аппарата и миокарда (пролапсы клапанов — 43,3%), патология хорд — 64,9%, у 70,3% больных варикоцеле имелись нарушения сердечного ритма. ДСТ в основной группе встретилась достоверно чаще, чем в контрольной, — 44,0% против 16,9% ($p = 0,0014$).

Таким образом, полученные данные позволяют рассматривать неполноценность мезенхимальных структур в виде ДСТ как фактор развития варикоцеле. При этом недостаточность семенных вен представляется вариантом поражения сердечно-сосудистой системы. Последнее особенно важно в период пубертатного роста организма.

Методы хирургического лечения урологических заболеваний.

Вопросы литотрипсии

Уретероцистонеоанастомоз с последующей аденомэктомией у больного с МКБ и гигантской аденомой простаты I степени

Н. Ю. Антоньева, В. П. Мисюренко, М. Я. Гаткин

Барнаул

Сочетанная урологическая патология у лиц пожилого возраста — не редкость в урологической практике. Интерес представляет случай сочетания мочекаменной болезни, спаечной болезни органов малого таза и гигантской аденомы простаты I степени, который встретился нам.

Больной Т., 73 лет. Поступил в отделение с приступом почечной колики справа, возникшей за сутки до поступления и сопровождавшейся учащенными позывами к мочеиспусканию. Никтурии не отмечал. В 2003 г. перенес уретеролитотомию нижней трети справа без осложнений, тогда же по УЗИ была диагностирована аденома простаты объемом 197 см³, по поводу которой у уролога не наблюдался. Из анамнеза выяснено, что в 1984 г. в 54-летнем возрасте больной перенес тяжелую сочетанную травму — перелом позвоночника, костей свода черепа, костей таза, ребер, правого плеча с длительным лечением и восстановлением функций нижних конечностей и тазовых органов, в том числе и функции мочеиспускания с последующим лечением конгестивного простатита в 1989 г.

Объективно определялась болезненность в проекции правой почки, положительный симптом поколачивания справа. При ректальном исследовании определялась аденоматозно измененная простата, которую невозможно было обойти пальцем. Рентгенологически — тень, подозрительная на конкремент в проекции нижней трети правого мочеточника, деформированного, извитого, расширенного до 8–9 см и имеющего два фиксированных перегиба. Тень предполагаемого конкремента (0,6–0,7 см) располагалась у дна мочевого пузыря. На этом уровне тень мочеточника обрывалась. В проекции мочевого пузыря — огромный дефект наполнения, исходящий из области шейки мочевого пузыря в виде овоидного образования, которое заполняло почти весь просвет мочевого пу-

зыря, оставляя лишь полосу полумесяца в области дна пузыря. УЗИ почек, мочевого пузыря, простаты выявило уретерогидронефроз справа, ДГПЖ с объемом 230 см³; остаточной мочи в мочевом пузыре нет.

В сентябре 2006 г., идя на оперативное удаление рецидивного камня нижней трети правого мочеточника, мы столкнулись с проблемой выраженного спаечного процесса в органах малого таза, а также с послеоперационной стриктурой нижней трети мочеточника. Выделение предпузырного отдела тонкого, рубцово-измененного мочеточника оказалось невозможным. Выделив на достаточном протяжении функционально-способную часть мочеточника, мы произвели реконструктивную операцию — уретероцистонеоанастомоз с установлением стента правой почки. С учетом того, что за 8 часов до начала операции у больного впервые развилась острая задержка мочи, была наложена цистостома.

Через месяц после операции в условиях операционной с помощью уретероскопа стент благополучно извлечен из почки. Осложнений нет. По УЗИ почек гидронефроза также не отмечено. Еще через 2 недели больному произведена открытая аденомэктомия с последующим восстановлением мочеиспускания. Больной выписан с выздоровлением. Спустя месяц произведены УЗИ и рентгенконтроль — гидронефроза справа не выявлено.

Таким образом, уретероцистонеоанастомоз может быть методом выбора оперативного лечения послеоперационных стриктур нижней трети мочеточника как у молодых, так и пожилых лиц, а также у больных, имеющих крупные аденомы предстательной железы. Хотя объем аденомы простаты не всегда определяет ее степень, а значит, и показания к операции, большие по объему простаты могут играть вероятную роль в развитии послеоперационных стриктур и фиксированных перегибов нижней трети мочеточника.

Переломы костей малого таза — наиболее вероятная причина развития спаечного процесса органов малого таза, стриктуры и фиксированных перегибов нижней трети мочеточников. Возможно, следствием тяжелой травмы с нарушением функции тазовых органов явился выраженный рост аденоматозных узлов простаты.

Опыт лапароскопических операций в урологии

В. Я. Афонин, Е. Л. Гафтер, Е. А. Дурас, В. В. Фролова

Томск

Малоинвазивные методики все шире применяются в хирургической практике при ряде урологических заболеваний. Снижение хирургической травмы, техническая простота и комфортность оперирования, лег-

кая переносимость для пациентов делают эндоскопический способ операцией выбора.

С 2004 по 2006 гг. выполнено 91 лапароскопическое вмешательство: по поводу варикоцеле оперированы 68 пациентов, по поводу кист почек — 11, нефроптоза — 5, опухолей надпочечников — 4, МКБ — 3.

Оперативное лечение у пациентов с варикоцеле проводилось под ЭТН у 66 пациентов, под внутривенным наркозом — у 2. Для выполнения лапароскопических вмешательств использовались 3 точки введения троакаров в брюшную полость. Давление CO_2 не превышало 12 мм рт. ст. После ревизии органов брюшной полости рассекалась париетальная брюшина до 1,5 см, выделялись расширенные семенные вены; яичковая артерия и лимфатические коллекторы сохранялись при их визуализации; проводилось клипирование семенных вен, их пересечение; дефект брюшины не ушивался. Продолжительность операции — от 15 до 60 мин, в среднем — 28,6 мин. Конверсии отсутствовали. Больные находились в стационаре 1–2 дня.

У всех больных с простыми кистами почек использовали трансперитонеальный доступ. Показаниями к лапароскопическому лечению кист почек являлись: размер кисты более 5 см; артериальная гипертензия; болевой синдром и другие клинические проявления; нарушение функции почек; выполнение симультанных операций на органах брюшной полости.

Методика операции общепринятая: использовали 3 троакара, после вскрытия париетальной брюшины и мобилизации толстой кишки (слева) визуализировалась почка и выделялась киста. Киста вскрывалась, ее содержимое эвакуировалось отсосом. После визуального осмотра полости кисты ее оболочки иссекались максимально до ткани почки, края коагулировались. Резецированный участок извлекался для гистологического исследования. К месту удаленной кисты подводился страховочный дренаж на 1–2 суток. Продолжительность операции — от 30 до 60 мин. Интраоперационных осложнений не наблюдалось, конверсии отсутствовали. Больные выписывались на 4–5-е сутки.

Показаниями для лапароскопической нефропексии являлись: болевой синдром, хронический пиелонефрит, артериальная гипертензия, МКБ, нарушение уродинамики. Операция проводилась под ЭТН в положении на боку. Устанавливались 3 троакара — два 10-миллиметровых и один 5-миллиметровый. После вскрытия париетальной брюшины и фасции Герота выделялся нижний полюс в пределах нижнего сегмента, из полипропиленовой сетки выкраивался лоскут шириной 3 см, длиной 12 см. Один конец сетки фиксировался герниостеплером к поясничной мышце, второй подводился к передней поверхности почки, огибая нижний полюс, и фиксировался герниостеплером к капсуле почки в 4 точках. Перед этим поч-

ка смещалась в физиологическое положение. Для предотвращения вывихивания в сетке формировалось отверстие, в которое помещался и фиксировался нижний полюс почки. Брюшина ушивалась непрерывным швом с дренированием забрюшинного пространства.

Одному больному проведена симультанная операция — уретеролитомия по поводу камня ЛМС и нефропексия слева. Конверсий и интраоперационных осложнений не было. Больные выписывались на 5–6-е сутки.

По поводу МКБ оперированы 3 пациента. В двух случаях использовался трансперитонеальный операционный доступ, в одном случае — ретроперитонеальный. Операция в одном случае слева была симультанной и сочеталась с нефропексией. Стенка мочеточника рассекалась эндожницами, камень удалялся диссектором. В одном случае камень мигрировал в лоханку с последующим его извлечением с применением гибкого эндоскопа и корзинки Dormia. Через разрез мочеточника устанавливался стент. Разрез мочеточника ушивался 1–2 швами с применением интракорпорального узла. Брюшина ушивалась непрерывным швом с установкой дренажа к месту разреза стенки мочеточника. Больные находились в стационаре от 4 до 12 дней.

Адреналэктомия выполнялась в положении больного на боку с мобилизацией печеночного изгиба поперечно-ободочной кишки при поражении правого надпочечника. Слева доступ к надпочечнику осуществлялся латеральнее селезенки с мобилизацией селезеночного изгиба ободочной кишки. Надпочечниковая вена выделялась, клипировалась и пересекалась до мобилизации надпочечника. Опухоль удалялась единым блоком с окружающей клетчаткой. Удаленный надпочечник эвакуировался в латексном контейнере. Брюшина ушивалась непрерывным швом с оставлением дренажа. Конверсий и интраоперационных осложнений не было. Размеры опухоли надпочечников колебались от 2 см до 5,5 см, в 3 случаях опухоль располагалась слева, в 1 — справа. При гистологическом исследовании в 1 случае выявлена кистозная тератома забрюшинного пространства, в 2 случаях — кисты надпочечников, в 1 случае — кистозная лимфангиома. Продолжительность операции — от 80 до 215 мин, средняя — 140 мин. Больные выписывались на 8-е сутки.

Малая агрессивность эндохирургического вмешательства, возможность более тщательной визуализации анатомических структур, благоприятное течение послеоперационного периода и хороший косметический эффект делают лапароскопические операции перспективными для широкого применения в современной урологии.

Для освоения методики эндовидеохирургических операций необходима этапность подготовки урологов:

- изучение теории и материальной части эндовидеохирургии;
- освоение практических навыков на тренажерах;
- ассистенции на операциях;
- самостоятельное выполнение операций под руководством опытного хирурга-преподавателя.

Первыми самостоятельными операциями могут быть клипирование яичковых вен при варикоцеле и резекция простой кисты почки. Освоение видеосэндоскопической техники пиелопластики, нефрэктомии, адреналэктомии, простатэктомии требует обучения в специализированном центре.

Результаты лечения посттравматических стриктур уретры

Ю. М. Ахмедов, Б. У. Бекмуратов

Самарканд

Целью настоящей работы явилось улучшить результаты лечения посттравматических стриктур уретры.

В период с 2000 по 2005 гг. на обследовании и лечении находилось 162 больных в возрасте от 3 до 74 лет. Больные были разделены на две группы: основная — 45 больных и контрольная — 117 больных. Диагностика заболевания включала, помимо общеклинических и лабораторных исследований, уретроскопию, уретроцистографию, УЗИ. При нечеткости сонографического изображения границ стриктуры выполняли соноуретрографию с ретроградно введенным бужем. Бужирование и операция наильственной туннелизации проведена больным контрольной группы. В основной группе больных проводилась: меатотомия методом в модификации клиники (26), трансуретральная резекция уретры (ТУР) — (10), пластика уретры по Хольцову (6), по Соловову (3). Показанием к операции ТУР служила малая протяженность стриктуры — от 0,5 до 1 см. Им проводилось рассечение сужения на 12 часах условного циферблата с оставлением уретрального дренажа до 18 суток. Принципиальной особенностью при проведении операций по Хольцову и Соловову явилось применение в качестве шовного материала монофиламентной нити — монокрила, ПДС, а также применение при операции Хольцова 2 полуциркулярных непрерывных швов при наложении анастомоза с увеличением анастомозной камеры.

Катамнез отдаленных результатов контрольной группы показал, что рецидив заболевания наступал в сроки от 1 до 3 мес. почти у 100% больных. Больным, которым была сделана меатотомия, рецидива заболевания не наблюдалось. У 1 больного, после ТУР, рецидив заболевания развился в сроки от 3 до 6 месяцев. Причина неудачи — ранний срок прове-

дения эндоскопической операции. У пациентов, подвергшихся открытому оперативному лечению, способом Хольцова, рецидив заболевания в сроки от 1 до 3 месяцев развился у 1 больного в результате послеоперационного нагноения раны, а у больных, оперированных методом Соловова, осложнений заболевания не выявлено. Положительные результаты лечения составили 93,4%, рецидив стриктуры возник у 3 больных (6,6%).

Следовательно, бужирование и операция насильственной туннелизации являются порочными методами лечения, и их необходимо исключить из арсенала помощи больным со стриктурами уретры.

Выявлено, что трансуретральная резекция уретры эффективна при коротких стриктурах уретры (до 1 см) в холодном периоде заболевания.

Модифицированная операция Хольцова с применением 2 полуциркулярных непрерывных швов монофиламентными нитями при наложении анастомоза с увеличением анастомозной камеры — наиболее эффективный метод открытых реконструктивно-пластических операций.

Проксимальный тестикулосафенный венозный анастомоз при хирургической коррекции варикоцеле у детей

Э. С. Гадельшин, Р. Т. Кабиров, И. М. Калимуллин, А. Ф. Султангужин
Уфа

Варикоцеле является одним из распространенных заболеваний и, по данным ВОЗ, составляет 11,7% во всей популяции мужчин. Наибольшая частота варикоцеле (15–19,3%) приходится на 14–15-летний возраст. Патология усугубляется нарушением оттока крови от яичка, приводит к гипотрофии яичка, ухудшению сперматогенеза в 40–80% случаев и бесплодию. Среди мужчин, страдающих бесплодием, число пациентов с варикоцеле достигает 35–60%. Одной из причин варикоцеле является аорто-мезентериальная компрессия: сужение левой почечной вены вследствие ущемления ее между верхней брыжеечной артерией и стволом аорты в так называемом аорто-мезентериальном «пинцете». Хирургическое лечение варикоцеле, обусловленной аорто-мезентериальным «пинцетом» и стойким (органическим) стенозом венозного ствола почки, производится путем создания проксимального тестикулосафенного венозного анастомоза.

В Детском хирургическом отделении БСМП г. Уфы с 2003 по 2006 гг. по поводу варикоцеле прооперированы 106 детей в возрасте от 10 до 15 лет. Для установления причины варикоцеле до операции нами применялась ультразвуковая доплерография сосудов яичка (УЗДГ) аппаратом «Acuson/Aspen» с линейным датчиком 5–8 МГц. По данным УЗДГ сосудов яичка у 20 (18,8%) детей причиной варикоцеле явилось наличие аорто-ме-

зентериального «пинцета», а у 86 (81,1%) — дефект клапанного аппарата яичковой вены и врожденная слабость сосудистой стенки. У 20 детей (18,8%) с варикоцеле, обусловленной аорто-мезентериальным «пинцетом» и как следствие — патологическим обратным током по яичковой вене (в орто- и клиностазе), хирургическая коррекция произведена путем создания проксимального тестикулосафенного венозного анастомоза. Остальным 86 детям (81,1%) выполнена операция Иваниссевича.

Наша методика проксимального тестикулосафенного венозного анастомоза заключается в мобилизации проксимального конца яичковой вены и ветви большой подкожной вены бедра с последующим созданием сосудистого сообщения через доступ в левой паховой области. На 3–4 суток в ране оставляется контрольный трубчатый дренаж, который выводится через мошонку. В результате данной операции ликвидируется патологический обратный ток крови в яичке и сохраняется обходной путь венозного оттока из почки. Послеоперационный клинический и доплерографический контроль у всех детей не выявил рецидива данной патологии.

Таким образом, УЗДГ эффективна при уточнении причины варикоцеле, выявлении сопутствующих аномалий, объективной оценке результатов хирургической коррекции; имеет решающее значение при определении способа и объема оперативного вмешательства. Проксимальный тестикулосафенный венозный анастомоз можно считать патогенетически обоснованной операцией, которая имеет клиническое значение и является альтернативным методом хирургического лечения при варикоцеле у детей.

Лапароскопическая орхипексия при абдоминальном крипторхизме у детей

*Э. С. Гадельшин, Р. Б. Сагитов, Т. Т. Сабиров, Р. Т. Кабиров, И. М. Калимуллин,
А. Ф. Султангужин*

Уфа

Крипторхизм — распространенная аномалия положения яичка, частота которой составляет 1–5%. Примерно 16% неопустившихся яичек располагаются в брюшной полости. На современном этапе развития детской андрологии лечение больных с абдоминальным крипторхизмом представляет определенные трудности. Операции этапной орхипексии технически сложны и травматичны, а отдаленные результаты лечения не совсем удовлетворительны. По этой причине в последние годы при хирургической коррекции абдоминального крипторхизма у детей все чаще используются возможности лапароскопии.

В детском хирургическом отделении БСМП г. Уфы с 2003 по 2006 гг. прооперированы 63 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 16 лет с различными формами крипторхизма, из них 10 (15,8%) — с абдоминальной, а 53 (84,1%) — с паховой. Для определения уровня ретенции яичка (яичек) до операции нами применялось ультразвуковое исследование (УЗИ) аппаратом «Acuson/Aspen» с линейным датчиком 5–8 МГц. По данным УЗИ у 35 (55,5%) детей выявлена патология справа, в 22 (34,9%) случаях — слева, а у 6 (9,5%) мальчиков — с двух сторон.

В нашей клинике у 7 (70%) детей с абдоминальным крипторхизмом выполнена лапароскопическая орхипексия (операция Фовлера–Стефенса). Смысл операции заключается в определении уровня абдоминальной ретенции, визуальной оценке фиксирующего аппарата и сосудов яичка. Производится мобилизация сосудов яичка, выделяются семявыносящий проток, его артерия и пересекается гунтеров тяж. Медиально проводится транспозиция яичка и семенного канатика. В мягких тканях через небольшой разрез мошонки тупым путем создается туннель до медиальной предпузырной ямки. Под эндоскопическим контролем троакаром формируется паховый канал через медиальную предпузырную ямку. По каналу проводится яичко и фиксируется в мошонке. У мальчиков с высокой абдоминальной ретенцией (подвздошной или ренальной), когда яичко имеет короткую брыжейку и короткие сосуды, показана двухэтапная орхипексия, на первом этапе которой с целью перераспределения кровотока яичка выполняется эндоскопическое клипирование и пересечение коротких яичковых сосудов и нижней эпигастральной артерии на 1 см выше уровня отхождения артерии семявыносящего протока. Через 4–6 месяцев, на втором этапе эндоскопической орхипексии, производится пересечение гунтерова тяжа, выделение яичка, семявыносящего протока и одноименной артерии с последующим низведением через паховый канал в мошонку.

Послеоперационный клинический, ультразвуковой и доплерографический контроль размеров и состояния низведенного яичка не выявил атрофических изменений. После операции дети находились в условиях стационара 5–6 суток.

Таким образом, при выявлении абдоминального крипторхизма методом выбора хирургической коррекции является двухэтапная лапароскопическая орхипексия, которая отличается малой травматичностью, коротким послеоперационным периодом, что способствует сокращению сроков медицинской и социальной реабилитации детей.

Электроимпульсная контактная литотрипсия при резидуальных камнях почек

А. В. Гудков, В. Я. Афонин

Томск

Мочекаменная болезнь — одно из наиболее частых урологических заболеваний, она встречается не менее чем у 1–3% населения. Больные уролитиазом составляют 30–40% всего контингента урологических стационаров.

До 1980 г. основным методом лечения МКБ была открытая операция. С середины 80-х гг. внедряются дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛТ) и малоинвазивный эндоскопический метод — контактная литотрипсия (КЛТ) в почке и мочеточнике. Несмотря на значительные успехи в лечении МКБ с помощью этих методов, остается ряд нерешенных проблем. Как при ДУВЛТ, так и при КЛТ, а также при открытых операциях по поводу коралловидных камней почек возникает ситуация, когда в почечной лоханке или чашечках остаются конкременты, не поддающиеся дистанционной литотрипсии. Они могут остаться после открытой операции или мигрировать в полостную систему почки из верхней трети мочеточника при КЛТ. В данной ситуации в нашей клинике использовался гибкий уретеропиелоскоп фирмы «Asti» размером 9 Ch с рабочим каналом 4 Ch. Для КЛТ применялся электроимпульсный литотриптор «Уролит 105 М» фирмы «Litotech» (Израиль), укомплектованный гибкими зондами размером 1,2–3 Ch. Введение эндоскопа в мочеточник и проведение его до лоханки осуществляли с использованием защитного гидрофильного рукава «Flexor» 12 Ch фирмы «Cook», который позволяет многократно проводить и извлекать эндоскоп без травматизации стенки мочеточника. Наличие гибких зондов позволяет подвергнуть дезинтеграции камни, находящиеся как в лоханке, так и во всех группах чашечек. Наиболее трудно визуализируются конкременты, находящиеся в нижней чашечке. Удаление фрагментов камней проводилось с использованием тонких экстракторов различного типа, которые легко проводятся через изгиб дистальной части эндоскопа. Применялись корзинки типа Дормиа размером 1,8–2,4 Ch, сетчатые фильтры размером 2,6 Ch, а также новая модель экстрактора «Lippitt», которая позволяет захватить конкремент, находящийся в области форникса.

В 2006 г. в нашей клинике пролечены 7 пациентов. Размеры конкрементов колебались от 0,6 до 1,2 см. У двух пациентов камни размером 0,6 см обнаружены в нижних чашечках, они мигрировали из верхней трети мочеточника при попытке КЛТ. Конкременты визуализированы в нижних чашечках, подвергнуты литотрипсии и удалены. На дезинтеграцию

потребовалось до 40 импульсов мощностью 0,6 Дж. Один конкремент размером 1,2 см мигрировал из верхней трети мочеточника при попытке КЛТ, был обнаружен в лоханке, подвергнут электроимпульсной литотрипсии, фрагменты извлечены экстрактором Дормиа. Для разрушения потребовалось 120 импульсов мощностью 0,6 Дж. Применение защитного рукава типа «Flexog» позволило многократно извлекать осколки без травматизации стенки мочеточника. Три мелких конкремента размером до 0,5 см, оставшиеся после двух предыдущих пиелолитотомий и ДУВЛТ, фиксированные в верхней чашечке, были дезинтегрированы 30–40 импульсами мощностью 0,5 Дж и удалены литоэкстрактором «Lippitt». Один камень размером 0,8 см, оставшийся после открытой операции по поводу коралловидного камня, обнаружен у пациента в средней чашке. Эндоскоп проведен через нефростомический свищ, камень дезинтегрирован и извлечен корзинкой Дормиа. Операции проводились под общим обезболиванием, интраоперационно пациентам внутривенно вводились антибиотики и лазикс. Операция заканчивалась стентированием или катетеризацией мочеточника.

Интраоперационные осложнения: потеря видимости из-за возникшего кровотечения, которое купировано консервативно и потребовало повторной КЛТ; перфорация верхней трети мочеточника при проведении эндоскопа в зоне не распознанного до операции фиксированного перегиба мочеточника, потребовавшая установки стента на 10 дней.

Следовательно, выполнение КЛТ с использованием электроимпульсного литотриптора «Уролит 105 М» возможно при резидуальных камнях любой локализации в верхних отделах мочевых путей, что позволяет избежать рецидива камнеобразования и открытых операций.

Для проведения электроимпульсной КЛТ камней, локализованных в чашечках, необходимо иметь в наличии гибкий уретеропиелоскоп, защитный рукав для проведения гибкого эндоскопа, различные типы экстракторов, свободно проводимые через дистальный изгиб эндоскопа. Операция КЛТ в верхних отделах мочевых путей должна проводиться под общим обезболиванием с интраоперационным введением антибиотиков и последующим стентированием мочеточника.

Оценка эффективности электроимпульсной литотрипсии

А. В. Гудков, В. С. Бощенко, В. Я. Афонин, Э. М. Тилашов

Томск

Подходы к лечению больных с камнями почек, мочеточников и мочевого пузыря остаются одними из самых изученных и в то же время неоднозначных вопросов современной урологии. Доказанным можно счи-

тать то, что камни мочевыводящих путей, нарушающие уродинамику, требуют удаления.

С 2004–2006 гг. в урологических отделениях клиник Сибирского государственного медицинского университета и МСЧ № 2 была проведена контактная электроимпульсная трипсия камней лоханки, мочеточника и мочевого пузыря 136 пациентам.

Целью исследования являлась оценка клинической эффективности и безопасности эндоскопического контактного электроимпульсного дробления камней мочевыводящих путей.

В исследование включено 136 больных (58 мужчин и 78 женщин) в возрасте от 18 до 78 лет (средний возраст $42,6 \pm 15,8$ лет), которым была проведена контактная литотрипсия. Контактную литотрипсию проводили в условиях операционной под внутривенным наркозом или спинальной анестезией. Разрушение камней выполняли с помощью нового контактного литотриптора «Уролит», созданного израильской компанией «Lithotech Medical» при участии сотрудников Томского научного центра ООО «МедЛайн» г. Томска. Принцип работы прибора, в отличие от всех ранее предложенных литотрипторов, основан на электроимпульсном воздействии. Разрушение происходило за счет возникновения электрического импульса внутри камня при прямом контакте гибкого зонда с ним. Размеры конкрементов лоханки и мочеточников составили от 4 до 12 мм, мочевого пузыря — от 5 до 35 мм. В зависимости от расположения камня и его размеров продолжительность контактной литотрипсии в мочеточнике составляла от 2 до 8 минут, в мочевом пузыре — от 5 до 15 мин. Наиболее частой локализацией камней, требующих проведения литотрипсии, была нижняя треть мочеточника — 91 (67%) случай, реже — верхняя треть мочеточника — 14 (10%) случаев и средняя треть мочеточника — 18 (13%) случаев. В 4 (3%) случаях контактную литотрипсию проводили в лоханке. Опыт применения электроимпульсной литотрипсии в мочевом пузыре составил 9 (7%) случаев.

У 131 (96%) больного достигнута полная дезинтеграция камня, у двух (1,5%) пациентов с камнями мочевого пузыря пришлось прибегнуть к механической литотрипсии из-за частичного разрушения камней вследствие их высокой прочности, у 3 (2,2%) пациентов по техническим причинам не удалось подвести уретеропиелоскоп к камню. У 22 (16%) пациентов зарегистрирована временная макрогематурия, которая в 90% случаев самопроизвольно купировалась в течение 24 часов без проведения гемостатической терапии. У 3 (2,2%) больных диагностирована перфорация мочеточника тубусом уретероскопа, у одного (0,7%) — пролежень от камня с петлей. В послеоперационном периоде мы не наблюдали обострения пиелонефрита ни в одном случае, но с целью профилактики до и

после литотрипсии назначали короткие курсы антибактериальной и противовоспалительной терапии.

В течение 3 дней после литотрипсии были выписаны 54% пациентов, оставшиеся 46% — на 4–5-е сутки. Небольшой койко-день обеспечивал заметную экономию средств, затрачиваемых на медикаменты и расходные материалы.

Таким образом, контактная электроимпульсная литотрипсия с помощью аппарата «Уролит» является высокоэффективным и безопасным современным методом удаления камней мочевыводящих путей. Применение электроимпульсной литотрипсии минимизирует сроки пребывания больного в стационаре, сокращая финансовые затраты на лечение.

Транспозиция наружного отверстия мочеиспускательного канала в комплексном лечении хронической рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей у женщин

А. В. Гудков, А. В. Царева

Томск

Дистопия наружного отверстия мочеиспускательного канала диагностируется в одном случае на 20 000–25 000 новорожденных девочек, при этом велико число недиагностированных случаев данного заболевания. При дистопии наружное отверстие уретры располагается проксимальнее своего обычного места — на границе, а в некоторых случаях — на передней стенке влагалища. В обоих случаях во время полового акта происходит смещение наружного отверстия уретры во влагалище с одновременным его открытием, что создает условия для ретроградного инфицирования уретры влагалищной флорой. Подобные состояния проявляются в виде дизурии, болезненности при половом акте, что приводит к значительному снижению половой активности, а в ряде случаев — к отказу от половой жизни.

Цель исследования: оценить эффективность применения транспозиции наружного отверстия уретры в комплексном лечении пациенток, страдающих хроническим рецидивирующим циститом.

Объектом исследования явились 7 пациенток в возрасте $30,4 \pm 9,48$ лет (от 21 до 43) с лейкоплакией мочевого пузыря в сочетании с дистопией наружного отверстия мочеиспускательного канала, находившихся на лечении и дальнейшем наблюдении в урологическом отделении госпитальных хирургических клиник СибГМУ в период с сентября 2005 г. по декабрь 2006 г. Диагноз был поставлен на основании данных объективного осмотра, цистоскопии, результатов биопсии интраоперационного материала. В клинической картине преобладали тянущая боль внизу

живота, симптомы дизурии, диспареунии. Продолжительность заболевания варьировала от 2 до 10 лет. Пациентки неоднократно получали курсы противовоспалительной и антибактериальной терапии, местного лечения мочевого пузыря; диагноз дистопии наружного отверстия уретры установлен не был.

Всем больным проведено оперативное лечение в объеме одномоментной коагуляции участка лейкоплакии аргоновым электродом электрохирургического скальпеля «Электропульс С-350 РЧ» и транспозиции наружного отверстия мочеиспускательного канала в сформированное ложе под ножки клитора либо пластики дистального отдела уретры U-образным лоскутом слизистой преддверия влагалища. В послеоперационном периоде на 3 суток устанавливался катетер Фолея, проводилась стандартная послеоперационная антибактериальная и противовоспалительная терапия.

Через 5 суток явления дизурии прошли, болезненности внизу живота пациентки не отмечали, мочеиспускание было свободным, безболезненным. При объективном осмотре определялась умеренная отечность периуретральных тканей в области операционного вмешательства.

Через 1,5 месяца после операции исследуемой группе пациенток проведено повторное обследование: наружное отверстие мочеиспускательного канала не зияет, без признаков воспаления; определяется площадка между преддверием влагалища и наружным отверстием уретры.

У 6 пациенток (85,7%) симптомов дизурии, боли при половом акте не отмечалось; при цистоскопии слизистая мочевого пузыря светлая, слегка бугристая, без признаков наличия струпа и каких-либо других изменений. При урофлоуметрии объективные показатели мочеиспускания в пределах нормы. В отдаленном послеоперационном периоде (1 год) отмечена стойкая ремиссия хронического воспалительного процесса.

Одна пациентка (14,3%) предъявляла жалобы на умеренный дискомфорт при мочеиспускании. При цистоскопии слизистая мочевого пузыря в области коагуляции была с признаками подострого воспаления (отек, умеренная гиперемия). Данные клинико-лабораторные изменения были основанием для назначения дополнительного консервативного лечения в объеме инстилляций мочевого пузыря растворами антисептиков, лазеротерапии на область шейки мочевого пузыря, α -адреноблокаторов, препаратов, улучшающих микроциркуляцию стенки мочевого пузыря, НПВС, антигистаминных препаратов, антибиотиков и уроантисептиков. В отдаленном послеоперационном периоде (1 год) отмечена длительная ремиссия хронического воспалительного процесса.

Таким образом, полученные результаты одномоментного комплексного лечения лейкоплакии мочевого пузыря в сочетании с дистопией на-

ружного отверстия уретры свидетельствуют о высокой эффективности этого метода, позволяющим в сравнительно короткий период времени добиться положительного эффекта. Раннее выявление дистопии наружного отверстия уретры позволит рекомендовать пациентке более рациональные способы профилактики урогенитальных инфекций, что заметно снизит уровень хронизации воспалительных изменений нижних мочевых путей, требующих комплексного лечения.

Коррекция пузырно-уретрального сегмента конструкцией из никелида титана при недержании мочи

В. А. Давыдов, Д. В. Давыдов, В. Э. Гюнтер, В. Я. Афонин, А. В. Гудков, А. В. Проскурин, А. Н. Иванов

Томск

Печальная статистика, социальная значимость заболевания — стрессового недержания мочи при напряжении у женщин (НМПН) — стимулируют поиск и разработку эффективных технических средств и способов его лечения, в частности с использованием никелида титана. Причиной и условием явственно обозначившегося успеха послужило удачное соответствие свойств никелида титана этиологии данного заболевания.

Тяжелые формы заболевания требуют хирургического вмешательства. В перечне мероприятий коррекции положения мочеполовых органов определяющим является хирургия на участке пузырно-уретрального сегмента. Выполняется восстановление топографии передней стенки влагалища ушиванием, подтягиванием пролабированной ткани петлями из различных биосовместимых материалов. Качество известных материалов, к сожалению, не удовлетворяет комплексу требований, что нередко приводит к рецидивам, осложнениям и необходимости повторения вмешательства. Удачным является устройство из никелида титана.

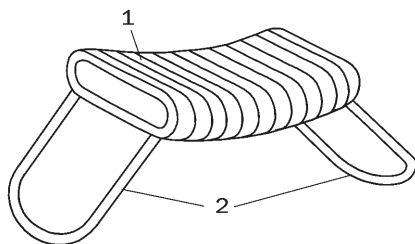


Рис. 1. Устройство для хирургического лечения недержания мочи у женщин при напряжении: 1 — элемент поддержки уретры; 2 — фиксаторы

Устройство для хирургической коррекции пузырно-уретрального сегмента, получившее за свою форму условное название «пчелка», в его изначальном варианте представлено на рис. 1. Оно содержит элемент поддержки уретры (1) и фиксаторы (2). Устройство выполнено из гнутой никелид-титановой проволоки. Сам материал и конструкция поддерживающего участка в виде уплощенной

цилиндрической продольно изогнутой спирали эластичны и при взаимодействии с тканями в месте установки оказывают на них слабое (нежное), постоянное по времени и месту корректирующее давление. Успешность операции обеспечивается именно этим характером взаимодействия, естественно, в совокупности с другими замечательными свойствами никелида титана: высокой биосовместимостью, коррозионной стойкостью, стабильностью механических характеристик.

В ходе операции устройство задействуют следующим образом: под местной анестезией при установленном катетере Фолея производят разрез передней стенки влагалища длиной 25 мм на уровне пузырно-уретрального сегмента. Края раны отводят в стороны и в толще парауретральных тканей тупым путем формируют глухие туннели под углом 45° в направлении выше уретры по размерам фиксаторов устройства для их введения в указанном направлении. Фиксаторы подгибают к торцам элемента поддержки и в деформированном состоянии вводят в туннели, где они, упруго распрямляясь, внедряются до конца туннелей, а элемент поддержки подтягивается за ними, касается тканей задней стенки уретры и в конце хода обратной деформации подпирает уретру и возвращает ее к нормальной позиции. Операцию завершают ушиванием раны влагалища двумя узловыми швами. Коррекция пузырно-уретрального угла и последующее восстановление функции сфинктерного аппарата происходят незамедлительно: восстанавливаются самостоятельное порционное мочеиспускание, нормальная континенция при ординарном напряжении от уровня запирающего давления 40 мм рт. ст. и более. Длительность операции — 15–20 мин при минимальной инвазивности и кровопотере. В отдаленные сроки устройство не вызывает негативных последствий — воспалительных реакций, некротизации, отторжения. Однако апробация устройства показала его конструктивные недостатки. Проволочные витки спиральной конструкции элемента поддержки могут ущемлять пролабированную между ними мягкую ткань; мало развитая поверхность фиксаторов вызывает повышенное удельное давление на ткань в местах контакта.

Модернизация «пчелки» с целью устранения этих недостатков коснулась материала. Без изменения размеров и формы устройства оно выполнено из листового (толщиной 0,5 мм) пористого никелида титана (рис. 2). Гладко-пористая поверхность элемента поддержки аатравматична, а давление ткани

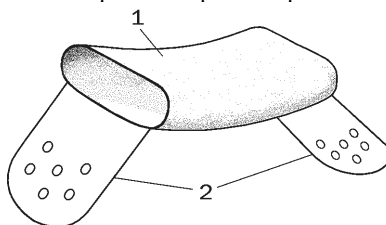


Рис. 2. Устройство для хирургического лечения недержания мочи у женщин при напряжении: 1 — элемент поддержки уретры; 2 — фиксаторы



Рис. 3. Обзорная рентгенограмма, прямая проекция



Рис. 4. Цистоуретрограмма в проекции 3/4

на фиксаторы воспринимаются всей их также гладко-пористой поверхностью. Вес устройства составляет 300–400 мг.

С использованием устройств данной конструкции прооперированы 3 пациентки с патологией средней степени тяжести. Результаты операций, близких сроков заживления и восстановления сфинктерных функций сугубо положительные. Подробному обследованию в отдаленные сроки (до 2,5 лет) подверглась одна пациентка. Две другие пациентки сообщили о хорошем удержании мочи, но в связи с отъездом за пределы страны детально не обследовались.

Объективные результаты обследования пациентки следующие. На протяжении всего срока с момента операции и в период обсле-

дования мочеиспускание порционное, свободное, безболезненное. Симптомы стрессового недержания мочи, в том числе по кашлевой пробе, не отмечено. Беспокойств при регулярной половой жизни нет. По данным УЗИ после акта мочеиспускания остаточной мочи не обнаружено. Внешних признаков патологии со стороны наружного отверстия уретры и передней стенки влагалища нет. По данным рентгенографии таза во фронтальной проекции и в проекции 3/4 просматривается устройство (рис. 3, 4) в изначально установленном месте и позиции, т. е. на уровне 1 см от мочевого пузыря, на участке пузырно-уретрального сегмента, где и обеспечивается нормальная сфинктерная компрессия. Результат сфинктерометрии при этом составил более 40 мм рт. ст.

Благодарные отзывы пациенток, малая трудоемкость операции для хирурга и эффективность модернизированного способа вмешательства

свидетельствуют о достаточной отработанности устройства для его широкого клинического использования. Подтверждением этого также является патент на изобретение № 2269983.

Профилактика воспалительных осложнений при дистанционной литотрипсии

А. П. Данилков, Н. К. Дзеранов, В. Н. Синюхин, В. В. Иващенко, Л. А. Харламова, В. Р. Шадури

Москва

Наиболее тяжелым осложнением дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДЛТ) является острый пиелонефрит (4,5–6,8%). Активная фаза хронического калькулезного пиелонефрита (бактериурия 10^5 и выше), воздействие на почку большого количества высокоэнергетичных ударно-волновых импульсов и нарушение пассажа мочи фрагментами после ДЛТ приводят к быстрому развитию острого пиелонефрита, нередко переходящего в гнойно-деструктивную фазу. В связи с этим активная фаза хронического пиелонефрита является абсолютным противопоказанием к ДЛТ. Использование медикаментозной антибактериальной и противовоспалительной терапии не всегда приводит к желаемому результату в связи с участвовавшими случаями резистентности микрофлоры к широкому кругу антибиотиков.

Проведенные в нашей клинике экспериментальные исследования, а также хорошие клинические результаты в ликвидации гнойного пиелонефрита более чем у 200 больных при помощи электрохимического окисления (НЭХО) крови раствором гипохлорита натрия позволили нам начать исследования возможности применения данного метода как способа подготовки больных с калькулезным пиелонефритом к ДЛТ.

У 64 больных с рецидивными камнями почек (от 1,2 до 1,7 см) и сопутствующим стойким и злокачественно текущим хроническим пиелонефритом и отсутствием эффекта от антибактериальной терапии (титр бактериурии 10^8 – 10^9) было применено НЭХО. За 3 дня до ДЛТ всем больным устанавливался подпочечный катетер и проводилось 3 сеанса НЭХО (100 мл 0,06% гипохлорита натрия). При контрольных посевах мочи у 18 больных титр снизился до 10^5 , у 40 больных – до 10^3 и у 8 больных бактериурия отсутствовала.

При исследовании состояния клеточного иммунитета у больных до и после НЭХО в крови были выявлены увеличение общего количества лимфоцитов и субпопуляций Т-клеток, тенденция к устранению иммунологического дисбаланса (увеличение иммунорегуляторного индекса до нижних границ нормы). В среднем на монолитотрипсию каждого камня при-

шлось 1,8 сеанса с суммарным количеством импульсов $3\,850 \pm 260$ и полной фрагментацией камней. У 62 больных послеоперационный период протекал гладко, и, несмотря на активное отхождение фрагментов и образование «каменных дорожек», больные были выписаны через 12–14 дней после отхождения более 80% фрагментов разрушенного камня.

Таким образом, полученные предварительные результаты свидетельствуют о целесообразности продолжения исследований по применению НЭХО как эффективного метода профилактики острого пиелонефрита при ДЛТ.

Дистанционная литотрипсия резидуальных камней почек после различных оперативных вмешательств

Н. Е. Дзеранов, А. В. Казаченко, В. Р. Шадури

Москва

Данные литературы и опыт нашей клиники свидетельствуют о том, что во время открытых и эндоскопических оперативных вмешательств по поводу осложненных форм мочекаменной болезни, особенно при множественных, рецидивных и коралловидных камнях почек, возникают ситуации, когда не удается найти и удалить все конкременты или когда сам поиск и удаление фрагментов грозят опасными интра- и послеоперационными осложнениями (кровотечение, обострение почечной недостаточности, острый пиелонефрит). Внедрение дистанционной литотрипсии позволило сократить степень интраоперационной травматизации паренхимы почки за счет отказа от поиска одиночных фрагментов камня и тем самым снизить процент операционных осложнений. Использование различных методик интраоперационной противоишемической защиты почки, а также препаратов, направленных на скорейшую послеоперационную реабилитацию органа, позволяет в кратчайшие сроки провести литотрипсию клинически значимых резидуальных фрагментов и избавить больного от дренажей.

За последние 10 лет в нашей клинике находилось на лечении около 350 пациентов с резидуальными камнями почек. При этом более чем у 200 пациентов выполнена дистанционная литотрипсия. В данную группу вошли пациенты после выполнения нефролитотомии или пиелонефролитотомии (55%), перкутанной нефролитолапаксии (26%) и пиелолитотомии (18%). В 92% случаев на момент выполнения дробления почка оставалась дренированной тем или иным способом (62% — нефростомы, 38% — внутренних стент).

Основным показанием к проведению дистанционной литотрипсии в ближайшем послеоперационном периоде являлось наличие камня (кам-

ней) размером более 0,5 см, нарушающего или способного нарушить отток мочи из почки после удаления дренажа. Абсолютными противопоказаниями были снижение функции оперированной почки более чем на 70% и размер резидуального камня более 2,5 см. При подтверждении по данным послеоперационного обследования наличия резидуальных камней, требующих выполнения литотрипсии, необходимо проведение интенсивной терапии, направленной на скорейшую реабилитацию почки, с использованием антиоксидантов (-токоферол), препаратов, улучшающих микроциркуляцию (пентоксифиллин), антибактериальных химиопрепаратов (по результатам посева мочи), эфферентных методов детоксикации (непрямое электрохимическое окисление крови, лазерное облучение крови, озонотерапия).

Оценку степени послеоперационного восстановления почки с резидуальными камнями и возможность выполнения дистанционной литотрипсии изучали по результатам микробиологического исследования мочи, клинического анализа крови, коагулограммы, биохимического анализа крови и мочи (активность процессов перекисного окисления липидов, степень ферментурии) и химического состава камня. Сроки проведения литотрипсии были индивидуальными для каждой группы пациентов в зависимости от выполненного ранее оперативного вмешательства.

При благоприятном течении послеоперационного периода у пациентов, перенесших перкутанную нефролитолапаксию или пиелолитотомию, дистанционное дробление резидуальных камней выполняли на 14–16-е сутки, у перенесших нефролитотомию или пиелонефролитотомию — на 25–30-е сутки. Эффективность литотрипсии (избавление больного от камня (камней), подвергшегося ДЛТ с последующим удалением дренажа, составила в наших наблюдениях 96%.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что дистанционная литотрипсия является методом выбора при лечении резидуальных камней почек после различных оперативных вмешательств.

Дистанционная ударноволновая литотрипсия в лечении уролитиаза у пациентов с аномалиями развития почек

Н. К. Дзеранов, С. А. Москаленко, А. В. Казаченко

Москва

Широкое внедрение и совершенствование методики выполнения дистанционной литотрипсии (ДЛТ) позволило в последние годы значительно сократить количество открытых оперативных вмешательств по поводу уролитиаза, в том числе и в группе пациентов с аномалиями развития почек.

В последние годы в нашей клинике находились на стационарном лечении 156 пациентов, страдающих нефролитиазом, с аномалиями развития почек. У 34 (21,7%) была подковообразная почка, у 15 (9,6%) — единственно-врожденная почка, у 21 (13,4%) — пояснично-дистопированная почка, 40 (25,6%) пациентов имели удвоенную почку, 6 (3,8%) — губчатые почки, у 39 (25%) пациентов имелись кисты почек, у 1 (0,6%) пациента была L-образная почка. Линейные размеры конкрементов составляли от 7 до 30 мм. 29 пациентов имели множественные, 6 пациентов — коралловидные камни почек.

Всем пациентам проведена ДЛТ. Для полной фрагментации конкрементов 98 (62,8%) больным потребовалось проведение одного сеанса литотрипсии, 39 (25%) — 2 сеанса, 19 (12,1%) — 3 и более сеансов. Среднее количество ударных импульсов составило $1\,665 \pm 140$ за сеанс. Изначально дистанционную литотрипсию проводили как монотерапию, за исключением 15 пациентов с единственной почкой, которым с целью профилактики развития обструктивных осложнений на первом этапе выполнили дренирование почки путем установки внутреннего стента. Особенности проведения ДЛТ у данной категории пациентов является использование преимущественно низкоэнергетических импульсов (50–60% от общей мощности генератора литотриптора), позволяющих с наименьшей травмой для почки разрушить камень на мелкодисперсные фрагменты, способные к самостоятельному отхождению; это особенно важно у пациентов с единственной и единственно-функционирующей почкой, .

Однако, несмотря на используемую нами методику дробления, у 26 (16,6%) пациентов возникли осложнения, преимущественно обструктивного характера (в 12,1% случаев). У 9 больных были проведены отсроченные сеансы литотрипсии крупных фрагментов камня или «каменных дорожек» различных отделов мочеточника с положительным эффектом. У остальных 10 пациентов предпринято дренирование почки. Несмотря на предоперационную подготовку, острый обструктивный пиелонефрит имел место у 7 (4,4%) пациентов и купирован в 4 случаях после выполнения катетеризации, в двух случаях потребовалось выполнение чрескожной пункционной нефростомии. Практически у всех больных имели место исходная бактериурия и хронический пиелонефрит. Это позволило нам рекомендовать больным с камнями более 1,5 см и хроническим пиелонефритом на фоне сниженной функции почки выполнять ДЛТ на фоне дренированной почки (катетером, стентом).

Таким образом, дистанционная литотрипсия является эффективным методом лечения пациентов с нефролитиазом, имеющих аномалии развития почек. Однако, несмотря на ее высокую эффективность, у пациентов с подковообразной почкой, пояснично-дистопированной почкой и

кистами почек, сроки отхождения фрагментов камня не могут быть точно предсказаны в связи с особенностями строения чашечно-лоханочной системы и сопутствующим нарушением уродинамики.

У пациентов с единственной почкой целесообразно проведение литотрипсии на фоне дренирования полостной системы внутренним стентом, который обеспечивает скорейшее восстановление почки после операции и препятствует развитию тяжелых обструктивных осложнений.

Сравнительный анализ современных методов лечения осложненных форм мочекаменной болезни

В. В. Дутов, В. В. Макурин, А. Г. Московкин, А. А. Галько, В. Б. Пащенко

Москва

Цель настоящей работы — определение оптимального метода лечения коралловидного нефролитиаза. Проведен сравнительный ретроспективный анализ четырех современных лечебных опций: ДУВЛ, ЧНЛТ, «сэндвич-1» и «сэндвич-2». По возрасту, полу, размерам конкрементов, степени дилатации собирательной системы почки и исходному уровню бактериурии распределение пациентов было статистически однородным ($p > 0,05$).

Уровни освобождения почки от камня оказались достоверно выше ($p < 0,05$) в группах с комбинированным способом лечения, хотя в результатах применения двух последних опций — «сэндвич-1» и «сэндвич-2» — существенного различия не установлено (82,5% vs 86,4% соответственно; $p = 0,16$). ДУВЛ-монотерапия, оказавшаяся эффективной *ex tempore* только у 6,53% пациентов, в итоге имела положительные результаты уже в 26,1% случаев ($p < 0,01$). Несмотря на четырехкратный прирост, конечный результат монолитотрипсии даже в отобранных группах, на аппаратах третьего поколения («Lithostar», Siemens), нельзя признать удовлетворительным. Динамика клиренса почки после применения других методов лечения не имела столь значимого различия и составляла к исходу 6 мес. 66,6% vs 55,6% ($p = 0,54$) при ЧНЛТ-монотерапии; 82,5% vs 67,5% ($p = 0,23$) при «сэндвич-1», а также 86,4% vs 77,3% ($p = 0,19$) в группе пациентов, получавших комбинированное лечение по схеме «сэндвич-2».

ДУВЛ-монотерапия при очевидно низком уровне эффективности имела и самую значительную среднюю продолжительность лечения — $171,6 \pm 43,4$ дней. Последняя была достоверно сравнима со сроками лечения в группе «сэндвич-1» ($141,5 \pm 23,3$; $p = 0,72$) и разительно отличалась от результатов в группах ЧНЛТ-монотерапии ($24,7 \pm 11,3$; $p = 0,002$) и «сэндвич-2» ($17,4 \pm 10,7$; $p = 0,006$). Различия в подходах к лечению сказалось и на количестве ударных волн, потребовавшихся для полной дезинтегра-

ции конкремента: этот параметр в 1-й группе ($10\,144 \pm 1\,081,2$) оказался достоверно ($p = 0,0001$) выше, чем в 3-й ($4\,382 \pm 468$) и 4-й ($4\,075 \pm 583$) группах.

Резидуальные фрагменты в «серой» шкале (6–15 мм) имели место у 15,2% пациентов 1-й группы (ДУВЛ), достигали максимума в 22,5% у пациентов 2-й группы (ЧНЛТ) и были примерно одинаковы у пациентов 3-й («сэндвич-1») и 4-й («сэндвич-2») групп (соответственно 10,5% и 9,0%). Крупные резидуальные фрагменты (>16 мм) чаще других отмечены в группе монолитотрипсии (58,7%; $P < 0,001$), тогда как наименьшая их частота отмечена при комбинированном лечении — «сэндвич-1» (7,0%) и «сэндвич-2» (4,6%) — и у 10,9% пациентов после ЧНЛТ-монотерапии. Уровни осложнений — от наибольшего к наименьшему — распределялись следующим образом: 1-я (39,1%), 4-я (36,4%), 2-я (27,8%) и 3-я (17,5%). Уровни вторичных незапланированных процедур были наименьшими у пациентов 4-й группы (31,8%), а наивысшими — в 1-й (65,2%) и 3-й (62,5%).

Таким образом, сравнительный анализ показал высокую эффективность комбинированных методов в достижении полноты удаления конкрементов. Мы пришли к заключению, что при коралловидном нефролитиазе следует отдавать предпочтение ЧНЛТ перед ДУВЛ, а их комбинации — перед всеми прочими методами лечения.

Опыт применения суправезикального отведения мочи у детей

В. В. Дутов, С. Б. Уренков, Л. М. Колобова, А. Б. Соболевский

Москва

Одной из важнейших в детской урологии остается проблема ликвидации обструкции верхних мочевых путей и восстановления адекватного пассажа мочи при различных заболеваниях (аномалии мочевой системы — гидронефроз, мегауретер, пузырно-мочеточниковый рефлюкс и др.; обструктивный пиелонефрит после реконструктивно-пластических операций и др.).

Целью исследования стало определение значения суправезикального отведения мочи у детей с различными аномалиями мочевой системы и обструктивным пиелонефритом после реконструктивно-пластических операций.

В урологической клинике МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского за последние 25 лет суправезикальное отведение мочи путем чрескожной пункционной нефростомии (как первый этап перед основной корригирующей операцией — у 10 пациентов, при обструктивном пиелонефрите после реконструктивно-пластических операций — у 10) или Т-образной уретерокутанеостомии (как первый этап перед основной корригирующей операцией — у 4 больных) было выполнено у 28 детей возрасте от

3 месяцев до 16 лет. Способ отведения мочи определялся функциональным состоянием почек и верхних мочевых путей, возрастом ребенка и длительностью дренирования. Всем больным по показаниям проводилась адекватная консервативная терапия (антибактериальная, противовоспалительная, дезинтоксикационная)

При оценке результатов учитывали динамику изменения функционального состояния почек и верхних мочевых путей, результаты лечения пиелонефрита. Во всех случаях были получены только хорошие и удовлетворительные результаты.

Таким образом, предварительное суправезикальное отведение мочи позволяет оценить функциональные возможности почки и компенсаторные возможности мочеоточника, решить вопрос о характере операции (реконструктивно-пластическая или оргаононосящая), предотвратить прогрессирование патологического процесса, избежать после основной корригирующей операции развития острого пиелонефрита, обеспечить в течение длительного срока дренирование верхних мочевых путей в расчете на регрессию наступивших изменений в их стенках. Чрескожная пункционная нефростомия позволяет своевременно ликвидировать острый обструктивный пиелонефрит, развившийся на фоне отека анастомоза, у детей, перенесших реконструктивно-пластические операции по поводу аномалий верхних мочевых путей.

Органосохраняющие операции при лечении опухолей почек и верхних мочевых путей

Ю. И. Журавлев, С. А. Худяшов, М. В. Кондратьев

Кемерово

Радикальным методом лечения злокачественных опухолей почки является нефрэктомия. Однако при определенных ситуациях (опухоли единственной почки, двусторонних опухолях, а также при доброкачественных опухолях почек) производятся органосохраняющие операции.

В клинике находились на лечении 11 пациентов с опухолями почек и 21 — с опухолями верхних мочевых путей (ВМП), которым выполнены органосохраняющие операции. Почечноклеточный рак явился показанием к резекции у 3 больных с единственной функционирующей почкой. У одной пациентки, 35 лет, с асинхронным раком единственной почки при технической невозможности выполнить резекцию произведена нефрэктомия с переводом больной в ренопривное состояние. В последующем произведена трансплантация трупной почки. В подобных случаях А. С. Переверзев (1999 г.) производил экстракорпоральное удаление опухоли с последующей аутотрансплантацией почки.

У 7 пациентов с доброкачественной опухолью почки произведены органосохраняющие операции: резекция почки — 5, энуклеация опухоли — 2. Доброкачественный характер опухоли выявлен до операции. При гистологическом исследовании у 4 обнаружена ангиомиолипома, у 3 — аденома.

Среди 114 больных с опухолью почечной лоханки органосохраняющие операции выполнены у 8 пациентов — удаление опухоли (папиллома) в 7 случаях, резекция лоханки в 1 случае (переходноклеточный рак лоханки единственной почки).

Из 31 больного с первичной опухолью мочеточника доброкачественные опухоли наблюдались у 5: папиллома — у 4, гемангиома — у 1. Им произведена резекция мочеточника с уретероцистоанастомозом. При локализованных раках мочеточника без признаков прорастания его стенки (G2) и хорошей функции соответствующей почки у 8 больных произведена резекция мочеточника с уретероуретероанастомозом.

Таким образом, органосохраняющие операции следует выполнять при раке единственной почки и доброкачественных опухолях. При опухолях ВМП органосохраняющие операции выполняются при доброкачественных опухолях, а также при злокачественных высокой и умеренной степени дифференцировки G1 и G2.

Поздние осложнения энтероцистопластики при микроцистисе специфической и другой этиологии

О. Н. Зубань, Б. К. Комяков, А. Ф. Семченко

Санкт-Петербург

Оптимальным методом не только увеличения емкости мочевого пузыря (МП), но и защиты почечной ткани при микроцистисе является аугментационная цистопластика (АЦ) с использованием аутотрансплантатов из желудочно-кишечного тракта. Это сложное, длительное и травматичное оперативное вмешательство может повлечь за собой ряд осложнений. К поздним относятся рецидивирующая дизурия, стриктуры мочеточниково-резервуарных анастомозов, стенозы резервуарно-пузырного анастомоза, резервуарно-мочеточниково-лоханочные рефлюксы, неполное опорожнение резервуара вследствие хронической задержки мочи, гиперхлоремический ацидоз. Поэтому существует настоятельная необходимость анализа причин этих осложнений для снижения их количества.

Цель работы — изучение отдаленных результатов энтероцистопластики при микроцистисе туберкулезной и другой этиологии.

С 2000 по 2006 гг. в урологической клинике СПбНИИФ оперативному лечению подвергнуты 43 больных с микроцистисом различного генеза в

возрасте от 24 до 70 лет. Отдаленные результаты в сроки от 6 месяцев до 5 лет изучены у 38 больных. Перед АЦ у 6 из них (15,9%) выполнена сагиттальная транссекция МП, у 32 (84,1%) — его субтотальная резекция. В качестве аутотрансплантата у 31 (72,1%) пациента послужил сегмент подвздошной кишки, у 12 (27,9%) — сигмовидной. Более половины (23–53,5%) больных предварительно перенесли нефрэктомия, в связи с чем на 43 пациента приходилось 63 почки и мочеточника. В 4 (6,3%) случаях мочеточники не пересекались. Мочеточниково-резервуарных анастомозов выполнено 59: в 15 (25,4%) случаях с использованием антирефлюксных методик, в 44 (74,6%) — без их применения.

Стеноз резервуарно-пузырного соустья развился у 4 (10,5%), в том числе сопровождался выраженной дизурией у 2 (5,3%) из них. Это осложнение имело место только у пациентов, не подвергнутых предварительной резекции МП. Во всех случаях предпринята субтотальная резекция МП и реанастомоз его шейки или уретры с резервуаром. Стеноз мочеточниково-резервуарного анастомоза выявлен в 7 (11,9%) случаях: при формировании антирефлюксного механизма — в 26,7% и только в 6,8% — без его применения. Всем им выполнена реимплантация мочеточников в кишечную часть искусственного МП. Позднее сужение межкишечного илеоанастомоза с развитием кишечной непроходимости зарегистрировано у одного (2,6%) больного: потребовалось выполнение резекции кишки и реанастомоза. Один (2,6%) больной оперирован через 1 год после илеоцистопластики по поводу мочевого перитонита на фоне посттравматического разрыва мочевого резервуара.

Наиболее частым поздним осложнением, не требовавшим повторных вмешательств, оказался пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) (7 больных, 18,4%). Осложнение выявлено только при отказе от антирефлюксных методик имплантации мочеточника. Всем больным с ПМР рекомендовано соблюдение режима мочеиспускания (каждые 1,5–2 часа). Наблюдение в течение 5 лет не выявило ухудшения функции почек. Неполное опорожнение мочевого резервуара и хроническая задержка мочи имела место у 4 (10,5%) больных. Больные обучены интермиттирующей самокатетеризации искусственного МП.

Гиперхлоремический ацидоз, нуждавшийся в ощелачивающей терапии, обнаружен у 3 (7,9%) больных.

Таким образом, поздние осложнения АЦ, требовавшие хирургической коррекции, зарегистрированы в 13 (34,2%) случаях, что соответствует данным других авторов. Субтотальное удаление МП при его рубцовом сморщивании, отказ от антирефлюксных методик имплантации мочеточников в кишечную часть искусственного МП способствуют снижению количества поздних осложнений АЦ. Возникновение ПМР является значи-

тельно менее опасным осложнением в сравнении со стенозом мочеточниково-кишечного анастомоза и не требует хирургической коррекции.

Способ хирургического лечения спастического мочевого пузыря туберкулезной этиологии

О. Н. Зубань, А. А. Лебедев

Санкт-Петербург

В лечении спастического мочевого пузыря (МП) туберкулезной этиологии используются блокаторы М-холино- и -адренорецепторов. Отсутствие эффекта или его временный характер у 30-40% пациентов, а также системность действия препаратов требуют поиска методов хирургической блокады МП.

Эффективность резекции органа при туберкулезном поражении связана, на наш взгляд, с частичной его денервацией, ведь для заживления специфических язв достаточно адекватной химиотерапии. Этой травматичной операции с появлением современных эндовидеохирургических технологий могут быть противопоставлены более щадящие методы.

Цель работы — оценить эффективность трансуретральной детрузоромии при спастическом МП туберкулезной этиологии.

В урологической клинике СПбНИИФ с 1998 по 2006 гг. малоинвазивным хирургическим вмешательствам подвергнуты 38 больных со спастическим МП. В 1-ю группу вошли 27 пациентов, которым выполнена гидродилатация МП. Вторую группу составили 11 больных, которым после гидродилатации с помощью цисторезектоскопа, оснащенного «клювовидным» электродом, произведено продольное рассечение стенки МП в сагиттальной плоскости без вовлечения его шейки. Эффективность лечения оценивали через 1 месяц по динамике суточного ритма спонтанных мочеиспусканий, балла симптомов нижних мочевых путей по шкале IPSS, индекса качества жизни QOL, данных уродинамических исследований (ретроградной и микционной цистометрии).

При уродинамическом исследовании у 35 (92,1%) пациентов зарегистрирована детрузорная гиперактивность, у 3 (7,9%) — снижение растяжимости (комплаентности) стенки МП. Динамика изучаемых показателей отражена в таблице.

Функциональная емкость МП в 1-й группе возросла почти в 2 раза, во 2-й группе — более чем в 4 раза. Количество дневных мочеиспусканий снизилось в 2,0 и 2,6 раз соответственно. Балл IPSS в 1-й группе снизился в 2,3 раза, а индекс качества жизни (QOL) — в 4,2 против 2,9 и 3,9 во 2-й группе. Перфорации пузырной стенки имели место у 2 больных второй группы, однако они не сопровождались экстравазацией мочи и

Динамика уродинамических показателей, IPSS, QOL у больных после гидродилатации МП и эндоскопической дотрузоротомии.

Изучаемые параметры	1 группа		2 группа (n=11)	
	До вмеша- тельства (n = 27)	После вме- шательства (n = 27)	До вмеша- тельства (n = 11)	После вме- шательства (n = 9)
Функциональная емкость МП, мл	115,6±34,1	200,7±49,9*	49,5±24,1	220,4±90,5*
Частота мочеиспусканий днем	17,5±5,6	8,7±2,6*	23,5±7,8	9,1±3,5*
Частота мочеиспусканий ночью	5,7±1,6	2,7±1,3*	9,1±5,0	4,5±3,9**
Балл IPSS	19,3±1,25	8,5±2,5*	20,4±1,3	7,1±1,6*
Индекс QOL	5,5±0,5	1,3±0,8*	5,9±0,2	1,5±0,7*

Примечание: * — $p < 0,001$, ** — $p < 0,05$

хорошо заживали на дренированном МП в течение 5–7 дней. Отдаленные результаты в сроки от 6 до 12 месяцев изучены только у 2 пациентов: отмечена нормализация суточного ритма мочеиспускания, норморефлекторный тип цистометрической кривой.

Таким образом, трансуретральная дотрузоротомия является простым, малоинвазивным методом денервации МП и может применяться при его гиперактивности, спастичности туберкулезной этиологии, когда медикаментозная, в том числе нейротропная терапия и гидрорастяжение не дают эффекта. Хорошая переносимость больными и отсутствие осложнений весьма обнадеживают, однако малочисленность данных об отдаленных результатах требует дальнейшего изучения метода.

Чрескожная пункционная нефростомия у больных туберкулезом почки и мочеточника

О. Н. Зубань, А. Н. Муравьев

Санкт-Петербург

Поражение мочеточника осложняет течение нефротуберкулеза в 10–60% случаев, приводя к гидронефрозу и гибели почки, несмотря на интенсивную полихимиотерапию. Выполнение ранних плановых вмешательств у больных туберкулезом большинство авторов связывает с риском диссеминации процесса. Появление современных эндовидеохирургических и пункционных технологий позволяет значительно снизить операционную травму. Однако сообщения о применении этих методов во фтизиоурологии являются единичными; не изучена возможность раннего отведения мочи с помощью чрескожной пункционной нефропиелостомии (ЧПНС) при гидроуретеронефрозе или гидронефрозе туберкулезной этиологии.

Цель исследования — изучение структуры оперативных вмешательств и роли ранней декомпрессии почки в лечении больных нефротуберкулезом.

Выполнена 41 (13,8%) органосохраняющая операция на почках (резекция почки, кавернотомия, кавернэктомия, чрескожная пункции каверны, иссечение посттуберкулезных кист). Произведено 67 реконструктивно-восстановительных операций на верхних мочевых путях (уретеролиз, уретеропиелонеоанастомоз, уретероуретеронеоанастомоз, уретероцистонеоанастомоз), что составило 22,4% случаев. В 41 (13,8%) случае пациенты подвергнуты вмешательствам по отведению мочи в связи с ретенционными изменениями верхних мочевых путей: открытых нефропиелостомий — 19, ЧПНС — 19, операций по внутреннему дренированию почки самоудерживающимся стентом — 3. В 30 случаях отведение мочи тем или иным способом носило временный характер и предвляло хирургическую коррекцию туберкулезных стриктур мочеточников. Только 11 больным по разным причинам нефростомический дренаж оставлен пожизненно.

Отдельную категорию составили 47 больных с сочетанным поражением туберкулезом почек и мочеточников (53 почки и мочеточника). В 17 (32,1%) случаях (1-я группа) выполнена ЧПНС в первые две недели госпитализации, в 36 (67,9%) раннее отведение мочи не выполнялось (2-я группа).

Пациентам 1-й группы удалось сохранить почку и выполнить реконструктивное вмешательство в 12 (70,6%) случаях, во 2-й группе — только в 10 (27,8%) случаях ($p < 0,001$). Неудовлетворительные результаты реконструктивных операций, потребовавшие хирургической коррекции осложнений, имели место только у 21,4% из нефростомированных больных и у 42,9% пациентов, которым отведение мочи не выполняли ($p < 0,001$).

Таким образом, в структуре хирургического лечения нефротуберкулеза ведущее место продолжают занимать органосохраняющие операции. Одним из путей снижения количества нефрэктомий при туберкулезе почки и мочеточника является раннее отведение мочи с помощью ЧПНС. При этом ранняя декомпрессия почки приводит к увеличению числа реконструктивно-восстановительных операций. Предварительное отведение мочи также существенно улучшает результаты реконструктивно-пластической хирургии при гидронефрозе и гидроуретеронефрозе туберкулезной этиологии.

Осложнения после органосохраняющих операций на почке по поводу почечноклеточного рака

А. П. Иванов, И. А. Тюзиков, И. В. Чернышов

Ярославль, Москва

Почечно-клеточный рак (ПКР) представляет сегодня достаточно актуальную проблему клинической онкоурологии, поскольку в общей структуре заболеваемости у мужчин он занимает пятое место после злокачественных новообразований кожи, легкого, желудка и предстательной железы. В структуре общей заболеваемости у женщин рак почки находится на шестом месте после новообразований молочной железы, кожи, желудка, щитовидной железы и ободочной кишки.

В последние десятилетия отмечается устойчивая тенденция к росту заболеваемости ПКР. Заболеваемость раком почки возросла на 38% с 1974 по 1990 гг. В России заболеваемость раком почки с 1996 по 2003 гг. увеличилась с 7,74 до 10,43 на 100 000 населения, то есть на 36%. Такой рост числа зарегистрированных случаев рака почки во многом связан с улучшением диагностики. Широкое внедрение УЗИ в повседневную практику в качестве скрининг-метода обнаружения опухолей почек привело к увеличению количества выявленных «асимптоматических» больных, для которых установление диагноза опухоли является неожиданностью.

В связи с тем, что в последнее время существенно возросло количество «малых» бессимптомных опухолей почки, постепенно меняется отношение к нефрэктомии как к основному виду оперативного вмешательства при опухолях почки. В последнее десятилетие существенно увеличилось количество органосохраняющих операций. Статистические данные свидетельствуют о том, что отдаленные результаты резекции почки не хуже результатов радикальной нефрэктомии.

Мы провели ретроспективный анализ ближайших и отдаленных результатов консервативной хирургии ПКР у 53 больных, оперированных в клинике урологии ЯГМА за последние годы (табл. 1). Средний возраст оперированных больных составил 56,8 лет. Среди больных преобладали мужчины (55% общего числа больных), при этом их возраст колебался от 43 до 73 лет (в среднем 58,3 лет). Женщины составили 45% больных, их возраст был от 24 до 73 лет (в среднем 54,9 года).

Как видно из приведенных данных, в общей структуре оперативной помощи больным ПКР преобладают различные модификации (клиновидная, фронтальная) резекции почки. В раннем послеоперационном периоде значительных кровотечений из оперированной почки, которые требовали бы выполнения релюботомии и ревизии почки, не наблюдалось ни в одном случае.

Таблица 1

Общая характеристика выполненных операций по поводу ПКР

Характер оперативного пособия	Число больных	
	абс.	%
Энуклеация опухоли	12	22,6
Энуклеорезекция почки	8	15,1
Резекция полюса почки	32	60,4
Комбинированные операции	1	1,9
Всего	53	100,0

У одной пациентки 61 года (1,9% от общего числа оперированных больных) после резекции нижнего полюса левой почки по поводу светлоклеточной аденокарциномы в раннем послеоперационном периоде диагностированы острый послеоперационный пиелонефрит, паранефрит слева (мочевой затек из чашечки почки), которые за 14 дней были купированы путем внутреннего стентирования левой почки на фоне мощной антибактериальной терапии, что позволило избежать повторного хирургического вмешательства. Еще у одной пациентки, 64 лет (1,9%), также после резекции нижнего полюса левой почки по поводу аденокарциномы в раннем послеоперационном периоде выявлена паранефральная гематома, которая ликвидирована в результате консервативных мероприятий. У одного пациента (1,9%) через 1,5 месяца после резекции нижнего полюса почки с ушиванием ПГА сформировался интермиттирующий наружный мочевой свищ, который в настоящее время лечится консервативно. Таким образом, ранние послеоперационные осложнения, наблюдавшиеся нами у 3 (5,7%) оперированных больных, были обусловлены главным образом инфекционно-воспалительными, а не геморрагическими факторами.

Летальность в раннем послеоперационном периоде составила 1,9%. Умер пациент 57 лет, перенесший резекцию нижнего полюса почки (светлоклеточный рак G1), выполненную на фоне прогрессирующего гломерулонефрита и терминальной ХПН, необратимая декомпенсация которой наступила в результате гнойно-воспалительных осложнений со стороны раны.

Поздние осложнения органосохраняющей хирургии ПКР мы отмечаем в двух клинических вариантах. Во-первых, это местный рецидив опухоли в зоне резекции почки. Мы наблюдали 2 пациентов (3,8%) с рецидивом рака почки в зоне энуклеорезекции через 1,5 и 2,5 года, которым потребовалось выполнение нефрэктомии, поскольку анатомо-функциональное состояние контрлатеральной почки позволяло это сделать.

В обоих случаях речь шла об опухоли среднего сегмента почки и верифицированным диагнозом ПКР. Наконец, к отдаленным осложнениям консервативной хирургии рака почки мы отнесли и один случай (1,9%) прогрессирующего в течение 8 лет после клиновидной резекции среднего сегмента почки нефросклероза оперированной почки с почти полной потерей ее функции по данным радиоизотопных методов исследования (табл. 2).

Таблица 2

**Структура ранних и поздних осложнений
после органосохраняющих операций на почке**

Осложнения	Число больных	
	абс.	%
Ранние:		
кровотечения	—	—
гнойно-воспалительные	1	1,9
свищи	1	1,9
паранефральная гематома	1	1,9
Всего	3	5,7
Поздние и отдаленные:		
местный рецидив опухоли	2	3,8
прогрессирующий нефросклероз оперированной почки	1	1,9
Всего	3	5,7
Летальность	1	1,9

Таким образом, анализ осложнений органосохраняющей хирургии рака почки свидетельствует о возможности прогнозирования и профилактики многих из них путем тщательного отбора больных на органосохраняющие оперативные вмешательства при ПКР, более тщательного изучения результатов дооперационных дополнительных методов исследования, а также, несомненно, улучшения хирургической техники.

По клинко-лабораторным данным и результатам динамической нефросцинтиграфии, полученным в послеоперационном периоде, транзиторное снижение функции оперированной почки отмечалось у многих пациентов после органосохраняющего пособия, но после обширной резекции почки или резекции среднего сегмента эти нарушения наблюдались чаще и носили более выраженный и длительный характер.

Опыт хирургического лечения варикоцеле методом лапароскопического иссечения внутренней семенной вены

М. Ю. Лазарев, М. Н. Коткина, И. В. Плуталов, О. В. Абаимов

Новосибирск

Цель работы — оценить преимущества хирургического лечения варикоцеле методом лапароскопического иссечения внутренней семенной вены перед традиционными методами хирургического лечения.

Начиная с 05.08.2002 по настоящее время на базе урологического отделения МКБСМП № 2 нами было прооперированно 326 пациентов с диагнозом «варикоцеле слева», средний возраст составил 19 лет. 302 из них (1-я группа) было выполнено лапароскопическое иссечение внутренней семенной вены слева, у остальных 24 (2-я группа) — традиционная операция Иванисевича слева. Для выполнения лапароскопического вмешательства в брюшную полость вводили три троакара. После ревизии органов брюшной полости на 3–5 см выше внутреннего пахового кольца диссектором захватывали брюшину и рассекали над семенной веной. Тупо и остро с применением диссектора отделяли яичковую вену от артерий и окружающих тканей. Количество выявленных вен варьировало от 1 до 5. После мобилизации венозные стволы на протяжении 2 см клипировали двумя клипсами и между ними иссекали. Продолжительность операции составляет от 10 до 25 минут.

В 1-й группе пациентов среднее время нахождения в стационаре после проведения оперативного лечения составило 1,7 койко-дня, во 2-й группе — 5,9 койко-дня. В первый месяц варикоцеле исчезло у 99,3% пациентов. Число послеоперационных осложнений составило 0% во второй группе и 0,33% в первой группе (у 1 больного в позднем послеоперационном периоде было отмечено развитие водянки оболочек левого яичка).

Таким образом, из всех операций при варикоцеле, направленных на пересечение внутренней яичковой вены, эндоскопическая является оптимальной. Она наименее травматична для пациента, а благодаря тому, что яичковую вену легко можно осмотреть на всем протяжении, частота рецидивов при этом вмешательстве не превышает 2%. Кроме того, эндоскопическая операция является единственной операцией, при которой возможно одномоментное лечение двустороннего варикоцеле. При всех других методах для этого требуется отдельная операция для каждой стороны. Кроме того, эндоскопическая операция — оптимальный способ лечения рецидивов варикоцеле. Это связано с возможностью осмотреть в ходе операции яичковую вену практически на всем ее протяжении. Применение нами лапароскопического иссечения внутренней семенной вены по поводу варикоцеле позволило нам значительно уменьшить время пре-

бывания больного в стационаре, сократить длительность оперативного вмешательства, минимизировать количество послеоперационных осложнений, уменьшить расход перевязочного материала в послеоперационном периоде.

Контактная электроимпульсная литотрипсия с применением аппарата «Уролит-105М» в лечении уролитиаза

А. В. Казаченко, Н. К. Дзеранов

Москва

Широкое внедрение в урологическую практику эндоскопических трансуретральных и перкутанных способов удаления камней создало предпосылки для поиска новых или совершенствования уже имеющихся методов их разрушения. В последние годы разработан и внедрен в клиническую практику контактный электроимпульсный (ЭИ) литотриптер «Уролит-105М». Принцип ЭИ-литотрипсии основан на преобразовании энергии накопителя в механическую работу разрушения, которая происходит непосредственно в твердом материале (камне), что позволяет значительно снизить энергию импульса. Как показал опыт клинического применения, для разрушения камня достаточно энергии импульса 0,2–0,5 Дж при доступном диапазоне 0,05–0,7 Дж (для сравнения: при электрогидравлической литотрипсии требуется энергия более 1,0 Дж). Тем самым при использовании ЭИ-литотрипсии снижается количество суммарной энергии, необходимой для разрушения камня, в 1,5–2,0 раза сокращаются сроки самого дробления, а значит, и продолжительность эндоскопического вмешательства, что значительно снижает риск развития послеоперационных осложнений (острого пиелонефрита, острого простатита и др.).

Одним из преимуществ данного литотриптора является возможность выбора различных типов гибких электродов (зондов) как для трансуретральных, так и для перкутанных вмешательств у взрослых и детей в зависимости от имеющегося в клинике эндоскопического оборудования (диаметр от 1,9 до 6,0 Ch; длина от 450 до 1 300 мм).

Нами проведено оперативное лечение (контактная ЭИ-литотрипсия) у 28 пациентов в возрасте от 20 до 63 лет, страдающих уролитиазом и имеющих камни различной локализации (чашечно-лоханочная система, мочеточник, мочевого пузыря), размеров (от 0,6 до 2,5 см) и химического состава (87% — оксалат кальция, моно- и дигидрат; 9% — соли мочевой кислоты). Обязательным условием проведения ЭИ-литотрипсии и ее эффективности является четкая эндоскопическая визуализация камня (или его фрагментов) с установкой электрода в его центральную часть, что значительно повышает эффективность дробления и снижает степень

травматизации уротелия. При этом лучшие результаты разрушения достигаются при использовании серий, состоящих из 2–3 импульсов с частотой 2–3 Гц. Визуально нами ни в одном случае не было выявлено травматического повреждения мочевых путей, связанного непосредственно с литотрипсией.

Таким образом, проведенное клиническое исследование продемонстрировало высокую эффективность ЭИ-литотрипсии при лечении мочевых камней различных размеров и локализации (чашечно-лоханочная система, мочеточник, мочевого пузыря), что, в свою очередь, позволяет расширить возможности эндоскопического лечения уролитиаза при различных клинических ситуациях.

Оптимальные методы лечения простых и осложненных кист почек

Ф. П. Капсаргин, А. Г. Бережной, В. Ю. Бургарт

Красноярск

Кистозные аномалии почек — одна из наиболее распространенных форм поражения почечной структуры, характеризующаяся наличием одной или нескольких изолированных полостей, наполненных различного рода содержимым. Доля пациентов с кистами почек среди больных урологического профиля составляет 1–3%. На сегодняшний день единого подхода к лечению кист почек нет. Существует несколько видов оперативных вмешательств при кистах почек: открытое иссечение кисты, чрескожная пункционная аспирация ее содержимого, лапароскопическая и люмбоскопическая фенестрация кисты, ретроперитонеоскопическое иссечение кисты из мини-доступа, рентгенэндоскопическая марсупиализация кисты. Современная тенденция лечения заключается в использовании малотравматичных инвазивных вмешательств, позволяющих значительно сократить сроки пребывания больных в стационаре.

Цель исследования — оценить эффективность различных методов оперативной помощи больным, страдающим кистами почек.

В урологическом отделении Дорожной больницы на ст. Красноярск за 2006 г. проведено оперативное лечение 25 человек в возрасте от 22 до 73 лет, страдающих кистами почек. Были использованы следующие методы оперативного лечения. Перкутанная пункция с последующим склерозированием (введение 70% спирта в полость кисты в объеме 50% от количества содержимого) применена у 6 (24%) пациентов с кистами размером до 3–4 см. Необходимость оперативного вмешательства у этих больных обусловлена локализацией кист и их клиническими проявлениями: это паравицинальные кисты, а также кисты, осложненные нефрогенной гиперто-

нией. Перкутанная пункция с дренированием кист и последующей склеротерапией использована у 12 (48%) человек с диаметром кист 5–10 см.

Все операции выполнялись под УЗ- и рентгеновским контролем. В двух случаях оперативное вмешательство произведено с помощью лапароскопии, так как кисты располагались по передней поверхности почки. У 5 (20%) пациентов с размерами кист более 10 см был использован мини-доступ. Особенностью этой операции является разрез кожи в XI межреберье длиной не более 3–5 см с межмышечным доступом в забрюшинное пространство.

При применении перкутанной пункции кист с последующим склерозированием средний койко-день составил 2,1. У лиц, которым проводилось дренирование кист или лапароскопическое иссечение, средний койко-день составил 5,6. При использовании мини-доступа пациенты находились в стационаре в течение 7 дней. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационные осложнения развились у двух пациентов (8%). В одном случае после перкутанной пункции и дренирования кисты сформировалась гематома почки. Лечение осложнения заключалось в мини-люмботомии, эвакуации гематомы и дренировании забрюшинного пространства. Больной был выписан на 14-е сутки с выздоровлением. Во втором случае после перкутанной пункции кисты в первые сутки после операции наблюдалась макрогематурия, которую удалось купировать консервативной гемостатической терапией.

Следует согласиться с мнением многих авторов: не может быть единого подхода и метода лечения кист почек. Однако мы считаем, что в современной хирургии при лечении кист почек нет необходимости обязательно выполнять иссечение кист открытым люмботомическим доступом, который довольно травматичен для пациента и экономически невыгоден. Операцией выбора можно считать перкутанную пункцию и дренирование кист с последующей склеротерапией. При гигантских или рецидивных кистах почек следует отдавать предпочтение иссечению кист из мини-доступа или с помощью лапароскопии. Использование этих методов значительно снижает вероятность рецидивов.

Модифицированная техника коррекции ротационной деформации полового члена

Г. В. Коржавин, А. Д. Кравец

Уфа

Ротационная деформация полового члена относится к редкой патологии в урологической и андрологической практике. Встречаются врожденные формы ротационной деформации как проявление аномалий разви-

тия полового члена. Приобретенные формы ротационной деформации имеют место при фибропластической индукции полового члена, могут быть следствием разрыва белочной оболочки травматического генеза или оперативной коррекции пороков развития уретры (например, гипоспадии). В обстановке сексуальной раскрепощенности, повышения интереса к эстетической стороне сексуальности обращаемость пациентов с ротационными деформациями существенной возросла.

Существующие способы коррекции ротационной деформации полового члена предполагают выкраивание и иссечение эллипсовидных участков белочной оболочки после интраоперационной мануальной деротации и последующее ушивание краев дефекта. Недостатками подобных методик являются их сравнительная техническая сложность, а также необходимость иссечения участков белочной оболочки, что ввиду нарушения фиброзного остова полового члена может служить предпосылкой формирования в отдаленном периоде резидуальной деформации.

Нами предложен способ, позволяющий упростить технику оперативной коррекции ротационной деформации полового члена. Предлагаемый способ (патент на изобретение № 2243734) заключается в том, что после циркулярного разреза кожи в области венечной борозды и смещения ее к корню полового члена на фоне медикаментозной эрекции по латеральным поверхностям кавернозных тел симметрично с обеих сторон производят насечки длиной 15–20 мм под углом 45°, рассекая при этом только поверхностные слои белочной оболочки. Далее после мануальной деротации полового члена на края рассеченного слоя белочной оболочки в области насечки накладываются 2–3 шва из нерезорбирующего шовного материала. При смещении кавернозных тел на стороне деротации нижний край белочной оболочки смещается вверх и кпереди, верхний — вниз и кзади, а на контрлатеральной стороне нижний край смещается вниз и кпереди, а верхний — вверх и кзади. Для достижения максимального эффекта выкол иглы смещается на 3–4 мм в сторону, обратную направлению сдвига нижнего края относительно продольной оси насечки. После наложения швов на первую пару насечек измеряется угол достигнутой деротации (n). Необходимое количество насечек (K) можно рассчитать как частное от деления общей исходной ротации (N) на угол ротации после наложения швов на первую пару насечек по формуле $K = N/n$, где N и n — величины, выраженные в градусах.

В ходе операции выполняется тщательный гемостаз. После коррекции ротационной деформации кожные покровы смещаются в исходное положение, на кожу накладываются узловые кетгутовые швы, циркулярная спиртово-асептическая повязка. Целесообразно дренирование раны узким выпускником в течение 2–3 суток.

Опыт использования способа свидетельствует о возможности получения хороших эстетических результатов без значимого укорочения полового члена, что позволяет рекомендовать его для более широкого клинического применения.

Пути улучшения качества жизни пациентов с нефропиелостомой

Г. В. Коржавин, С. В. Безруков, А. Д. Кравец

Уфа

Одной из проблем стомированных урологических пациентов является надежное долговременное укрепление нефропиелостомического дренажа (НПСД). Этот фактор весьма значимо влияет на качество их жизни. Широко распространенная в клинической практике фиксация НПСД липким пластырем, как правило, сопровождается мацерацией и даже приводит к ожогу кожных покровов в области стомы. Укрепление НПСД с помощью лигатур также имеет недостатки: швы нередко прорезываются, пациенты при этом испытывают боль, дискомфорт. Кроме того, эти способы не всегда гарантируют достаточно надежную фиксацию дренажа, возникающие смещения и отхождения стомы требуют ее восстановления, что является достаточно трудной и ответственной манипуляцией.

Для повышения надежности и упрощения фиксации НПСД нами предлагается использование удерживающей дренаж цанги. Устройство состоит из двух деталей: фиксирующего кольца (собственно цанги) и гайки. В цанге имеется выступ с резьбой для гайки и отверстием в центре для проведения НПСД, на выступе цанги расположены четыре продольных паза, благодаря чему его поперечное сечение приобретает крестообразную форму. Цанга прикрепляется к мягкому поясу швами, для чего на фиксирующем кольце имеется четыре отверстия. В цангу через центральное отверстие вводится дренажная трубка соответствующего диаметра. На выступ цанги навинчивается гайка, имеющая коническое сужение, чем достигается фиксация дренажной трубки непосредственно в цанге. Фиксация НПСД с помощью предлагаемого устройства отличается атрауматичностью, позволяет надежно укрепить стому и предотвратить ее отхождение и выпадение.

Этот способ в повседневной практике применяется на протяжении более пяти лет у более чем 25 амбулаторных урологических пациентов с положительным результатом.

Опыт органосохраняющих операций у больных с почечноклеточным раком по материалам работы онкоурологического отделения 1-й МКБ г. Новосибирска

И. С. Кунин, А. М. Шкурин, А. М. Горицкий, В. Н. Бессонов, С. В. Ярмошук, А. Ю. Юрочкин

Новосибирск

Рак почки занимает 10-е место по частоте среди всех злокачественных новообразований. С 1992 по 2002 гг. заболеваемость раком почки в Российской Федерации увеличилась более чем в полтора раза. В структуре смертности населения России от онкологических заболеваний рак почки у мужчин составляет 2,7%, а у женщин — 2,1%. Почечноклеточный рак является химио-, радио- и гормонорезистентной опухолью, в связи с чем основным методом его лечения на сегодняшний день является хирургический. Стадия опухолевого процесса, отражающая анатомическую распространенность новообразования, является наиболее значимым фактором прогноза. Появление таких современных неинвазивных методов диагностики, как УЗ-исследование, рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, привело к увеличению частоты выявления ранних стадий заболевания.

На сегодняшний день методом выбора в лечении локализованных форм рака почки остается радикальная нефрэктомия, однако все большее распространение получает концепция органосберегающего лечения.

Нами проанализирован опыт проведения резекций почки при почечноклеточном раке по результатам работы отделения онкоурологии 1-й МКБ г. Новосибирска за период с 2000 по 2005 гг.

Показания к резекции почки при опухолях подразделялись на абсолютные (опухоль функционально единственной почки) и относительные — пациенты с предполагаемой продолжительностью жизни более 10 лет, преимущественно экстраренальная локализация новообразования размерами до 3,0–5,0 см, расположение новообразования в одном из полюсов почки, снижение функции контралатеральной почки (МКБ, сахарный диабет, хронический пиелонефрит, нефросклероз). Общими хирургическими принципами резекции почки служили: контроль почечных сосудов, минимальное время ишемии, герметичное ушивание вскрытой собирательной системы почки, тщательный гемостаз и укрывание дефекта почечной паренхимы мышечно-фасциальным, жировым либо брюшинным лоскутом. Обязательным условием служит контроль хирургического края резекции. Оперативный доступ — передний косопоперечный трансперитонеальный (типа Шеврон) либо поясничный внебрюшинный. При выполнении резекции почка мобилизовалась внутри фасции Герота, и толь-

ко участок жировой клетчатки, прилежащий к опухоли, оставался нетронутым и удалялся вместе с новообразованием.

За указанный период (2000–2005 гг.) в нашем отделении проведено 19 резекций почки по поводу новообразований. Среди больных было 9 женщин и 10 мужчин, их возраст колебался от 41 до 75 лет (в среднем 57,2 года). Средний койко-день составил 24, в том числе послеоперационный — 16. Чаще регистрировалось поражение левой почки (13 пациентов), опухоли правой почки были отмечены у 6 пациентов. Время операции колебалось от 1 часа 10 минут до 2 часов 35 минут и в среднем составляло около 1,5 часа. Кровопотеря в большинстве случаев оценивалась как незначительная и лишь в одном случае составила более 500 мл. Время тепловой ишемии почки при пережатии почечных сосудов колебалось от 5 до 15 минут и в среднем составило 9,5 минут. Достоверной корреляции между временем операции, размерами и инвазивностью новообразования в почке не наблюдалось.

Из осложнений в послеоперационном периоде наиболее часто регистрировалась резорбтивная лихорадка: у 6 пациентов отмечались подъемы температуры тела до фебрильных цифр без какой-либо воспалительной картины (нормальное лейкоцитарное число, формула крови без изменений, лейкоцитурии нет). У одного пациента возникло форникальное кровотечение в просвет ЧЛС, потребовавшее нефрэктомии. Послеоперационный пиелонефрит, обострение хронического пиелонефрита, наблюдалось у одного пациента (по данным гемограммы — выраженный лейкоцитоз со сдвигом влево, лейкоцитурия); воспалительные явления купированы антибактериальной терапией. Положительный край резекции отмечен у одного пациента — проведена нефрэктомия после динамического наблюдения через 2 месяца.

За период диспансерного наблюдения онкоурологом пациентов с резекцией почки по поводу опухолевого процесса с 2000 г. рецидивов, прогрессирования опухолевого процесса не выявлено ни в одном случае. Явлений почечной недостаточности также не отмечалось.

Таким образом, аргументами в пользу выполнения органосберегающей операции является снижение риска развития ХПН и, как следствие, увеличение общей 5- и 10-летней выживаемости. Аргументами против являются отсутствие четкого анатомического сегментарного деления и вследствие этого — техническая сложность резекции, гемостаза, предпосылки к внутриорганный диссеминации опухоли, а также первичная мультицентричность опухолевого роста, достигающая, по данным патоморфологических исследований, 18%.

В этой связи приобретает актуальность вопрос о возможности проведения адьювантной терапии с целью улучшения отдаленных результа-

тов при применении органосберегающей тактики. На наш взгляд, наиболее оправдано в данном случае применение препаратов γ -рекомбинантного интерферона как наиболее эффективных в отношении почечноклеточного рака, малотоксичных, с возможностью удобного введения в амбулаторных условиях (шприц-ручки для самоинъекции). Однако оправданность такого подхода пока требует дальнейших исследований.

Новые технологии в реконструктивно-пластической хирургии полового члена

Д. Г. Курбатов, А. А. Еркович, Р. Т. Алиев, В. В. Мусохранов

Москва, Новосибирск, Барнаул, Калининград

В реконструктивной хирургии полового члена (ПЧ) для заместительной корпоропластики в настоящее время применяются различные методики оперативных вмешательств, объединенных одной целью — замещение раневого дефекта белочной оболочки «заплатой» из аутокани (большая подкожная вена, широкая фасция бедра, крайняя плоть), аллогенно-го (трупная твердая мозговая оболочка, бычий перикард, Аллодерм) или синтетического (Гортекс) материала.

Имеем опыт использования различных материалов для заместительной корпоропластики у 23 больных, пролеченных по поводу следующих заболеваний: болезнь Пейрони — 11, из них в сочетании с эректильной дисфункцией (ЭД) — 8; с врожденным искривлением ПЧ — 4, с ЭД на фоне малого ПЧ — 3; с малым ПЧ после пенэктомии — 1, с пенильной дисморфобией — 4 мужчин. Из них выполнили корпоропластику: крайней плотью — 2, бычьим перикардом — 3, трупной твердой мозговой оболочкой — 3, Тахокомбом — 3, биоколлагеном — 12.

По современным представлениям, из всего многообразия материалов, применяемых в современной реконструктивно-пластической хирургии белочной оболочки ПЧ, предпочтение следует отдавать биологическим материалам, обладающим свойством программируемой резорбции с замещением имплантата аутоканью. Этим требованиям полностью отвечают материалы из биологически активного коллагена.

В последнее время мы отдаем предпочтение новому отечественному имплантационному материалу «Коллост», представляющему собой биопластический коллагеновый имплантат. Коллаген уже давно применяется в хирургии, однако в «Коллосте» полностью сохранена трехспиральная структура и целостность волокон коллагена, что обеспечивает направленный рост фибробластов и регенерацию пораженных тканей. В результате имплантированная мембрана, постепенно рассасываясь в процессе заживления, формирует новый аутослой в месте раневого дефекта.

В ходе операций мембраной «Коллост» замещали как краевые дефекты белочной оболочки после иссечения бляшки, так и циркулярные дефекты после удлинения ПЧ. Пластичность мембраны позволяла легко ее моделировать по размерам и форме раневого дефекта с последующей фиксацией рассасывающимся шовным материалом. Различная плотность специально подготовленных мембран коллагена позволяла прогнозировать период их резорбции согласно клиническим задачам. Так, мы успешно использовали длительно рассасывающийся «Коллост» (3–6 мес.) у пациентов после иссечения бляшек, занимающих половину и более длины/полуокружности ПЧ, с целью обеспечения необходимой аксиальной ригидности органа. У больного после пенэктомии по поводу рака ПЧ выполнили «вставку» мембраны в циркулярный разрез белочной оболочки, обеспечив сохранность достигнутого растяжения в течение 6 мес., что способствовало замещению дефекта неокорпоральной тканью.

У больных после имплантации протезов и реального удлинения ПЧ с врожденным искривлением применяли менее плотный материал, реабсорбирующийся в течение 2–3 мес. Увеличение объема ПЧ выполняли специально адаптированными для этой цели коллагеновыми матрицами.

Во всех случаях цели операций были успешно достигнуты. Отдаленные результаты прослежены за период 1 мес. — 1 год. Каких-либо ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений в ходе использования данного имплантата мы не отметили. Однако для окончательного определения места и роли материала «Коллост» в реконструктивно-пластической хирургии белочной оболочки ПЧ требуется время и дальнейшее накопление клинического материала и опыта работы.

Результаты оперативного лечения стрессовой инконтиненции

С. М. Кустов, Ю. В. Савин, Н. И. Черепанов

Белово

В настоящее время одной из проблем урологии остается диагностика и лечение различных форм недержания мочи. По данным различных отечественных авторов, симптомы недержания мочи встречаются у 30–40% российских женщин старше 40 лет. В 40% случаев недержание имеет характер стрессового и проявляется при повышении внутрибрюшного давления, в 25% это ургентное недержание вследствие императивного позыва и в 25% случаев механизм инконтиненции смешанный.

Для лечения гиперактивного мочевого пузыря применяются консервативные методы. Из хирургических методик коррекции стрессовой инконтиненции бесспорное предпочтение в настоящее время отдается ма-

лоинвазивным вмешательствам с использованием свободно располагающихся синтетических петель. Чаще всего применяются петли из пролена. На сегодняшний день различными зарубежными фирмами предложен целый ряд стандартных одноразовых хирургических наборов, однако их относительная дороговизна, нежелание страховых медицинских компаний с должным вниманием относиться к этой проблеме, необходимость оказывать медицинскую помощь всем слоям населения вынуждают практических урологов использовать более дешевые материалы.

Целью исследования является анализ результатов хирургического лечения стрессовой инконтиненции с использованием как стандартных наборов TVT и TVT-O, так и менее дорогостоящей проленовой сетки, используемой для герниопластики. Выполнено 46 операций, в том числе с использованием TVT-10, TVT-O-2. В 34 случаях установлена проленовая сетка. Оперированы больные в возрасте от 39 до 66 лет, средний возраст составил 48 лет. Работающих пациенток 81%, пенсионерок — 19%. Средний индекс массы тела составил 31,9, с колебаниями от 21 до 42. В 6 случаях проведена коррекция опущения стенок влагалища, в том числе передняя кольпорафия у 5 пациенток и пластика заднего свода — у одной.

Эффект от проведенных операций оценивали на 2-е, 6-е сутки и через 6 месяцев. Критериями оценки считали отсутствие рецидива недержания мочи, симптомов гиперактивного мочевого пузыря, тазовых болей, удовлетворенность пациенток результатами лечения.

В группе пациенток, оперированных с использованием стандартных наборов, за период наблюдения осложнений не получено. Среди осложнений нам встретились перфорация мочевого пузыря у женщины, ранее дважды оперированной на органах малого таза. В этом случае сетка проведена повторно, больная выписана на 6-е сутки после операции. У 2 пациенток в ближайшем послеоперационном периоде развились явления функциональной инфравезикальной обструкции. В этих случаях операции дополнялись пластикой переднего либо заднего свода влагалища. Применение α -адреноблокатора (Омник-окас 4 мг) привело к восстановлению самостоятельного мочеиспускания.

На 2-е сутки послеоперационного периода у более чем 60% больных возникали явления гиперактивного мочевого пузыря, что проявлялось некоторым подтеканием мочи и учащением мочеиспускания. На 6-е сутки эти симптомы сохранялись лишь у 5% больных. Через 6 месяцев все оперированные пациентки были удовлетворены результатом лечения.

Таким образом, малоинвазивные методы хирургического лечения стрессовой инконтиненции нашли широкое применение. При использовании стандартных наборов риск осложнений минимален. Риск послеопера-

ционных осложнений связан с использованием менее дорогостоящих материалов и расширением объема операции. Отдаленные результаты требуют дальнейшего изучения.

Опыт применения ультразвуковой контактной литотрипсии и оптической литоэкстракции камней в нижней трети мочеточника на базе урологического отделения МУЗ НМКБСМП № 2

М. Ю. Лазарев, С. З. Емельянов

Новосибирск

Проблема мочекаменной болезни остается на сегодняшний день одной из ключевых в современной урологии. Это одно из наиболее частых урологических заболеваний, его доля по регионам России составляет в среднем 30–35%. Заболевание встречается в любом, но чаще в трудоспособном возрасте, что говорит о его социальной значимости и требует дальнейшего совершенствования способов хирургического лечения.

В нашей клинике для удаления камней нижней трети мочеточников с 2003 г. используется аппарат для ультразвуковой контактной литотрипсии фирмы «Karl Storz». Критерием отбора больных служило наличие камня нижней трети мочеточника, подтвержденное рентгенологически либо — в случае рентгеннегативных камней — по данным УЗИ.

За период с 2003 г. нами пролечены 117 больных в возрасте от 19 до 72 лет, наибольшую долю составили пациенты в возрасте от 25 до 53 лет. Размеры конкрементов варьировали от 0,6 до 1,5 см. Мы использовали ультразвуковую контактную литотрипсию и оптическую уретеролитоэкстракцию. Оптическая уретеролитоэкстракция применялась в 68% случаев; естественно, что размеры конкрементов в этих случаях составили до 0,6–0,7 см. При невозможности литоэкстракции выполнялось дробление конкремента и удаление фрагментов. В послеоперационном периоде дренирование полостной системы выполнялось мочеточниковым катетером, который оставляли на 1–3 суток.

В 4 случаях мы наблюдали конкременты мочеточника на фоне стриктуры его нижней трети, что препятствовало отхождению конкрементов. В этих случаях нами выполнялись уретеротомия, удаление конкремента и в послеоперационном периоде полостная система дренировалась катетером-стендом, оставляемым на более длительный срок.

Из осложнений нами отмечены три. Первое — стриктура нижней трети мочеточника, которая была разрешена оперативным путем (уретеро-неоцистоанастомозом). Второе — также стриктура нижней трети мочеточника; в этом случае были выполнены оптическая уретеротомия и стентирование мочеточника. Третье осложнение мы наблюдали в виде

острого гнойного пиелонефрита (карбункула) на стороне операции. Была назначена двухкомпонентная антибактериальная терапия в сочетании с внутриорганным электрофорезом. Острый гнойный пиелонефрит был разрешен консервативно.

Подводя итоги, можно сказать, что уретеролитотрипсия и литоэкстракция конкрементов нижней трети мочеточников остаются основным методом решения этой проблемы, особенно в урологическом отделении БСМП № 2.

Реабилитация пациентов с нарушением мочеиспускания после ортотопической кишечной (необладдер) деривации мочи

В. Р. Латыпов, Г. Ц. Дамбаев, А. Н. Вусик, Н. А. Хурсевич, Е. А. Усынин

Томск

Начало поиска идеальной техники для реконструкции мочевого тракта после цистэктомии (ЦЭ) относится к 1851 г., когда Simon впервые выполнил отведение мочи в кишечник у ребенка с экстрофией мочевого пузыря путем анастомозирования мочеточников с сигмовидной кишкой. Предложено много способов ортотопического отведения мочи, однако число поздних послеоперационных осложнений, по материалам различных авторов, достигает 11,6–32,0%, и осложнения, связанные с нарушением самостоятельного мочеиспускания, наиболее неблагоприятны.

Цель исследования — анализ причин развившихся нарушений мочеиспускания после ортотопической диверсии и варианты их оперативной коррекции. В исследовании принимали участие 94 пациента, которым по поводу различных поражений МП выполнены радикально-реконструктивные операции. У 36 (38,3%) пациентов в качестве способа деривации мочи выбраны варианты ортотопической заместительной реконструкции МП, 5 (13,9%) пациентам из этой группы из-за развившихся нарушений опорожнения МП реконструктивными путями ортотопическая диверсия переведена в гетеротопическую. В группе из 5 пациентов было 4 мужчины и одна женщина, возраст пациентов составил $59,2 \pm 8,7$ (48–69) лет. Все пациенты оперированы по поводу рака МП. В зависимости от тяжести состояния пациентов и характера развившихся осложнений на радикально-реконструктивном этапе лечение могло быть одноэтапным (одновременно радикальная ЦЭ и кишечная пластика) и многоэтапным (сначала радикальная ЦЭ и уретерокутанеостомия с нормализацией функций и систем организма, проведения адъювантного лечения, а затем кишечная пластика МП; патент № 2257856 от 10 августа 2005 г.). Сформированный мочевой резервуар у 3 пациентов был U-образной формы (патент № 2279254 от 10 июля 2006 г.) и у 2 пациентов — резервуар по Studer.

Показаниями к переводу ортотопической диверсии в гетеротопическую в 3 случаях явилась стриктура энтероцисто-уретрального анастомоза, у одной пациентки — энтероцисто-влагалищный свищ и еще у одного пациента — гиперсдержанность мочи. Три пациента до госпитализации прошли курс лечения по схеме органосохраняющего лечения. Пациент Б., 67 лет, из-за тяжелого мочепузырного кровотечения первым этапом подвергся радикальной ЦЭ и уретерокутанеостомии, однако следующий этап операции согласился выполнить только через 30,6 месяца, что, вероятно, и является причиной развития стриктуры энтероцисто-уретрального анастомоза. Еще у одного пациента развитие гиперсдержанности мочи явных причин не имело. По поводу нарушения мочеиспускания до выполнения реконструкции резервуара пациентам выполнено 12 оперативных вмешательств, из них 7 открытых и 5 эндоскопических. Время, прошедшее от момента кишечной пластики до формирования стомы с механизмом удержания, составило $20,4 \pm 15,1$ (7,1–46,0) месяцев. Реконструкция резервуара осуществлялась путем формирования удерживающего мочу механизма из различных отделов ЖКТ. Три раза выполнена разновидность операции Mitrofanoff (аппендикоцистостомии), которая применительно к кишечным резервуарам носит название операция Kiting. Один раз выполнена операция Yang–Monti и один раз — операция Benchekroun.

Таким образом, за время наблюдения за пациентами, которое составило $22,1 \pm 17,1$ месяца, осложнений, связанных с реконструкцией мочевого резервуара, не отмечено. Все пациенты континентны днем и ночью, самостоятельно меняют стомические катетеры. Емкость резервуара составила $399,0 \pm 108,7$ (285–530) мл.

Возможность выполнения двусторонней нефропексии

Д. В. Лобанов, А. Н. Буцких, В. Г. Аристархов, А. Г. Мартов

Рязань, Москва

Если проблеме симптоматического нефроптоза в литературе уделяется достаточное внимание, то вопрос двустороннего нефроптоза и способов его лечения изучен недостаточно. Некоторые клиницисты считают двусторонний нефроптоз проявлением спланхноптоза. Однако большинство авторов придерживается мнения, что заболевание может быть односторонним и двусторонним, а иногда и сочетаться с общим спланхноптозом. По мнению ряда авторов, патологическая подвижность почки с одной стороны влечет за собой подвижность и контралатеральной почки. В связи со сложностью проблемы двустороннего нефроптоза единого мнения в отношении тактики оперативного лечения пациентов нет.

Так, Д. П. Чухриенко, А. В. Люлько (1969) при двустороннем нефроптозе делают операцию только на почке, вызывающей больше беспокойства как у больного, так и у врача. Ряд урологов стараются придерживаться консервативной тактики у больных с двусторонним нефроптозом.

По нашему мнению, оперативному лечению подлежат пациенты с двусторонним нефроптозом, имеющие клинические проявления заболевания с обеих сторон, а также пациенты, у которых нефроптоз является проявлением спланхноптоза, в случае, если беспокойство пациента объективно связано с патологической подвижностью почек. Мы считаем, что при наличии объективно подтвержденного двустороннего нефроптоза показана двусторонняя одномоментная нефропексия. Вероятно, одной из причин недостаточной освещенности проблемы двустороннего нефроптоза и осторожного подхода к одномоментной двусторонней нефропексии является травматичность двусторонней люмботомии. С развитием лапароскопического доступа открываются новые возможности для лечения больных с двусторонним нефроптозом.

С 2003 г. мы выполнили 46 нефропексий, в том числе у 6 пациентов одномоментно с обеих сторон. У всех пациентов использовался трансперитонеальный лапароскопический доступ. Вмешательство выполнялось под интубационным наркозом, в положении больного лежа на боку, противоположном стороне операции; в случае двусторонней нефропексии операция сначала выполнялась с одной стороны, затем больного переворачивали на другой бок. Для доступа к почке мы использовали 4 лапаропорта. Почку фиксировали в полипропиленовой сетке, выполняя интракорпоральный шов, или использовали герниостеплер. Послеоперационный период у больных с двусторонней нефропексией протекал гладко, без существенных отличий от послеоперационного периода у больных с односторонней нефропексией. Продолжительность постельного режима составила трое суток. После операции больные быстро активизировались и могли быть выписаны на 7-е сутки после операции.

Таким образом, проблема нефроптоза, в том числе двустороннего, и способов его лечения остается актуальной в настоящее время. Оперативному лечению подлежат пациенты с клиническим проявлением двустороннего нефроптоза, а также пациенты, у которых нефроптоз является проявлением спланхноптоза, если беспокойство пациента объективно связано с патологической подвижностью почек. При наличии объективно подтвержденного двустороннего нефроптоза возможно выполнение одномоментной двусторонней нефропексии. Послеоперационный период у больных с двусторонней нефропексией протекает без существенных отличий от послеоперационного периода у больных с односторонней нефропексией.

Сравнение травматичности лапароскопического и мини-доступа

Д. В. Лобанов, Ю. Б. Кириллов, А. Г. Мартов

Рязань, Москва

В настоящее время в оперативной урологии активно применяется лапароскопический и мини-доступ. Оба доступа имеют меньшую, в сравнении с традиционным, травматичность. В настоящей работе сравнивается травматичность обоих доступов у пациентов с варикоцеле. Одна группа пациентов перенесла лапароскопическую резекцию семенной вены, вторая — операцию Иванисевича. Длина доступа при этой операции составляет 4–5 см, без пересечения мышц, что позволяет выбрать его в качестве модели мини-доступа.

Для определения травматичности доступов мы прибегли к помощи пациентов, перенесших подобные операции. Для этого мы разослали анкеты больным, оперированным в 2005 г. В первую группу вошли 20 пациентов, перенесших операцию Иванисевича, во вторую группу — 20 пациентов, перенесших лапароскопическую резекцию семенной вены. Анкета включала следующие вопросы и оцениваемые в баллах ответы.

Количество баллов	1	2	3	4	5
Применяли ли Вы обезболивающие после операции?	0 раз	1 раза	2 раза	3 раза	Более 3 раз
Какой силы были боли в 1-е сутки после операции?	Еле заметные	Слабые	Умеренные	Сильные	Нестерпимые
Какой силы были боли на 2-е сутки после операции?	Еле заметные	Слабые	Умеренные	Сильные	Нестерпимые
Сколько времени были ощутимы боли после операции?	1 неделю	2 недели	3 недели	4 недели	5 недель
Спустя какое время Вы вернулись к привычному образу жизни (включая полноценные физические нагрузки)?	1 неделю	2 недели	3 недели	4 недели	5 недель
Согласились ли бы Вы на подобную операцию зная, что Вам предстоит перенести?	Да	Да, но с большим нежеланием	Сомневаюсь		Нет

Получив ответы, мы вычислили среднее арифметическое и результаты внесли в таблицу.

Операция	Иванисевича	Лапароскопическая резекция
Применяли ли Вы обезболивающие после операции?	1,9	1,4
Какой силы были боли в 1-е сутки после операции?	3,1	2,2
Какой силы были боли на 2-е сутки после операции?	2,4	1,6

Операция	Иванис-севича	Лапароскопиче-ская резекция
Сколько времени были ощутимые боли после операции?	1,7	1,8
Спустя какое время Вы вернулись к привычному образу жизни (включая полноценные физические нагрузки)?	3,2	3,0
Согласились ли бы Вы на подобную операцию зная, что Вам предстоит перенести?	2,2	1,3

Таким образом, ближайший послеоперационный период у больных, перенесших лапароскопическую операцию, протекает более комфортно и дает меньше болевых ощущений. В отдаленном послеоперационном периоде восстановление после операционной травмы происходит примерно одинаково и больные после лапароскопической и открытой операции восстанавливают активную жизнь в равные сроки. По общей совокупности ощущений больные после лапароскопической операции чаще остаются довольными, чем больные, перенесшие открытое вмешательство.

Дренирование чашечно-лоханочной системы при проведении пластики лоханочно-мочеточникового сегмента лапароскопическим доступом

Д. В. Лобанов, В. А. Ярцев, А. Г. Мартов

Рязань, Москва

В настоящее время существует около 50 вариантов пластики лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС), выполняемых при первичном гидронефрозе. Широкое применение нашли лишь некоторые из них. Однако, независимо от применения варианта пластики и метода доступа, остаются вопросы, касающиеся выбора дренирования мочевых путей. В разное время существовали диаметрально противоположные взгляды на данный вопрос — от обязательного наложения нефростомы с дополнительным интубированием уретеропиелоанастомоза до полного отказа от дренирования лоханки. Противники дренирования основываются на том, что постоянный дренаж травмирует мочевые пути, способствует присоединению вторичной инфекции. Сторонники дренирования указывают на существование в послеоперационном периоде «функциональной стриктуры» на месте вновь созданного лоханочно-мочеточникового соустья, что приводит к повышению внутрилоханочного давления и как следствие — к просачиванию мочи через анастомоз.

В настоящей работе мы представляем собственный клинический опыт лапароскопической пластики ЛМС. На настоящий момент оперированы 14 человек. За 7–8 суток до операции проводится пункционная неф-

ростомия под УЗИ-контролем с помощью стандартного одноразового набора инструментов. Проведение этой манипуляции помогает дополнительно уточнить функциональное состояние почки, правильно выставить показания к объему оперативного вмешательства. В случае получения удовлетворительных функциональных показателей предпочтение отдается органосохраняющей операции. В ряде случаев целью установки нефростомы являлось купирование явлений пиелонефрита, который был диагностирован нами у 6 больных. В двух случаях мы не накладывали пункционную нефростому до операции. Методом дренирования была избрана интраоперационная пиелостомия с использованием того же стандартного одноразового набора для пункционной нефростомии.

В наших наблюдениях дренаж активно функционировал с первого дня после операции. Подтекание мочи по страховому дренажу было незначительным (до 50 мл в сутки) и прекращалось к 2–3-м суткам послеоперационного периода. Нефростому начинали пережимать на 14-е сутки, постепенно увеличивая интервал пережатия с 2 до 24 часов, после чего дренаж удалялся. Нами не отмечено таких осложнений раннего послеоперационного периода, как обострение пиелонефрита, присоединение вторичной инфекции, формирование мочевого свища. Разницы в послеоперационном периоде у больных с дооперационной нефростомой и интраоперационной пиелостомой мы не отметили.

Наш опыт показал, что проведение предоперационной пункционной нефростомы либо интраоперационной пиелостомии является адекватным методом дренирования при проведении лапароскопической пластики ЛМС. Дооперационное дренирование почки показано для уточнения функциональной активности почки или с целью купирования атаки пиелонефрита.

Согласованная терминология — критерий объективной характеристики метода и результатов дистанционной ударно-волновой литотрипсии

Н. А. Лопаткин, Н. К. Дзеранов

Москва

Эффективность современных малоинвазивных методов удаления камней не вызывает разногласий, но выбор оптимального способа удаления различных камней остается предметом споров. Медицинская литература противоречива и часто допускает несоответствия из-за отсутствия единого мнения по поводу точного значения терминов, используемых для оценки и описания результатов лечения. Кроме того, неточные определения иногда используются для описания первоочередного метода лечения

(Tiselius H. G. et al. 2005). В эпоху, когда рентабельность и конечный результат являются предметом очень тщательного изучения, важно, чтобы результаты характеризовались точно, ясно и однозначно.

Несмотря на широкое внедрение ДЛТ в клиническую практику, до настоящего времени как между самими специалистами по ДЛТ, так и среди урологов (особенно поликлинических) нет единства в понимании особенностей проведенного лечения и оценке результатов дробления камней. Ни для кого не секрет, что практически в каждой выписке больного из стационара можно прочесть: «Больному проведен сеанс (два) ДЛТ с положительным эффектом». Однако эта информация мало о чем может сказать даже высококвалифицированному специалисту. Вот почему нам необходимо выработать единые критерии, которые представляли бы полную картину проведенного лечения.

ДЛТ как монолитотрипсия. Термин «ДЛТ» должен использоваться только при лечении, не требующем проведения никаких дополнительных процедур — *дистанционная монолитотрипсия*. Если, например, в качестве дополнительной процедуры был установлен стент, должно быть написано «установка стента + ДЛТ», так же, как указываются все остальные дополнительные процедуры, такие как предварительная катетеризация, чрескожная пункционная нефростомия.

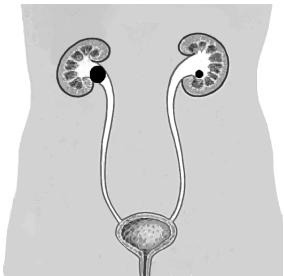
Сеанс ДЛТ определен как период, в течение которого выполняется литотрипсия и окончанием которого является момент, когда пациент снимается с аппарата. Заключение должно содержать информацию о виде наркоза, положении больного на литотрипторе, максимальном количестве ударных волн, полученных за каждый сеанс, количестве высокоэнергетичных импульсов (100% энергии генератора) в сеансе, количестве импульсов, при котором началось разрушение камня. Могут проводиться многократные сеансы как курс лечения, и их продолжительность также должна быть указана, как и промежутки времени между сеансами.

Название операции (ДЛТ), по аналогии с открытой операцией, должно конкретизировать месторасположение камня, подвергнутого ДЛТ, а именно:

- дистанционная пиелолитотрипсия справа,
- дистанционная каликолитотрипсия (нижней чашечки) слева,
- дистанционная пиело-каликолитотрипсия,
- дистанционная уретеролитотрипсия в верхней трети и т. д.

Неудачи и результаты дробления. Должны быть зафиксированы случаи неудачного дробления и время, когда это произошло. К последним могут быть отнесены: технические неисправности аппарата, осложнения наркоза, плохая визуализация камня, выраженная дыхательная экскурсия, аэроколия и т. д.

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ

Операция № _____ « ____ » _____ 200__ г. Ф. И. О. б-го Иванов Иван Иванович Возраст 46 лет История болезни № 222 Отделение 3 урол. Дата поступления 05.05.06	
--	---

Клинический диагноз: двусторонний нефролитиаз. Первичный камень лоханки (2,0 см) функционально сохранной, неинфицированной правой почки. Резидуальный камень (0,4 см) нижней чашечки функционально нормальной левой почки.

Сторона дробления правая **Положение б-го** на спине

Вид наркоза внутривенный **Продолжительность операции** — 30 мин

Визуализация: рентгеновское наведение **Дозовая нагрузка** 14 мЗв

Ударноволновой импульс — электрогидравлический («Медалит»)

Суммарное количество импульсов 2 350

Низкоэнергетичных — 75% **Высокоэнергетичных** — 25%

Начало разрушения камня — 1 700 Полное разрушение камня — 2 200

Степень разрушения камня: крупнодисперсная фрагментация, мелко-дисперсная фрагментация, фрагментация отсутствует

Особенности сеанса ДЛТ: предварительная установка катетера (стента), плохая визуализация, выраженная дыхательная экскурсия, поломка литотриптора и др.

Интраоперационные осложнения: связанные с наркозом, петехии или кровоизлияния на коже в зоне входа ударных волн, выраженная макрогематурия и др.

Назначения:

Врач _____ Анестезиолог _____ м/с _____

При выполнении повторных сеансов (особенно на почке) необходимо указывать интервалы между сеансами, общее суммарное количество импульсов, а также суммарное количество высокоэнергетичных импульсов, суммарную рентгеновскую дозовую нагрузку и осложнения, наблюдавшиеся после каждого сеанса, и способы их ликвидации.

Завершение лечения — это отсутствие камней размерами более 2–3 мм в верхних мочевых путях, отсутствие нарушения уродинамики

по данным УЗИ или внутривенной урографии. Для подтверждения отсутствия конкрементов достаточно выполнить высококачественное исследование — УЗИ и абдоминальную рентгенографию.

Таким образом, информация о проведенном лечении должна быть максимально полной и достоверной, что позволит объективно интерпретировать качество и планировать последующее лечение и реабилитацию больного. Использование согласованной терминологии оптимизирует разработку протоколов ведения, критериев лицензирования, оценку результатов лечения и последующую реабилитацию пациентов в лечебно-профилактических учреждениях независимо от их формы собственности.

Оперативное лечение больных с коралловидным камнем в единственной почке

Н. А. Лопаткин, Э. К. Яненко

Москва

Оперативное лечение больных коралловидным нефролитиазом с внедрением новых технологий достигло значительных успехов. Совершенство рентгенологических, радиоизотопных, ультразвуковых методов исследования, компьютерная томография, доплерография позволили разработать классификацию лечения коралловидного нефролитиаза с учетом размера и конфигурации камня, нарушения функции почек: КН-1; КН-2; КН-3; КН-4. В стадии КН-1, КН-2, когда функция почек снижена соответственно до 0–20% и 20–50%, в настоящее время широко применяются перкутанная нефролитолапаксия (ПНЛ) и дистанционная литотрипсия (ДЛТ).

Показания к ПНЛ и ДЛТ больным с коралловидным камнем единственной почки определяют сугубо индивидуально. Если удаление коралловидного камня может потребовать дополнительного доступа или при ДЛТ планируется более 3 сеансов, от этих вмешательств следует отказаться. Опасность возникновения кровотечения или обострения хронического пиелонефрита в результате нарушения оттока мочи мелкими фрагментами конкремента следует считать показанием к открытому оперативному вмешательству вплоть до нефрэктомии.

Исходя из опыта предшественников и оценивая результаты лечения больных в нашей клинике, мы считаем, что показания к открытому оперативному лечению больных с коралловидным камнем единственной почки должны быть расширены. К абсолютным показаниям относятся гематурия, острый пиелонефрит. Относительные показания индивидуальны, ведущими среди них являются боль и нарушение функции почек.

Предоперационную подготовку необходимо проводить с учетом возраста, стадии коралловидного нефролитиаза, активности пиелонефрита.

В комплекс лечения больных с начальными признаками нарушения функции почек целесообразно включать витаминотерапию, антигистаминные и седативные препараты, при показаниях для улучшения осмотического диуреза — внутривенно 20% раствор глюкозы с инсулином. Антибактериальное лечение проводится с учетом чувствительности микрофлоры (посева мочи). При подготовке к операции целесообразно назначать пищу, содержащую достаточное количество углеводов, сливочное масло (100 г), свиное сало. Хороший эффект на фоне лечения ацидоза и гипернатриемии был получен при увеличении потребления продуктов, содержащих калий: абрикосов, персиков, грецких орехов. Для белкового катаболизма назначали анаболические гормоны, с целью восстановления кислотно-щелочного равновесия — щелочное питье, внутривенное вливание 5–2% раствора бикарбоната натрия, содовые клизмы.

Успех органосохраняющих операций во многом зависит от доступа к почке. Общеизвестными являются люмботомия по Федорову, операции с чрезбрюшным, трансторакальным, забрюшинно-диафрагмальным доступом. При высоком расположении почки люмботомия проводится с резекцией XII, при необходимости — XI ребра. Наиболее щадящей операцией является пиелолитотомия. Пиелонефрولитотомия проводится при пережатии почечной артерии. Небольшие нефротомии целесообразно производить в наиболее истонченной части почечной паренхимы непосредственно над камнем. Секционные нефротомии больным с коралловидным камнем в единственной почке противопоказаны, так как внедрение новых технологий дает урологу возможность удалить основной фрагмент камня из лоханки с последующим применением ПНЛ или ДЛТ. Операция всегда должна заканчиваться нефростомией.

Количество больных с коралловидным камнем единственной почки с интермиттирующей или терминальной стадией ХПН значительно уменьшилось. Длительное консервативное лечение больным с коралловидным камнем в единственной почке противопоказано. Только своевременное оперативное лечение этих тяжелых больных может предотвратить снижение функциональной способности почки и продлить их жизнь.

Позднее кровотечение из пунктированной кисты почки

А. В. Гудков, В. С. Бощенко

Томск

При проведении 68 перкутанных игнипунктур почек под УЗ-контролем в одном случае (1,5%) мы наблюдали кровотечение из пунктированной кисты. У больного П., 75 лет, с артериальной гипертензией до 170/100 мм рт. ст. и болевым симптомом в левой поясничной области бы-

ла диагностирована киста передней поверхности левой почки с экстраренальным ростом, диаметром 66 мм. Под местной анестезией под УЗ-контролем киста была пунктирована. Из нее эвакуирована полностью прозрачная желтоватая жидкость. Полость кисты промыта и введено 5 мл 96% раствора этанола. Игла извлечена. При УЗ-контроле киста не определялась. Операцию больной перенес хорошо, никаких болевых ощущений не испытывал. АД во время операции и после нее было стабильным — 120/80 мм рт. ст.

Через 5 часов после операции пациент стал отмечать нарастающую боль в области левой почки и левой половине живота. Подъемов АД не было. При УЗИ обнаружено тугое наполнение пунктированной кисты плюс излитие жидкости и затек в паранефральную клетчатку по передней поверхности почки. В динамике затек увеличивался и болевой симптом нарастал. Больному выполнена люмботомия. При ревизии обнаружена гематома паранефральной области и заполненная кровью и сгустками киста. Экстраренальная стенка кисты иссечена. На внутренней поверхности интраренальной стенки обнаружен кровоточащий сосуд, который был прошит и кровотечение остановлено. По расположению сосуда он не мог быть поврежден во время пункции, так как находился в совсем другой проекции. Это подтверждается и тем, что во время эвакуации кистозной жидкости и промывании кисты примеси крови не отмечалось.

Мы предполагаем, что причиной кровотечения мог явиться спонтанный разрыв стенки сосуда почки в результате ликвидации давления на нее напряженной капсулы кисты.

Лечение внутриорганных кист почек пункционным методом

О. Б. Лоран, Д. А. Мазуренко, И. И. Габдурахманов, И. В. Косова, Е. В. Берников
Москва

Пункционное лечение внутривисочечных кист, пункция которых сопряжена с пункцией паренхимы почки, большинство специалистов долгое время считали невозможным из-за опасности осложнений, хотя до сих пор никаких сравнительных исследований не проводилось. Целью настоящего исследования явилась оптимизация использования малоинвазивных технологий при лечении интрапаренхиматозных и внутрисисунных кист почек.

Ретроспективно были проанализированы данные 90 пациентов, поступивших с диагнозом кистозного поражения почек в период с января 2001 г. по январь 2006 г. Средний возраст всего контингента пациентов был равен $56,9 \pm 14,5$ лет (от 16 до 80), из них 45 человек с внутрисисун-

ной локализацией кисты составили первую группу и 45 человек с внепочечной локализацией — вторую.

Всем пациентам выполнены пункция и дренирование кист почек с последующим ежедневным введением раствора доксициклина (1–2 г). Длительность оперативного вмешательства в двух группах статистически не различалась. У 3 пациентов из первой группы после операции отмечено образование сгустка крови, заполнившего всю полость кисты, однако конверсии не потребовалось ни в одном из трех случаев (в последующем у этих пациентов рецидивов не отмечалось, что, вероятно, обусловлено склерозирующими свойствами крови). Случаев нагноения внутриорганных кист не было. Нами не было выявлено статистически значимого различия между группами по количеству инъекций склерозирующего вещества при различной локализации кист почек (в 1-й группе среднее количество инъекций — 7,1, во 2-й — 8,6). Был определен процент рецидивирования в первой и второй группах, который составил соответственно 7,78% и 8,89%; статистически значимых различий выявлено не было.

Следовательно, в группе пациентов с внутривнутрипочечными кистами не отмечено большого количества осложнений, а рецидивирование таких кист встречается даже несколько реже. Таким образом, проведенное нами сравнительное исследование показало возможность лечения внутриорганных кист почек пункционным методом.

Тактика оперативного лечения при ятрогенных повреждениях мочевых органов в акушерской и гинекологической практике

В. А. Маслов, М. В. Девятков, С. В. Маслов

Барнаул

Рассматриваемая проблема касается тактики оперативного лечения больных с ятрогенными повреждениями мочевых органов в акушерской и гинекологической практике, основанной на опыте работы отделения за последние три года. Актуальность темы состоит в том, что, как показывает опыт, несмотря на совершенствование техники выполнения оперативных пособий в гинекологии, количество больных с ятрогенными повреждениями мочевых органов остается стабильным и составляет в среднем 5% от оперированных женщин. Это в первую очередь связано с расширением показаний к сложным оперативным вмешательствам.

Целью данной работы является обоснование выбора тактики оперативного лечения данных больных на основании опыта работы отделения. Кроме того, на наш взгляд, имеются реальные возможности ранней диагностики указанных осложнений, независимо от клинических прояв-

лений, что дало бы шанс использовать менее травматичные оперативные вмешательства с положительным результатом.

В нашем отделении за последние три года пролечены восемь женщин с ятрогенными повреждениями мочевых путей, причиненными во время гинекологических операций. У пяти из них были наложены нефростомы. В последующем двум пациенткам потребовалось выполнение пластических операций на нижней трети мочеточника. Три пациентки при правильном ведении и контроле избежали этих сложных операций. У двух женщин была выполнена операция — релапаротомия с освобождением перевязанного мочеточника в ранние сроки, что позволило избежать наложения нефростомы. Причем у одной пациентки было допущено двустороннее повреждение мочеточников, что позволило диагностировать осложнение в ранние сроки из-за развившейся анурии. У одной пациентки успешная попытка освобождения перевязанного мочеточника была предпринята на восьмые сутки после его повреждения, уже на фоне наложенной нефростомы, что позволило удалить нефростому во время нахождения больной в урологическом отделении и выписать пациентку с выздоровлением, не прибегая к дополнительным вмешательствам.

Анализ описанных случаев показывает, что диагностика односторонних ятрогенных повреждений мочеточников, как правило, запаздывает из-за смазанности клинической картины на фоне назначения послеоперационного обезболивания. Тем не менее попытка освобождения перевязанного мочеточника с последующим адекватным дренированием почки, например катетером-стентом, позволяет рассчитывать на благоприятный результат даже в поздние сроки — 7–8 суток. Естественно, что чем раньше выполнена корригирующая операция, тем более вероятен хороший исход лечения.

На наш взгляд, предоперационная катетеризация мочеточников не всегда гарантирует профилактику их повреждений. В настоящее время ультразвуковые методы исследования доступны практически в каждом лечебном учреждении. Обязательное проведение ультразвукового исследования почек перед любой гинекологической операцией и в первые сутки после нее позволило бы диагностировать нарушение оттока мочи из почки, мочеточник которой был поврежден. Раннее выполнение вмешательства по освобождению поврежденного мочеточника позволяет избежать таких сложных операций, как наложение нефростомы и последующая пластика нижней трети мочеточника.

Таким образом, ультразвуковое исследование почек перед любой полостной гинекологической операцией и в первые сутки после нее должно стать обязательным, независимо от степени сложности вмешательства. Раннее выявление нарушения оттока мочи из одной или обеих по-

чек, возникшее после гинекологического вмешательства, должно навести на мысль о возможном ятрогенном повреждении мочеочника и заставить предпринять соответствующие действия.

Раннее вмешательство, направленное на освобождение мочеочника с последующим адекватным дренированием пострадавшей почки, дает возможность избежать сложных травматичных урологических операций.

Катетеризация мочеочников в предоперационном периоде не всегда технически возможна и не исключает повреждения мочеочников в ходе оперативного вмешательства.

Сравнительный анализ хирургических методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы

А. Ю. Нагибин, А. Н. Окулов

Йошкар-Ола

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) — одно из наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста. Современная лекарственная терапия (ингибиторы 5- α -редуктазы, α_1 -адреноблокаторы, препараты растительного происхождения) не привела к снижению количества оперативных вмешательств у больных с ДГПЖ. Единственным радикальным методом лечения остается хирургический: открытая аденомэктомия и трансуретральная резекция (ТУР).

Целью настоящей работы являлся сравнительный анализ основных показателей работы урологического стационара (число пролеченных, среднее пребывание, койко-день после операции, осложнения, летальность) по двум способам хирургического лечения ДГПЖ методом статистического подсчета в период с 1997 по 2006 гг.

За 10 лет проведено обследование и лечение 1 317 пациентам с ДГПЖ, что составляет 9,3% от всех пролеченных в урологическом стационаре (при этом установлен факт роста доли пациентов с ДГПЖ с 7,2% в 1997 г. до 10% в 2003–2006 гг.). Из них в 542 случаях (41,2%) назначена консервативная терапия или динамическое наблюдение, а 775 пациентам (58,8%) было проведено хирургическое лечение: 256 (33%) — открытая чреспузырная аденомэктомия; 371 (48%) — ТУР предстательной железы; 148 (19%) — эпизиостомия, из них 82 — как первый этап аденомэктомии.

Отмечен стабильный ежегодный удельный вес (23%) операций, выполняемых в связи с ДГПЖ, среди всех операций по поводу урологической патологии. Критериями выбора метода оперативного вмешательства являлись: размеры предстательной железы (менее или более 60 см³), возраст, соматическое состояние, наличие серьезных сопутствующих заболеваний. При этом ежегодное количество открытых чреспузырных аде-

номэктомий снизилось с 38 до 22, а число ТУР предстательной железы возросло с 12 до 47 в год. Уменьшились сроки среднего пребывания (на 8,4 дня) и послеоперационный койко-день (на 9,2) при ТУР в сравнении с открытой аденомэктомией, что обусловлено малым травматизмом, отсутствием лапаротомного доступа, малыми сроками реабилитации, меньшим количеством осложнений.

Основные сравниваемые показатели по открытой аденомэктомии и ТУР

Показатель	Открытая аденомэктомия	ТУР
Число пролеченных	256	371
Среднее пребывание в стационаре, дней	25,7	17,3
Средний койко-день после операции	21,2	12,0
Осложнения	27 (10,5%)	28 (7,5%)

Осложнения после открытой аденомэктомии: инфекционно-воспалительные — 20; массивные кровотечения — 3; мочевого перитонит — 1 (повреждение переходной складки брюшины); обструктивные осложнения — 3 (в 2 случаях потребовалась ТУР шейки мочевого пузыря); длительное существование мочепузырного свища (не учитывалось).

Осложнения после ТУР простаты: массивные интраоперационные и послеоперационные кровотечения — 9 (в 4 случаях возникла тампонада мочевого пузыря, купированная консервативно); «ТУР-синдром» — 1; инфекционно-воспалительные — 8; мочевого перитонит — 2 (вследствие перфорации шейки мочевого пузыря, экстренная лапаротомия, 1 летальный исход); обструктивные — 5 (не полностью резецированные участки аденоматозных узлов, повторная ТУР в течение 3 лет после операции); ожог уретры и кожи ягодичной области — 2 (неисправность аппаратуры); недержание мочи — 1.

Все интраоперационные осложнения, связанные с погрешностями в технике выполнения ТУРП, имели место в период освоения методики (первые 50 операций). После одномоментной аденомэктомии умерли 4 человека (3 — от тромбоэмболии легочной артерии, 1 — от острого инфаркта миокарда). После ТУР имел место 1 летальный исход (развитие перитонита вследствие перфорации шейки мочевого пузыря).

Таким образом, предпочтение следует отдавать эндоскопической операции — ТУР предстательной железы, экономически более выгодной для стационара, чем открытая аденомэктомия. В пользу ТУР свидетельствуют малая травматичность для пациента, более низкие показатели среднего пребывания в стационаре, продолжительности послеоперационного периода, числа осложнений и летальности.

Хирургическое лечение стрессового недержания мочи у женщин

Б. А. Неймарк, М. В. Ряполова, А. В. Мазырко, М. А. Мельник

Барнаул

Европейская и американская статистика показывает, что около 45% женщин в возрасте 40–60 лет отмечают симптомы непроизвольного выделения мочи. По данным Д. Ю. Пушкаря, распространенность симптомов недержания мочи у женщин Российской Федерации составляет 38,6%, при этом 40% приходится на стрессовое недержание. Эта категория больных подлежит оперативному лечению.

Основой патогенеза стрессового недержания мочи остается родовая травма с развитием дегенеративных изменений в нейромышечных элементах сфинктерного аппарата мочевого пузыря. Очевидна необходимость включения в комплексное обследование этих больных уродинамических методов с целью дифференциального диагноза с нейрогенными нарушениями микционного акта, когда операция не только не показана, но и вредна. Поэтому необходим выбор оптимального оперативного вмешательства.

Нами прооперированы 128 больных со стрессовым недержанием мочи, 89 из которых выполнена передняя кольпорафия с пластикой сфинктера мочевого пузыря, цистоуретропексия, 39 больным произведена ТВТ пластика. Возраст пациенток колебался от 25 до 80 лет, средний возраст составил 49 лет. Больных в постменопаузе было 56%. Длительность заболевания составила от 3 до 42 лет. Травматичные роды отмечали 58% больных, а 47% указывали на связь заболевания с перименопаузой. Обследование больных включало общеклинические анализы, гинекологический осмотр, УЗИ малого таза. Уродинамическое обследование состояло из урофлоуметрии и цистоманометрии для изучения функции детрузора и уретры и исключения их нестабильности.

У всех больных показанием к операции было стрессовое недержание мочи. Больным с опущением стенок влагалища проводилась передняя кольпорафия с пластикой сфинктера мочевого пузыря, цистоуретропексия, при необходимости — задняя кольпорафия с перинеолеваторопластикой. Больным без анатомических изменений проводилась пластика ТВТ. Длительность операции колебалась от 30 мин до 3 часов и зависела от выполняемого вмешательства. Сроки пребывания в стационаре составляли от 5 до 14 дней.

Используемый при всех типах операций (за исключением 1 случая ранения мочевого пузыря) катетер Фолея удаляли 2-е сутки послеоперационного периода, что предупреждало развитие восходящей инфекции и атонии мочевого пузыря.

При операциях отмечены осложнения: в одном случае — интраоперационная перфорация мочевого пузыря, устраненная во время операции и не повлекшая дальнейших последствий; у 15 женщин наблюдалось отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение 3–7 суток, что потребовало назначения стимулирующей терапии, с последующим восстановлением мочеиспускания. Отдаленные результаты изучены в сроки наблюдения до 7 лет. Рецидив стрессового недержания мочи отмечен у 5% больных.

Следовательно, лечение стрессового недержания мочи должно основываться на индивидуальном подборе методов хирургической коррекции с учетом обширности поражения тазовой диафрагмы, степени недержания мочи, возраста больных.

Сравнительная оценка эффективности лапароскопических и открытых оперативных доступов

С. Н. Нестеров, Б. В. Ханалиев, А. В. Бабыкин

Москва

В настоящее время количество эндовидеохирургических (лапароскопических) вмешательств в хирургии исчисляется десятками тысяч. Эти операции стали методом выбора в лечении целого ряда заболеваний органов брюшной полости и малого таза. В этой связи дальнейшая клиническая и патофизиологическая оценка этих операций, получивших название «мини-инвазивных», представляется необходимой. Основопологающие вопросы — показания и противопоказания, эффективность мини-инвазивных вмешательств, их место в современной хирургии, степень травмы, наносимой при этих операциях, — требуют проведения дальнейших клинических исследований и комплексной оценки.

В оперативном лечении урологических больных лапароскопические операции также получили широкое применение. В этой связи в оперативной урологии появилось новое направление, которое принято называть урологической лапароскопической хирургией. Это направление постепенно вытесняет многие операции, которые традиционно выполняются открытым путем. Мини-инвазивные методы в урологии не только привлекают врачей, но и пользуются большой популярностью у пациентов.

В клинике урологии НМХЦ им. Н. И. Пирогова проводится работа по сравнительному анализу лапароскопических и открытых оперативных доступов при операциях на верхних мочевых путях. В группы сравнения включены больные с заболеваниями органов мочевыделительной системы, требующими хирургического вмешательства. Составлены две группы больных: оперированные лапароскопически и открытым хирургическим

доступом, по 120 человек в каждой. Метод оперативного доступа определялся показаниями и общепринятой практикой. Группы отбирались по принципу примерной сопоставимости сложности предстоящей операции: например, лапароскопическая нефрэктомия и пиелолитотомия, радикальная нефрэктомия (при злокачественных новообразованиях T1–T2, без метастазов) и лапароскопическая нефрэктомия («сморщенная почка», первично гипоплазированная почка), лапароскопическая и открытая пластики гидронефроза, лапароскопическое и открытое иссечение и дренирование кист почек). Все больные до и после хирургического вмешательства подвергались не только стандартному обследованию, включающему комплекс диагностических лабораторных и инструментальных исследований, но и дополнительным исследованиям изменения гормонального фона и дыхательной системы для более объективной оценки травматичности проведенного оперативного вмешательства. Средний возраст пациентов — 19–57 лет. Пациенты с отягощенным соматическим статусом, хроническими обменными и системными заболеваниями исключались из групп для большей объективизации исследования.

На сегодняшний день полученные результаты свидетельствуют о том, что лапароскопические вмешательства менее травматичны для пациента, а значит, период послеоперационного восстановления короче, социально-трудовая реабилитация протекает быстрее. Материальные затраты при лапароскопических вмешательствах не очень высоки по сравнению с традиционной хирургией, поскольку, хотя техническое оборудование и обучение специалистов обходятся дороже, время госпитализации и количество дней временной нетрудоспособности меньше.

Являются перспективными дальнейшие исследования и углубленное изучение данной темы, с привлечением большего количества пациентов и с разделением их на подгруппы по конкретным нозологиям.

Значение эндоскопических вмешательств в лечении больных мочекаменной болезнью и возможные осложнения при этом

*А. Ю. Окладников, Г. А. Волкова, З. А. Павловская, А. В. Романенко,
А. В. Капкан, П. В. Говорушкин, Л. П. Трушкова*

Красноярск

За 3 года, по данным двух (120 коек) урологических отделений ГБ № 6 г. Красноярска, больные с МКБ составили в среднем 45% от общего числа пациентов, что определило нашу активность в развитии новых медицинских технологий.

1995 г. в ГБ № 6 в созданной эндоскопической операционной по показаниям проводим стентирования почек, бужирования и баллонные дила-

тации стриктур нижней трети мочеточников, чресфистульные эндоскопические литоэкстракции резидуальных камней, перкутанные литотрипсии, литолапаксии, ретро- и антеградные уретероскопии с литотрипсией и литоэкстракцией согласно установленной методике. Применение тубуса «Amplatz» обеспечило профилактику внутрилоханочной гипертензии, позволило максимально снизить травматичность операций и удалять фрагменты камня до 1,0–1,5 см в диаметре. Камень после визуализации либо удаляем целиком, либо подвергаем ультразвуковой трипсии или лапаксии, в зависимости от его размеров и структуры.

За 3 года выполнено 157 перкутанных вмешательств по поводу МКБ. Отмечено 1 осложнение – профузное почечное кровотечение у больной 68 лет, которое потребовало выполнения нефрэктомии. Причина – создание пункционного хода через ангиомиолипому почки, не диагностированную до операции. Ретроградную уретероскопию с литотрипсией и литоэкстракцией провели 273 больным с камнями мочеточников размером около 1 см и более, локализующихся ниже линии Килиана или несколько выше, без тенденции к самостоятельному отхождению. По визуализации камня его извлекали щипцами или после УЗ-трипсии удаляли фрагментарно. Операцию заканчивали контрольным осмотром и установкой в мочеточник 2 катетеров № 5 Chr. на 4–5 дней. Использовали инструменты фирмы «Карл Шторц». Перфорацию стенки мочеточника наблюдали в 3 случаях (1,09%) вследствие наличия грануляций в месте длительного стояния камня; острый гнойный пиелонефрит имел место в 2 случаях (0,7%), которые потребовали открытых операций.

При необходимости перехода к «открытому» оперативному лечению, которая редко, но все же возникает, в эндоскопической операционной имеется все необходимые для этого условия.

Эндоурологические методики, внедренные в нашей больнице, позволяют значительно оптимизировать оказание помощи больным с мочекаменной болезнью и сократить сроки их пребывания в стационаре.

Использование изотонического раствора мочевины при проведении ТУР аденомы простаты

А. Ю. Окладников, А. В., Капкан, Л. Н. Окладникова

Красноярск

С 1995 г. в городской клинической больнице № 6 для лечения пациентов с аденомой простаты применяется трансуретральная резекция. Всего произведено более 400 вмешательств. Операции выполняются с применением резектоскопа с постоянной ирригацией, диаметром тубуса 26 Ch. «R. Wolf» и генератором для высокочастотной хирургии «MARTIN- 200».

Оперативные вмешательства проводятся преимущественно под эпидуральной (спинальной) анестезией. Время операции, как правило, не превышает 60 мин. Давление ирригационной жидкости составляет 60–70 мм вод. ст. В качестве ирригационной жидкости используем 0,9% раствор мочевины. Для профилактики ТУР-синдрома применяется внутривенное введение 20 мг лазикса.

Цель настоящей работы заключалась в оценке безопасности и экономичности применения данной ирригационной среды. Проанализированы результаты лечения 20 больных. В комплекс общепринятого предоперационного обследования и послеоперационного мониторинга были включены:

- определение свободного гемоглобина (до операции, через 2 часа после операции и на следующие сутки)
- определение уровня мочевины и креатинина крови (до операции, через 2 часа после операции и на следующие сутки)
- определение концентрации ионов натрия в плазме крови (до операции, через 2 часа после операции и на следующие сутки)
- почасовой контроль АД после операции в первые сутки.

Данные перечисленных лабораторных исследований не выявили существенных отклонений в до- и послеоперационном периоде. Клинических проявлений ТУР-синдрома у этих пациентов также не отмечалось.

Следует отметить, что за все время применения в нашей клинике описанной методики наблюдалось 3 случая клинически невыраженного ТУР-синдрома, возникновение которого отмечалось в период освоения операции и, вероятно, было связано с тем, что время резекции превышало 60 мин. Все случаи этого осложнения были купированы в первые сутки и существенно не повлияли на конечный результат лечения.

Таким образом, изотонический 0,9% раствор мочевины вполне безопасно может применяться во время трансуретральных операций; применение раствора мочевины более экономично в сравнении с использованием раствора глюкозы или глицина, отсутствие эффекта «липкости» рук и инструмента создает более комфортные условия для работы.

Пути устранения обструктивной нефропатии у больных раком шейки матки

В. Ф. Онопко

Иркутск

Рак шейки матки (РШМ) является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний, приводящих к развитию осложнений со стороны мочевой системы и почек. Внедрение щадящих, органосохраняющих видов

лечения на ранних стадиях этого заболевания, применение комплексной и комбинированной терапии не привели к существенному снижению числа урологических осложнений, прежде всего таких, как обструкция мочеточников (стриктуры и облитерации). У 15–25% больных РШМ в опухолевый процесс прямо или косвенно вовлекаются мочеточники.

В клиническое исследование включены 76 больных РШМ в возрасте от 31 до 74 лет с обструкцией тазового отдела мочеточника и развитием гидроуретеронефроза. Обструкция правого мочеточника была у 29 пациенток, левого — у 33 и двусторонняя — у 14. Диагноз заболевания устанавливался в соответствии со стандартами обследования онкологических больных и включал цитологическую и гистологическую верификацию. Для выявления локализации обструкции, определения степени нарушения функции почек и осложнений были проведены ультразвуковое исследование почек и мочевого системы, обзорная и экскреторная урография, динамическая гамма-сцинтиграфия почек, уретероскопия, компьютерно-томографическое исследование.

Прогрессирование неизлеченной первичной опухоли РШМ вовлекает в опухолевый процесс мочеточник, чаще оба. Развивающаяся при этом специфическая инфильтрация мочеточников привела к формированию их стриктуры у 19 больных. Через три месяца от начала заболевания у всех этих больных определялась ХПН, у 6 — гидронефротическая трансформация терминальной стадии.

Интраоперационные повреждения были у 24 больных, среди них лигирование мочеточника — у 8, краевое его повреждение — у 9 и полное пересечение — у 7. Лучевые повреждения мочеточника при комбинированной терапии РШМ развились у 33 пациенток, из них у 21 отмечены транзиторные изменения (продолжительностью до 6 мес.) с гидроуретеронефрозом I–II степени и у 12 больных возникла постлучевая индукция, рубцовые стриктуры и облитерации мочеточников.

Радикальное лечение (открытые и эндоскопические вмешательства) проведено 26 больным (уретероуретеро- и уретерovesикоанастомозы, рассечение коротких стриктур), что позволило устранить у них обструкцию и восстановить функцию почек.

Паллиативные вмешательства у 28 больных служили промежуточным звеном в лечении обструкции мочеточника (6) либо носили симптоматический характер (22) и включали в себя нефростомию (открытую и пункционную), внутреннее стентирование и катетеризацию мочеточника.

Таким образом, повреждение тазового отдела мочеточника с его обструкцией при РШМ является следствием как прогрессирования заболевания, так и его лечения. При прогрессирующем течении заболевания основной целью лечения является восстановление оттока мочи из почки

путем нефростомии, стентирования или катетеризации мочеточника. Радикальные вмешательства возможны только тогда, когда прогноз по лечению РШМ благоприятен.

Выбор лечебной тактики при двустороннем пузырно-мочеточниковом рефлюксе у детей

А. Ю. Павлов, С. А. Маслов, Н. В. Поляков

Москва

Огромная значимость проблемы лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) обусловлена распространенностью заболевания (1 000 случаев на 100 тысяч населения), развитием таких грозных осложнений, как уросепсис, гипотрофия, нефропатия, хронический пиелонефрит, нефросклероз, хроническая почечная недостаточность и артериальная гипертензия. Инвалидизация детского населения вследствие этих осложнений обуславливает большое значение своевременной диагностики и лечения ПМР. Огромная роль в этом отводится профилактическому обследованию (диспансеризации) детей из так называемых групп риска развития ПМР — это дети с инфекцией мочевых путей, пороками мочевыделительной системы, с отягощенной наследственностью, иммунодефицитными состояниями.

За период с 2000 по 2005 гг. в детском отделении ФГУ НИИ урологии Росздрава находились более 120 детей с двусторонним ПМР. Возраст пациентов варьировал от 1,5 месяцев до 18 лет. Среди детей преобладали девочки — 77 человек (64%). Пик заболеваемости у мальчиков приходился на возраст 1–3 года, что свидетельствовало в пользу врожденной патологии. У девочек ПМР наиболее часто встречался в двух возрастных группах: 1–3 года (первичный ПМР) и 5–8 лет (вторичный ПМР). Наиболее частыми причинами развития ПМР у мальчиков явились аномалии устья мочеточника (75%), нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (НДМП) (17%), инфравезикальная обструкция (ИВО) (8%). Причинами развития ПМР у девочек стали инфекция мочевых путей (55%), аномалии устья мочеточника (30%), НДМП (20%), ИВО (5%). Такое деление носит условный характер, поскольку зачастую у одного пациента встречается сочетание 2 или более причин развития ПМР. Поэтому применение одного из способов лечения в моновиде нередко не приносит желаемого результата и требует подключения дополнительных ресурсов.

В алгоритме лечения мы применяли 3 основных способа ликвидации ПМР: терапевтический, эндоскопический и открытый оперативный. Консервативное лечение оказалось наиболее длительным и дорогостоящим методом. Оно включало антибактериальную и уросептическую терапию,

фармакотерапевтическое лечение функциональных нарушений мочеиспускания, физиотерапию, лечебную физкультуру, нередко — установку уретрального катетера или интермиттирующую катетеризацию, режим принудительных микций. Эндоскопическое лечение осуществлялось путем трансуретральной инъекции 7% коллагена в подслизистую устья мочеочника. Манипуляция требовала непродолжительного анестезиологического пособия, часто выполнялась в амбулаторных условиях (у детей старшего возраста). К открытому оперативному лечению прибегали при неэффективности двух вышеописанных методов или при противопоказаниях к ним. Мы выполняем уретероцистоанастомоз по экстравезикальной методике под ЭТН. Обязательным считаем послеоперационное дренирование мочеочника внутренним стентом (девочки) или интубирующей дренажной трубкой (мальчики). При трансформации верхних мочевых путей осуществляется косое продольное моделирование мочеочника (по Hendren—Hodson). При благоприятном течении послеоперационного периода больные выписываются на 8–10-е сутки. Среди осложнений открытых операций встречаются послеоперационное кровотечение (0,5%), обострение пиелонефрита (2%). Рецидива ПМР или обструктивных осложнений в зоне ПМС не наблюдали.

После анализа результатов различных способов лечения показаниями к консервативному лечению считаем I–III степень вторичного ПМР без рецидивирующих атак пиелонефрита и без дефицита секреторной функции ипсилатеральной почки, при условии положительной динамики воздействия на этиологический компонент заболевания. Показаниями к эндоскопическому лечению считаем I–III степень ПМР при рецидивирующем течении пиелонефрита или снижении секреторной функции ипсилатеральной почки. Отдельно следует отметить более низкую эффективность эндоскопического лечения при аномалиях устья мочеочника (удвоении ВМП, латеропозиции и выраженном зиянии устья). Эндоскопическое лечение не применяем также при рефлюксогенной ретенции ВМП или сочетании ПМР с обструктивным компонентом ПМС. Показаниями к выполнению уретероцистоанастомоза являются IV–V степень ПМР; ПМР при удвоении и уретероцеле, при парауретеральном дивертикуле и выраженном зиянии устья, неэффективности эндоскопического лечения. Эффективность консервативного лечения, эндоколлагенопластики и уретероцистоанастомоза составляет соответственно 40, 70 и 99%.

Таким образом, в нашей практике наибольшее применение находит эндоскопическое лечение благодаря его достаточно высокой эффективности и малоинвазивности, соответствию медико-экономическим требованиям. Наибольшей эффективностью обладает открытое оперативное ле-

чение, однако риск развития возможных хирургических и анестезиологических осложнений, длительный койко-день отводят методу второстепенное значение при неосложненных формах ПМР. Консервативное лечение требует наибольших экономических затрат, постоянного динамического наблюдения, не столь эффективно, однако является щадящим способом и поэтому находит применение у определенной группы больных, особенно у детей грудного возраста. Окончательный выбор способа ликвидации ПМР является строго индивидуальным.

Двусторонний экстравезикальный уретероцистоанастомоз при пузырно-мочеточниковом рефлюксе у мальчиков

А. Ю. Павлов, Н. В. Поляков, С. А. Маслов

Москва

Доля детей и подростков, страдающих пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР), составляет до 3,3%, доля двустороннего рефлюкса — до 50% всех случаев. При этом зачастую степень ПМР с разных сторон различна. Клиническое течение, патогенез и исход двустороннего ПМР имеют ряд особенностей, отличающих его от одностороннего заболевания, в связи с чем и лечебная тактика при одностороннем ПМР не может слепо экстраполироваться на двустороннее поражение. Среди причин развития ПМР у мальчиков основное место занимают пороки развития устьев мочеточников, что объясняет более низкую эффективность консервативной или эндоскопической терапии.

Наибольшей эффективностью при врожденном ПМР обладает оперативный способ коррекции, который применяется в 93–99% случаев. В России наиболее распространены операции Cohen и Politano—Leadbetter. Осложнения этих операций в большинстве случаев схожи: кровотечение, развитие стриктуры анастомоза, нарушение эвакуации мочи на уровне пузырно-мочеточникового соустья в результате ангуляции и как следствие — развитие ретенции верхних мочевых путей, рецидив пузырно-мочеточникового рефлюкса, послеоперационный цистит и пиелонефрит. Совершенствование методов оперативной коррекции ПМР имеет целью повышение эффективности лечения и уменьшение общего количества оперативных осложнений.

За период с 2002 по 2005 гг. в детском отделении НИИ урологии на лечении находились 26 мальчиков с двусторонним ПМР, которым выполнен одномоментный двусторонний уретероцистоанастомоз по экстравезикальной методике. Всего выполнено 54 уретероцистоанастомоза, в том числе при полном удвоении ВМП с двух сторон (одновременная реимплантация 4 мочеточников) — у одного мальчика.

Нами проанализированы этиология и активность ПМР, степень рефлюксации, секреторная функция почек, форма и расположение устья, эффективность операции и гистология пузырно-мочеточникового сегмента. Латеральная дистопия рефлюксирующего устья была выявлена в 38 наблюдениях (73%), типичное расположение (в пределах мочепузырного треугольника) — в 14 (27%). Реимплантация мочеточника проводилась при ПМР II степени в 4 случаях (5%), при ПМР III степени — в 28 (53,8%), при ПМР IV степени — в 12 (23%), при ПМР V степени — в 10 (19,2%). По форме 16 (31%) рефлюксирующих устьев были щелевидными, 24 (46%) — овальными, 8 (15%) имели форму лунки для гольфа и 4 (8%) были коническими. Наличие трансформации мочеточников требовало их моделирования (обуживания). С этой целью мы использовали косую продольную резекцию по Hendren—Hodson.

В послеоперационном периоде всем пациентам проводилась профилактическая антибиотикотерапия (цефотаксим) в течение 3–4 суток с последующим переходом на уросептическую терапию (фурагин).

Катамнестическое обследование пациентов проводилось спустя 6, 12 и 24 месяца. Максимальный срок наблюдения за больными составил 3 года. Сохранения или рецидива ПМР у данной группы детей не выявлено, таким образом, эффективность лечения составила 100%.

Из числа ранних осложнений у 4 пациентов (15%) развилась атака пиелонефрита, связанная с неадекватной функцией дренажных трубок, которая купирована консервативно. Кровотечений во время операции и в послеоперационном периоде не отмечалось. Развития стриктур анастомоза нами также не отмечено. Данные ДНСГ свидетельствовали о стабилизации (57%) или улучшении (43%) секреторной функции почки.

Анализ морфологических заключений исследования резецированных во время уретероцистоанастомоза тканей внутривузырного отдела мочеточника выявил перимускулярный склероз (61,5%), склероз и атрофию гладких мышц (37%), склероз всех слоев стенки мочеточника (38,4%), хронический уретерит (15,3%), которые свидетельствуют о необратимом характере изменений пузырно-мочеточникового сегмента и оправданности оперативного лечения, а также объясняют причины отсутствия эффекта от ранее проводившихся фармакотерапии и эндоскопического лечения.

Следовательно, экстравезикальный уретероцистоанастомоз является максимально эффективным способом коррекции двустороннего ПМР. Использование экстравезикальной методики позволяет избежать вскрытия мочевого пузыря (широкого рассечения детрузора) и в то же время дает возможность сформировать подслизистый тоннель на любом участке стенки мочевого пузыря, выбрав бессосудистую зону. Длина тоннеля также может быть выбрана оператором произвольно.

Вышеперечисленные особенности оперативной техники уретероцистоанастомоза и дренирования верхних мочевых путей являются результатом поиска положительных аспектов лечения ПМР у детей. Они направлены на снижение количества осложнений и повышение эффективности лечения.

Анализ эффективности различных оперативных методов в лечении больных туберкулезом мочевой системы

З. Р. Рашидов

Ташкент

Целью исследования явилось определение сравнительной эффективности перкутанных пункционных методов дренирования в хирургическом лечении больных туберкулезом мочевых путей.

Проведен анализ 40 случаев чрескожных пункционных дренирований и 22 обычных оперативных вмешательств у 44 больных с различными формами нефротуберкулеза. У 2 больных были проведены оба вида вмешательств. Перкутанная пункция каверн проведена 4 больным, 25 пациентам было проведено 35 перкутанных нефростомий (10 пациентам — с 2 сторон). Одному больному с сочетанием поликавернозного туберкулеза почки и туберкулезного спондилита произведено дренирование гнойного натечника (psoas абсцесса). 16 больным проведено 22 открытых оперативных вмешательства: 10 традиционных нефростомий, 5 уретерокутанеостомий, 4 люмботомии с дренированием околопочечной клетчатки, 2 резекции почек и 1 кавернотомия.

Положительный результат (адекватное дренирование) от малоинвазивных вмешательств при различных формах нефротуберкулеза составил 93,2%. Эффективность хирургического лечения после обычных вмешательств составила 86,4%.

Нами был проведен также анализ частоты и характера осложнений, наблюдавшихся после чрескожных и открытых вмешательств. Осложнения мы разделили на 4 группы: травматические повреждения (макрогематурия, гематома, повреждение внутренних органов); воспалительные осложнения (обострение пиелонефрита, паранефрит); выпадение дренажа; обострение ХПН. Частота осложнений после перкутанных методов дренирования составила 20%. Обострений туберкулезного процесса после проведенных вмешательств не наблюдали. Частота осложнений после открытых оперативных вмешательств составила 59,1%.

Следовательно, проведение перкутанных пункционных вмешательств на фоне полноценной специфической противотуберкулезной терапии не создает угрозы обострения и диссеминации туберкулезного процесса.

Высокая эффективность, низкая частота осложнений, малоинвазивность, сокращение сроков послеоперационной реабилитации больных после перкутанных пункционных методов по сравнению с обычными методами дренирования мочевых путей позволяет использовать их в ряде случаев как метод выбора при лечении туберкулеза почек и мочевых путей.

Опыт эндоскопического лечения клапанов уретры у мальчиков

А. Б. Соболевский, В. В. Дутов, Л. М. Колобова

Москва

Клапаны уретры — это редкий врожденный порок развития мочеиспускательного канала, представляющий собой нередуцированные эмбриональные складки слизистой, расположенные слева и справа от семенного холмика. Частота встречаемости — 1 на 50 000 новорожденных.

Целью настоящей работы стала оценка результатов эндоскопического лечения клапанов уретры у мальчиков.

В урологической клинике МОНКИ им. М. Ф. Владимирского за период с 1991 по 2006 гг. проведено обследование и оперативное лечение 23 пациентов в возрасте от 2 до 18 лет. У одного больного были множественные клапаны уретры, в 22 случаях имело место их сочетание с другими аномалиями мочевой системы (мегауретер, гипоплазия почки, пузырно-мочеточниковый рефлюкс). У 25% больных встречались пороки развития других органов и систем. Различное течение пиелонефрита имело место у всех больных. У пяти пациентов была выявлена ХПН.

Диагностика данной аномалии должна быть комплексной. Особенно информативны микционная цистоуретрография, при которой определяется супрастенотическое расширение задней уретры, и уретроскопия, позволяющая наблюдать в обратном токе промывной жидкости расправляющиеся «паруса» клапанов.

Всем больным выполнена эндоскопическая электрорезекция клапанов уретры, в одном случае дважды из-за нерадикальности резекции. Первым этапом электрорезекция клапанов уретры произведена 10 пациентам, у которых имел место мегауретер без ПМР и обструкции, без выраженного нарушения функции почек и верхних мочевых путей, когда не требовалось предварительного суправезикального отведения мочи перед предполагаемой реконструктивно-пластической операцией. В остальных случаях первым этапом произведено суправезикальное отведение мочи путем пункционной нефростомии или уретерокутанеостомии. Способ отведения мочи определялся функциональным состоянием почек и верхних мочевых путей, возрастом ребенка и длительностью дренирования верхних мочевых путей.

Чрескожная пункционная нефростомия предпочтительна у детей старше 2–3 лет без выраженного нарушения функционального состояния почек и верхних мочевых путей, когда не требуется длительного дренирования верхних мочевых путей. При грубом нарушении функции почек и верхних мочевых путей, когда требуется длительное дренирование (от нескольких месяцев до года и более), предпочтительным оказалось наложение Т-образной уретерокутанеостомы, в ходе которой можно одновременно выполнить поперечную резекцию мочеточника с возможным его моделированием.

Всем больным после эндоскопической электрорезекции клапанов уретры проведено контрольное обследование. При оценке результатов лечения учитывали результат как самой операции, так и лечения пиелонефрита после выполнения корригирующего оперативного вмешательства, динамику изменения функционального состояния почек и верхних мочевых путей. Во всех случаях были получены только хорошие и удовлетворительные результаты.

Таким образом, подозрение на наличие клапанов уретры требует тщательного обследования. Во всех случаях обнаружения порока необходимо выполнение трансуретральной резекции клапанов. Особенность операции заключается в том, что электрорезекция проводится в обратном токе жидкости, что позволяет удовлетворительно видеть раскрывшиеся створки клапанов.

Чрескожное пункционное лечение гидронефроза и нефролитиаза при сосудистых аномалиях развития почек (клиническое наблюдение)

О. В. Теодорович, Н. Б. Забродина, А. Б. Бочкарев

Москва

По мере развития высокоточных и малоинвазивных диагностических процедур эндоскопические методы лечения аномалий почек и связанных с ними заболеваний становятся альтернативой открытым пластическим вмешательствам. Множественные почечные артерии при эндоскопических вмешательствах на ВМП в 15,0% случаев являются причиной неудачных операций, а в 30,0% — рецидива заболевания. Это обуславливает необходимость лапароскопического вмешательства, по эффективности сопоставимого с открытой пластикой. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) позволяет применять чрескожные пункционные методы оперативного лечения аномалий развития почек (АРП) и ассоциированных заболеваний.

Приводим клиническое наблюдение. Больной И., 44 года. Из анамнеза установлено, что болен в течение 2004 г., когда появились и усилились тянущие боли в правом боку. Больной госпитализирован в клинику урологии ЦКБ № 1 ОАО РЖД РФ и обследован. УЗИ: почки обычной формы и расположения. Паренхима 16–18 мм с обеих сторон, слева камней и дилатации ЧЛС не выявлено. В лоханке правой почки определяется конкремент размером 17 мм, в нижней чашке — 6 мм, пиелоэктазия до 36 мм. Заключение: пиелоэктазия справа, конкременты правой почки.

МСКТ: почечные артерии отходят от брюшной аорты в типичном месте, без признаков стенозирования. На 12 мм выше к верхнему полюсу левой почки отходит дополнительная почечная артерия. На 76 мм ниже располагается дополнительная почечная артерия к нижнему полюсу правой почки. Дополнительная почечная вена от нижнего полюса правой почки впадает в нижнюю полую вену чуть ниже дополнительной артерии, от нижнего полюса левой почки — в левую подвздошную вену. Почки расположены обычно, нормальных размеров и формы, с четкими контурами. Паренхима почек однородная, обычной плотности. Слева ЧЛС не расширена, конкрементов нет. Справа расширение чашек и лоханки до 38,6 36 мм, камень лоханки 13 9 мм. Дополнительные сосуды к нижнему полюсу правой почки расположены позади мочеточника и не сдавливают его, располагаются ниже уровня сужения мочеточника. Заключение: гидронефротическая трансформация правой почки, конкремент лоханки правой почки, двойное кровоснабжение обеих почек, уровазального конфликта нет.

Пациенту выполнена операция: нефростомия справа, перкутанная нефролитотомия, эндопиелотомия, интубация правого мочеточника. Под СМА произведена цистоскопия, катетеризация правого мочеточника до верхней трети. При уретерографии выявлена стриктура ЛМС протяженностью 6 мм. Мочеточниковый катетер установлен в лоханку. Больной уложен в положение на животе. Под сочетанным ультразвуковым и рентгенологическим контролем произведена пункция почки через средний сегмент. Пункционный канал расширен до № 28F, в лоханку установлены амплатц-трубка и нефроскоп, при эндоскопической ревизии выявлен камень белого цвета. Произведена пневматическая литотрипсия. Камень частично фрагментирован и удален. Под сочетанным эндоскопическим и рентгенологическим контролем по металлическому проводнику, антеградно через все слои произведено рассечение мочеточника в зоне ЛМС, дилатация до № 14F и интубация пластиковой трубкой № 14F до средней трети. Почка дренирована нефростомой № 22F. На 4-е сутки выполнена антеградная пиелография, мочеточник стентирован, нефростома удалена. В послеоперационном периоде осложнений не было. Больной выпи-

сан в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки под наблюдение уролога. Стент удален через 1 месяц, при контрольном УЗИ: конкрементов, нарушения уродинамики не выявлено с обеих сторон.

МСКТ, занимая ведущее место в алгоритме диагностики аномалийных почек, обеспечивает широкое применение чрескожных пункционных методов лечения ретенционно-обструктивных осложнений АРП.

Мочекаменная болезнь аномалийных почек: сравнительный анализ применения дистанционной ударно-волновой литотрипсии

*М. Ф. Трапезникова, В. В. Дутов, И. М. Бейзеров, А. В. Московкин,
А. И. Половинчук, А. И. Галько, В. Б. Пашенко*

Москва

Проведен сравнительный анализ результатов лечения мочекаменной болезни у пациентов с аномалиями почек (219 пациентов): с односторонней поясничной дистопией (22,2%), простой кистой (16,9%), удвоением почечных лоханок и мочеточников (15,5%), парапелъвикальной кистой (8,7%), подковообразной почкой (8,2%), врожденной единственной почкой (7,3%) и уретероцеле (9,6%). Среди пациентов преобладали женщины в пропорции 1,67 : 1,0. В большинстве наблюдений заболевание выявлялось в наиболее трудоспособном возрасте ($49,7 \pm 10,2$ лет).

ДУВЛ-монотерапия в качестве первой линии лечения была избрана у значительного количества пациентов (67,6%). Вид сопутствующей аномалии оказывал влияние на возможность применения ДУВЛ. Так, при уретероцеле эта процедура в качестве основного начального способа лечения не применялась, тогда как у пациентов с врожденной единственной почкой (93,75%; $p < 0,01$), окололоханочными (89,5%; $p < 0,01$) и простыми (83,8%; $p < 0,01$) кистами почек, а также при односторонней поясничной дистопии почки (77,6%; $p = 0,08$) ДУВЛ применялась более чем у 3 из каждых 4 пациентов. В целом в группе на одного пациента приходилось около двух сеансов ДУВЛ ($1,9 \pm 0,2$; $p = 0,09$). Этот показатель отличался достаточной однородностью ($p > 0,05$) в таких подгруппах, как окололоханочные кисты ($1,7 \pm 0,2$), аплазия почки ($1,5 \pm 0,3$), простая киста ($1,65 \pm 0,15$). Наименьшее количество сеансов ДУВЛ отмечено у лиц с «дистопией» ($1,3 \pm 0,45$), что было достоверно ниже ($p < 0,01$), чем аналогичный показатель у пациентов с «удвоенной» ($2,5 \pm 0,6$) и подковообразной ($3,8 \pm 0,8$) почкой.

Сравнительный анализ осложнений ДУВЛ показал, что при среднем уровне во всей популяции больных в 27,7% максимальное количество осложнений наблюдалось в группах пациентов с подковообразной (54,5%;

$p < 0,05$) и «удвоенной» (43,5%; $p < 0,05$) почкой. Минимальный рейтинг осложнений отмечен у пациентов с простыми кистами (3,2%; $p < 0,001$) и врожденной единственной почкой (6,7%; $p < 0,005$). Необходимость в применении вспомогательных манипуляций имела практически у 3 из каждых 4 (80,4%) пациентов с пороками развития, причем наиболее часто — в подгруппе пациентов с аплазией почки (93,3%; $p < 0,01$). Наименьшей потребность в дополнительных вмешательствах была у пациентов с парапельвикальными кистами (29,4%; $p < 0,05$) и односторонней поясничной дистопией почки (28,9%; $p < 0,05$). Показатель клиренса почки в группе на момент выписки составил 66,9%, а к исходу 6-го месяца достигал 75,6%. При этом минимальный рейтинг при выписке был у пациентов с подковообразной почкой (45,45%; $p < 0,01$). Наибольший прирост клиренса почки от камня спустя 6 месяцев имел место у пациентов с уретероцеле (14,5%) и аплазией почки (13,4%), что достоверно отличалось ($p < 0,05$) от аналогичных показателей в подгруппах пациентов с парапельвикальными кистами (нулевой показатель) и простой кистой почки (6,4%).

Средняя продолжительность койко-дня у пациентов с мочекаменной болезнью аномалийных почек в целом составляла $17,9 \pm 3,3$ и мало отличалась ($p > 0,05$) от аналогичных показателей при всех прочих видах аномалий.

Таким образом, ДУВЛ сузила рамки применения открытой хирургии при уролитиазе аномалийных почек конкретными клиническими ситуациями — сочетанием с опухолью и анатомическими обструкциями верхних мочевых путей.

Факторы, определяющие результативность уретеролитотрипсии

М. Ф. Трапезникова, В. В. Дутов, И. М. Бейзеров, С. М. Кулачков, В. В. Базаев, А. А. Галько, А. А. Половинчук

Москва

До сих пор нет единого мнения о характере факторов, определяющих результаты ДУВЛ при камнях мочеочечника.

Анализ проводился у пациентов с локализацией камня выше (411) и ниже тазового кольца (342 пациента). Литотрипсия осуществлялась на аппарате «Lithostar-Plus» («Siemens», Германия). Получена статистически достоверная разница в результатах: ДУВЛ была эффективной у 385 (93,6%) пациентов с проксимальной и у 294 (85,6%) пациентов с дистальной локализацией конкрементов ($p < 0,01$).

Изучение эффективности ДУВЛ в группах амбулаторных (381) и стационарных (298) пациентов показало ее более высокую степень в первой группе (95,3%) по сравнению со второй (84,4%; $p < 0,01$). Результаты

ДУВЛ снижаются по мере увеличения степени супракалькулезного нарушения уродинамики (92,8% при I степени vs 71,5% при 2–3-й; $p < 0,01$). При этом локализация конкремента на результат не влияла.

Восстановление пассажа мочи перед сеансом ДУВЛ улучшало условия для дезинтеграции конкремента и устраняло отрицательное воздействие ударной волны на сократительную функцию мочеоточника. Отмечено достоверное различие количества сеансов ($1,48 \pm 0,02$ vs $1,77 \pm 0,08$) и импульсов, необходимых для фрагментации конкрементов ($2954,28 \pm 11,1$ vs $3055,4 \pm 72,3$; $p < 0,01$), при 1-й и 2–3-й степенях нарушения уродинамики. Отмечена статистически достоверная зависимость развития обструктивного пиелонефрита после ДУВЛ от степени нарушения уродинамики: 46,7% пациентов при исходно 1-й степени vs 53,3% ($p > 0,01$) при 2-й и 3-й.

Оценка результатов ДУВЛ в зависимости от исходной величины конкремента показала, что по мере увеличения размеров конкремента происходит снижение эффективности ДУВЛ с 95,5% ($< 1,0$ см) до 80,6%; ($1,0$ см; $p < 0,01$). Сравнение результатов ДУВЛ у пациентов с различными сроками нахождения конкремента показало снижение результатов лечения ($67,5 \pm 6,4$ vs $163,8 \pm 16,5$; $p < 0,01$) вне зависимости от уровня локализации конкремента.

Следовательно, прямо пропорционально увеличению времени нахождения конкремента в мочевых путях уменьшается эффективность ДУВЛ-монотерапии и увеличивается вероятность безуспешных сеансов ДУВЛ и возможных осложнений, что, в свою очередь, приводит к возрастанию числа сеансов литотрипсии, количества импульсов и незапланированных эндоскопических вмешательств.

Неблагоприятные факторы, определяющие исход оперативного лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса в гипоплазированную почку у детей

М. Ф. Трапезникова, В. В. Дутов, Л. М. Колобова

Москва

Одним из наиболее спорных и малоисследованных является вопрос о тактике лечения детей с гипоплазированной почкой с диагностированным пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР). Именно в этой группе детей можно ожидать развития необратимых рубцовых изменений паренхимы почек.

Целью настоящей работы стала оценка отдаленных результатов оперативного лечения ПМР в гипоплазированную почку у детей и определение неблагоприятных факторов, определяющих исход лечения.

В урологической клинике МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского за период с 1980 по 2005 гг. реконструктивно-пластические операции выполнены у 72 детей с ПМР в гипоплазированную почку. Отдаленные результаты оперативного лечения (в сроки от 1 года до 17 лет после операции) изучены у 54 больных при всестороннем обследовании. После оперативного лечения ПМР в гипоплазированную почку хорошие результаты были отмечены у 41% детей, удовлетворительные — у 39%, неудовлетворительные — у 20%. Наилучшие результаты наблюдались у детей без поражения контралатеральной почки. В группе детей с односторонним ПМР хорошие и удовлетворительные результаты получены в 94% случаев, неудовлетворительные — лишь в 6%. В группе детей с ПМР и в контралатеральную почку хорошие и удовлетворительные результаты получены у 73% детей, неудовлетворительные — у 27%.

При оценке функциональной способности гипоплазированной почки после ликвидации ПМР оперативным способом установлена зависимость ее функции от исходных (до операции) показателей. В группе детей со среднетяжелой степенью нарушения функции гипоплазированной почки хорошие и удовлетворительные результаты оперативного лечения получены в 94% случаев, неудовлетворительные — лишь в 6%. В группе детей с тяжелой степенью нарушения функции неудовлетворительные результаты наблюдались у 50% пациентов.

Прослежена зависимость результатов оперативного лечения ПМР в гипоплазированную почку от ее площади до операции. Чем больше площадь гипоплазированной почки до операции, тем больше вероятность получения хороших и удовлетворительных результатов. В группе детей с площадью гипоплазированной почки более 50% возрастной нормы хорошие и удовлетворительные результаты получены в 94% случаев, а неудовлетворительные — лишь 6%. В группе детей с площадью гипоплазированной почки 50–30% возрастной нормы хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 68,75% детей, а неудовлетворительные — у 31,25%. В группе детей с площадью гипоплазированной почки менее 30% возрастной нормы доля больных с хорошими результатами составила 43%, с неудовлетворительными — 57%.

Проведенное исследование показало, что адекватный рост гипоплазированной почки, улучшение ее функции находятся в зависимости от выраженности сохраняющихся после операции нарушений уродинамики. В группе больных, у которых при контрольном обследовании нарушений уродинамики выявлено не было, были получены только хорошие и удовлетворительные результаты. Во второй группе, где были выявлены незначительные нарушения уродинамики, хорошие и удовлетворительные результаты оперативного лечения отмечены в 96,4% случаев, удовлетво-

рительные — в 3,6%. В группе детей, у которых были выявлены значительные нарушения уродинамики или рецидив рефлюкса в гипоплазированную почку, получены только неудовлетворительные результаты.

Таким образом, катamnестическое обследование показало, что оперативное лечение ПМР в гипоплазированную почку у детей в 80% случаев дает хорошие и удовлетворительные результаты, а 20% наблюдений — неудовлетворительные. Причем неблагоприятными признаками, определяющими исход лечения, являются наличие у больных поражения контралатеральной почки, значительное уменьшение размеров гипоплазированной почки, тяжелая степень нарушения ее функции, выраженное нарушение уродинамики, наличие ультразвуковых и рентгенологических признаков вторичного сморщивания, длительное течение заболевания с частыми и тяжелыми атаками пиелонефрита, наличие осложнений (уретерогидронефроз, ХПН). Особенно неблагоприятным является сочетание этих факторов.

Тактика лечения пациентов при сочетании уролитиаза с простыми и окололоханочными кистами почек

М. Ф. Трапезникова, В. В. Дутов, С. Б. Уренков, А. Московкин, А. А. Галько
Москва

Лечебная тактика при уролитиазе и кистах почек остается противоречивой. Из 37 пациентов с односторонней простой кистой и камнем почки в возрасте $54,4 \pm 6,3$ лет 48,6% пришлось на лиц мужского пола. Правосторонняя локализация процесса имела место у 20 (54,05%) пациентов. В 8,15% наблюдений процесс носил двусторонний характер. Средний объем простой кисты составил $167 \pm 81,2$ см³. Кисты были одиночными (25) и множественными (6). Показания к ДУВЛ определены у 31 (81,6%) пациентов данной группы. Под нашим наблюдением находилось также 19 пациентов с мочекаменной болезнью в сочетании с окололоханочными кистами (средний возраст $42,5 \pm 7,6$ лет). Мужчин и женщин было соответственно 47,4% и 52,6%. Размеры кист колебались от 1,0 см до 4,8 см. Камни исходно располагались в лоханке (5), нижней (5), верхней и средней чашечках (4), верхней (3) и нижней трети (2) мочеточника.

Применение ДУВЛ *in situ* считали возможным, если простая киста и камень проекционно совпадали с ходом распространения ударной волны, но размеры кисты не превышали 25,0 см³ (5 пациентов). Такой же подход практиковался и в тех случаях, когда киста была крупных размеров, но проекционно находилась вне зоны действия ударной волны при камнях почек и верхнего сегмента мочеточника (5). В остальных случаях осуществлялась предварительная чрескожная пункционная аспирация

содержимого кисты. К ДУВЛ приступали в среднем через $5,2 \pm 1,8$ дней. Для достижения эффекта на одного пациента потребовался $1,65 \pm 0,15$ сеанс ДУВЛ. Хороший результат лечения к исходу 6-месячного мониторинга отмечен у 80,6%. Уровень элиминации был выше при конкрементах в лоханке ($95,2\%$; $p < 0,01$).

Суммарно проведено 29 сеансов литотрипсии, или $1,7 \pm 0,2$ на одного пациента с окололоханочными кистами. Осложнения на одного пациента составили в среднем 0,35, а вспомогательные процедуры — 0,18. Уровень элиминации составил 64,7%.

Таким образом, монолитотрипсия при кистах почки характеризуется приемлемыми уровнями освобождения от камня.

Применение различных методов деривации мочи после радикальной цистэктомии при раке мочевого пузыря

В. Я. Фарбирович, А. В. Соловьев, А. Я. Пыжов, А. А. Осинцев
Кемерово

Важной проблемой в лечении рака мочевого пузыря остается замещение мочевого пузыря после операции сегментом тонкого кишечника. Применение операции такого рода в реконструктивной хирургии мочевого пузыря позволяет достичь максимального улучшения качества жизни пациентов с сохранением самостоятельного мочеиспускания. Сложность выбора способа деривации мочи возникает у больных с поражением шейки мочевого пузыря и уретры, с явлениями почечной недостаточности, нарушением пассажа мочи по верхним мочевым путям и у ослабленных, тяжелых больных.

В клинике урологии КемГМА с 2002 по 2006 гг. по поводу рака мочевого пузыря выполнено 65 радикальных цистэктомий с ортотопическим и гетеротопическим отведением мочи. Одномоментная радикальная цистэктомия с цистоилеопластикой выполнена у 45 больных, цистопластика выполнялась по методу Hautmann, так как она позволяет перитонизировать неоцист, сохраняя брюшную полость вне зоны неоуретеронеоцистоанастомозов и дренажей, что дает возможность эффективно бороться с парезом кишечника, который может привести к развитию серьезных, опасных для жизни осложнений. У ослабленных и тяжелых больных с нарушением пассажа мочи и почечной недостаточностью (выполнено 12 операций) операцию разделяли на 2 этапа. I этап — радикальная цистэктомия с уретерокутонеостомией. После стабилизации состояния через 4–8 месяцев — II этап: илеоцистопластика по Studer. Эту методику на втором этапе считаем оптимальной, так как она позволяет провести пересадку мочеточников недостаточной длины в изоперистальтический

сегмент резецированной подвздошной кишки, что снижает число рефлюксов и атак острого пиелонефрита. У пациентов с поражением уретры нами использовалась методика Mainz-pouch II (выполнено 8 операций), которая позволяет сохранить больному адекватное ректальное мочеиспускание и улучшить качество его жизни.

Таким образом, тщательно подбирая каждому пациенту оптимальный для него вариант деривации мочи после радикальных цистэктомий и применяя новые приемы оперативной техники, можно добиться повышения качества жизни пациентов.

Резекция мочевого пузыря или цистэктомия?

В. Я. Фарбирович, А. В. Соловьев, А. Я. Пыжов, А. А. Осинцев

Кемерово

Рак мочевого пузыря занимает второе место среди всех онкоурологических заболеваний. Вместе с тем результаты лечения больных с данной патологией имеют лишь незначительную тенденцию к улучшению. Это связано со многими особенностями: способностью опухоли к рецидивированию (50–90%), наличием невыявленных участков carcinoma in situ, возможностью имплантации во время операции. Ведущее значение в лечении рака мочевого пузыря имеет хирургический метод. Перед хирургом возникает вопрос: удалять мочевой пузырь или выполнить органосохраняющую операцию? В клинике урологии КемГМА показаниями к резекции мочевого пузыря мы считаем наличие первичной опухоли без инвазии в шейку и треугольник Лъето, с диаметром опухоли не более 5–6 см, а также наличие у больных сопутствующей соматической патологии, не позволяющей выполнить радикальную цистэктомию. Частота рецидива при применении данного метода составляет 80–85%. При быстро рецидивирующих опухолях, множественных поражениях мочевого пузыря, при инвазивном раке с поражением шейки, треугольника Лъето и задней уретры мы выполняем радикальную цистэктомию с гетеротопической (Mainz-pouch II) и ортотопической пластикой (Studer и Hautmann) мочевого пузыря.

Новые малоинвазивные технологии в лечении камней почек

Р. Р. Фатихов, А. Г. Мартов, Н. К. Дзеранов, Д. С. Меринов, А. П. Кобзарев

Москва

Трансуретральная пиелокаликотрипсия получает все большее распространение в клинической практике благодаря появлению новых технических возможностей, включающих все более широкое применение

новых ригидных и гибких уретеропиелоскопов, а также новых средств контактной литотрипсии.

В исследовании участвовали 20 пациентов с одиночными камнями почек размерами до 2,0 см, с локализацией их в лоханке и чашечках миниатюрной чашечно-лоханочной системы, затрудняющей выполнение перкутанной нефролитотрипсии. Пациенты проходили стандартный комплекс обследования больных с мочекаменной болезнью. У 6 (30%) человек отмечалась клинически значимая бактериурия, по поводу которой проведено консервативное лечение. У 8 (40%) пациентов имелся внутренний стент, обусловленный атакой острого пиелонефрита, и 3 (15%) пациентам был проведен сеанс ДЛТ без эффекта.

Трансуретральная уретеропиелоскопия выполнялась ригидным инструментом № 8 и № 10 Ch, фрагментация камня осуществлялась пневматическим и лазерным литотриптором. Во всех случаях операция заканчивалась установкой внутреннего стента. В 18 (90%) случаях конкременты были полностью фрагментированы и удалены. У 2 (10%) пациентов по поводу клинически значимых резидуальных конкрементов выполнен сеанс ДЛТ с положительным эффектом. У 3 (15%) пациентов в послеоперационном периоде развилась атака острого пиелонефрита, купированная консервативно.

Наш опыт свидетельствует о высокой клинической эффективности трансуретральной пиелокаликотрипсии в лечении мочекаменной болезни при наличии конкрементов размерами до 2,0 см, с локализацией их в лоханке и чашечках миниатюрной чашечно-лоханочной системы.

К хирургии коралловидного нефролитиаза

И. В. Феофилов, В. И. Исаенко

Новосибирск

Лечение больных с коралловидным нефролитиазом до сих пор остается одной из важных проблем современной урологии. Развитие дистанционной литотрипсии (ДЛТ) и рентгенэндоскопических методов значительно улучшило результаты лечения как уrolитиаза в целом, так и коралловидного нефролитиаза в частности, существенно уменьшив его частоту — до 4,5% от всех форм МКБ. Однако выбор того или иного способа оперативного вмешательства при данной патологии остается дискуссионным и требует уточнения.

Проанализировано 146 историй болезни пациентов с коралловидным нефролитиазом, находившихся на лечении в урологической клинике ОГУЗ «ГНОКБ» с 1991 по 2006 гг. Этот временной отрезок разделен на два периода: 1) 1991–2003 гг. (83 пациента) и 2) 2004–2006 гг. (63 пациента), ко-

гда в практику нашей клиники были внедрены перкутанные рентгенэндо-скопические операции, в том числе и перкутанная нефролитолапаксия.

В первом периоде количество открытых оперативных вмешательств (ООВ) составило 46 (55,5%), ДЛТ — 5 (6%); консервативная терапия, направленная на купирование активности пиелонефрита и улучшение функции почек, проводилась у 32 пациентов (38,5%). Во втором периоде акцент был смещен в сторону перкутанной нефролитолапаксии (ПНЛЛ), которая выполнена у 46 пациентов (73%), существенно снизилось количество ООВ — до 7 (11,1%), ДЛТ — до 2 (3,2%), количество пациентов с консервативной терапией — до 8 (12,7%).

Переход к современному высокотехнологичному вмешательству, каким является перкутанная нефролитолапаксия, привел к значительному улучшению эффективности лечения больных с коралловидным нефролитиазом по всем показателям. Оперативная активность повысилась с 61% до 87%, снизился удельный вес нефрэктомий. Так, если при ООВ он составлял более 28%, то при ПНЛЛ — всего 2%.

По мнению Э. К. Яненко (2004), результаты лечения больных с коралловидным нефролитиазом необходимо оценивать по трем основным параметрам: 1) полнота удаления конкремента; 2) необходимость применения вторичных незапланированных процедур; 3) осложнения от проведенного лечения, что непосредственно отражается на функциональном состоянии почки.

По нашим данным, полнота удаления камней при ПНЛЛ достигла почти 82%, а при сочетании с ДЛТ или повторной ПНЛЛ — практически 94%, в то время как при ООВ она составила около 66%, а при ДЛТ — 14%. Количество незапланированных процедур при ПНЛЛ составило 24, при ООВ — почти 17%, а при ДЛТ — больше 85%. Наибольшее количество осложнений мы наблюдали при ДЛТ (71%), при ООВ самые разные осложнения встречались в 49%, в то время как при ПНЛЛ общее количество осложнений составило 21,2%.

Таким образом, перкутанная нефролитолапаксия является наиболее оптимальным методом хирургического лечения больных с коралловидным нефролитиазом, при необходимости она должна дополняться дистанционной литотрипсией. Применение дистанционной литотрипсии при коралловидном нефролитиазе в виде монотерапии нецелесообразно. Открытые оперативные вмешательства необходимо применять только при наличии показаний к нефрэктомии.

Никелид-титановые имплантаты в хирургии простых кист почек

И. В. Феофилов, В. И. Исаенко, С. И. Шкуратов

Новосибирск

Кистозные образования почек встречаются у 50% взрослых. Большинство из них не нуждается в каком-либо лечении. Показания к удалению кист почек возникают при выраженном болевом синдроме, артериальной гипертензии, нарушении уродинамики на фоне деформации чашечно-лоханочной системы.

В настоящее время существует несколько видов оперативных вмешательств при кистах почек: традиционное открытое иссечение кисты, пункционная аспирация кисты, лапароскопическая или люмбоскопическая фенестрация кисты; ретроперитонеоскопическое иссечение кисты из мини-доступа; рентгенэндоскопическая марсупиализация кисты. При выборе метода нами учитывались размеры и локализация кист, а также принцип наименьшей инвазивности и травматизации. При парапелвикальных кистах, кистах верхнего полюса, передней поверхности почек выполнялась лапароскопическая фенестрация; при кистах, располагающихся по заднелатеральной поверхности в средней трети, нижнем и верхнем полюсе от 3 до 6 см, не вдающихся в паренхиму, — пункционная аспирация с введением склерозирующего вещества; при кистах любого размера, вдающихся в паренхиму более чем на $\frac{1}{3}$, — рентгенэндоскопическая марсупиализация; при кистах с признаками малигнизации или нагноения — открытое иссечение с цитодиагностикой.

Структура вмешательств: пункционная аспирация кисты, в том числе со склеротерапией, — 43 (46,74%); перкутанная марсупиализация кисты — 27 (29,35%); лапароскопическая фенестрация кисты — 17 (18,47%); открытые операции — 5 (5,44%).

Нами разработана методика имплантации в дно кисты никелид-титановой крошки, обеспечивающей «склеивание» ее стенок. При анализе результатов (длительность наблюдения — 2 года) в группах больных, которым выполнялись пункционная аспирация кисты со склеротерапией и имплантацией никелид-титановой крошки (18 пациентов), перкутанная марсупиализация кисты с имплантацией крошки (7 пациентов) и лапароскопическая фенестрация кист с введением крошки (3 пациента), не наблюдалось ни одного рецидива, тогда как в группах, в которых применялись общепринятые методики, рецидив был выявлен в 9,35% случаев.

Таким образом, внедрение никелид-титановых имплантатов в хирургию простых кист почек привело к значительному повышению эффективности малоинвазивных операций, улучшению отдаленных результатов, повышению качества жизни пациентов с данной патологией почки.

Хирургическое лечение уретероцеле

С. А. Худяшов, Ю. И. Журавлев, М. В. Кондратьев, О. А. Устинова

Кемерово

Уретероцеле — кистовидное расширение внутрипузырного сегмента мочеточника, встречающееся у 1–2% больных, повергнутых цистоскопическому исследованию.

В клинике находились на лечении 99 пациентов с уретероцеле (женщин — 65, мужчин — 34). Возраст — от 20 до 60 лет. Одностороннее уретероцеле имело место у 89 человек, двустороннее — у 10. У большинства пациентов (61) наблюдалась пиурия, у 31 — камень уретероцеле, у 3 — уретерогидронефроз. Расстройство мочеиспускания возникало в поздних стадиях, когда киста достигала больших размеров и смещалась в уретру, вызывая острую задержку мочеиспускания (3). У одной пациентки, 53 лет, возникло выпадение уретероцеле из мочевого пузыря через уретру.

Диагностика уретероцеле проводится на основании цистоскопии, экскреторной урографии. Лечение уретероцеле должно быть хирургическим и направленным на восстановление нормального пассажа мочи. Характер операции зависит от размера кисты, наличия конкремента в ней, анатомо-функционального состояния мочевых путей.

Эндоскопическая коррекция уретероцеле выполнена 79 пациентам: трансуретральная инцизия уретероцеле — 21, в том числе с контактной литотрипсией — 4; ТУР уретероцеле — 58, из них 19 — с уретеролитотрипсией. При больших кистах (более 30–40 мм) произведены чреспузырные операции: резекция уретероцеле 13 пациентам с удалением камня у 8 из них. Четырём пациентам после иссечения кисты выполнена уретероцистостомия по методу Politano—Zeadbetter'a. Трём больным проведена нефрэктомия вследствие полной гибели почечной паренхимы.

Таким образом, характер оперативного вмешательства при уретероцеле зависит от его размера и изменений в верхних мочевых путях. Основным методом является ТУР уретероцеле с литотрипсией при осложнении его конкрементом.

Осложнения и ошибки при выполнении ТУР мочевого пузыря

С. А. Худяшов, В. Я. Фарбирович, О. А. Устинова

Кемерово

В клинике урологии КГМА на базе Кемеровской областной клинической больницы трансуретральная резекция (ТУР) применяется для лечения поверхностных опухолей мочевого пузыря в течение 12 лет. За это время выполнено более 400 таких операций, разработаны алгоритм под-

бора пациентов, техника выполнения операции и принцип выбора анестезиологического пособия.

Критериями отбора пациентов для выполнения ТУР являются стадия опухолевого процесса, размер и количество опухолей. По нашему мнению, ТУР показана при одиночных крупных (до 2 см) опухолях либо множественных (до 4–5) мелких. Независимо от размера опухоли стадия не должна превышать Т2. Вид анестезии зависит от предполагаемой длительности операции и общесоматического состояния пациента. При продолжительности операции до 30 минут применяется внутривенный наркоз, при более длительном оперативном вмешательстве, а также у лиц пожилого возраста с наличием сопутствующей патологии предпочтительна перидуральная анестезия. Основные факторы, определяющих эффективность ТУР при поверхностном раке мочевого пузыря: 1) стадия процесса или степень ее инвазии; 2) размер и количество опухолей; 3) вид анестезиологического пособия.

Резекция опухоли осуществляется петлей классическим способом, с последующей вапоризацией места резекции с вовлечением 1,5 см интактной слизистой. В случае интраоперационной диагностики распространенной инвазивной опухоли мы ограничиваемся уретроцистоскопией и биопсией.

Грозными осложнениями ТУР мочевого пузыря являются кровотечение и перфорация. Для профилактики интраоперационной кровопотери и послеоперационного кровотечения необходимы аккуратность и последовательность выполнения резекции, соблюдение тщательного гемостаза на фоне контроля артериального давления на заключительном этапе операции, особенно при применении перидуральной анестезии.

При выполнении резекции опухоли на боковых стенках в зоне проекции запирательного нерва часто происходит произвольное резкое движение нижней конечности, и, как следствие, возможна перфорация стенки мочевого пузыря петлей. Как известно, проведение ТУР под перидуральной анестезией не предотвращает этого осложнения. По нашему мнению, предпочтительно перед резекцией опухоли в «опасных зонах» выполнить пробную коагуляцию слизистой мочевого пузыря в прерывистом режиме вапоротродом или коагуляционным шариком и при наличии движения больного продолжать оперативное вмешательство на фоне введения миорелаксантов короткого действия. Как правило, однократного их введения вполне достаточно, чтобы в комфортных условиях осуществить тщательную резекцию.

Одним из грозных осложнений ТУР является перфорация стенки мочевого пузыря. Риск этого осложнения возрастает при выполнении повторных ТУР по поводу рецидивов в области рубцов, у пожилых жен-

щин с истончением стенки мочевого пузыря. При возникновении внебрюшинной перфорации мочевого пузыря мы применяем консервативную терапию на фоне длительного дренирования мочевого пузыря (катетер Фолея до 5 суток). При внутрибрюшинной перфорации тактика иная — срочная лапаротомия, санация брюшной полости, ушивание перфорационного отверстия, цистостомия. Как пример сочетанного осложнения в виде перфорации и интраоперационного кровотечения опишем осложнение, возникшее при выполнении ТУР мочевого пузыря.

Больной Т., 56 лет. При обследовании на амбулаторном этапе выявлена опухоль мочевого пузыря, стадия процесса T1–T2. Из сопутствующих заболеваний: хронический мегакариоцитарный лейкоз, синдром Лериша. При цистоскопии выявлены 3 мелковорсинчатые опухоли до 1 см на 3 см выше левого устья, стенка мочевого пузыря истончена. При выполнении резекции одной из опухолей произошли резкое непроизвольное движение больного и перфорация стенки мочевого пузыря с повреждением верхнепузырной артерии и вены. В связи с выраженным кровотечением и невозможностью остановить его эндоскопически больному выполнены цистостомия, ушивание перфорационного отверстия, перевязка поврежденных сосудов на протяжении, в послеоперационном периоде неоднократные — гемотрансфузии. Цистостомы удалены на 14-е сутки. Больной выписан через 17 суток с выздоровлением.

Таким образом, ТУР мочевого пузыря, несмотря на кажущуюся простоту выполнения, является серьезной операцией, которая должна выполняться с соблюдением всех правил урологом, имеющим достаточный опыт и владеющим техникой как эндоскопических, так и открытых операций на мочевом пузыре.

Транспаховая перевязка внутренней семенной вены на уровне внутреннего пахового кольца из открытого мини-доступа с лучевой навигацией при варикоцеле

А. Ю. Цуканов

Омск

При хирургическом лечении варикоцеле преследуется цель сделать вмешательство радикальным при минимуме послеоперационных осложнений и снижении операционной травмы. Одним из путей достижения этого в условиях вариабельности строения тестикулярной вены является предоперационное уточнение ее анатомических особенностей. Эффективным способом лучевой визуализации является ультразвуковое сканирование, позволяющее получить наиболее полное описание венозной анатомии и гемодинамики региона.

Цель работы — модернизация классической операции по поводу варикоцеле на основе технологии малого доступа в сочетании с предоперационной ультразвуковой навигацией.

Ультразвуковое исследование проводили на ультразвуковых сканерах Sonosite180 Plus и ALOKA 3500 с цветным картированием и доплерографическим анализом в положении пациента стоя с применением провокационных проб и прямой доплерографии стволов тестикулярной вены с определением типа рефлюкса по Coolsaet. В случае принятия решения об оперативном вмешательстве измеряли ожидаемую глубину операционного канала, маркировали прямоугольную проекцию внутреннего пахового кольца на переднюю брюшную стенку, трехмерную реконструкцию зоны вмешательства, фиксировали количество и диаметр стволов тестикулярной вены, глубину их залегания.

Из малого доступа (патент № 2289331) выполнено 134 чреспаховых вмешательств по поводу левостороннего варикоцеле. Возраст пациентов составил 15–20 лет (в среднем $17,7 \pm 0,8$ лет). Варикоцеле 2-й степени выявлено в 121 случае, 3-й степени — в 13. Критерием исключения явилось наличие илеосперматического типа рефлюкса. Разрез кожи делали длиной 1,0–2,0 см. В ходе вмешательства использовали 3–5-кратную лупу, инструменты уменьшенных размеров, эндоподсветку. В пределах внутреннего пахового кольца, прецизионно, все ранее визуализированные стволы тестикулярной вены лигировали и иссекали с сохранением лимфатических путей и артериальных стволов.

Все операции были выполнены без технических трудностей. Глубина раны составила $8,3 \pm 1,5$ мм. Количество лигированных стволов варьировало от 2 до 8. Продолжительность операции — $31,5 \pm 4,4$ мин. Выявленное во время операции количество стволов соответствовало таковому при ультразвуковом исследовании в 94,6% случаях. Пациенты начинали ходить через 1–3 часа после операции. В ближайшем послеоперационном периоде по необходимости только у четырех пациентов выполнены однократные инъекции НПВС. Выписку осуществляли на следующие сутки после операции.

Всем пациентам проведено дуплексное ангиосканирование в сроки от 10 до 12 месяцев, при котором рецидив варикоцеле выявлен в 2 случаях. Умеренный лимфостаз левой половины мошонки встретился в трех случаях, разрешен консервативно. Гидроцеле выявлено в одном случае.

Следовательно, повышение качества жизни при использовании предложенной эндоскопической операции перевязки внутренней семенной вены из открытого безгазового мини-доступа делает ее операцией выбора при хирургическом лечении варикоцеле. Она позволяет снизить хирурги-

ческую травму в сочетании с обеспечением более высокого уровня надежности и комфортности манипулирования, а также добиться высоких эстетических качеств при хорошем функциональном результате.

Лапароскопический метод в урологической практике

И. Ю. Чудновец

Новосибирск

В центре малоинвазивной хирургии, созданном на базе 25 ГKB г. Новосибирска с 1996 по 2006 гг. выполнена 531 лапароскопическая операция у больных с урологической патологией. Из них лапароскопическое иссечение кист почек выполнено у 194 человек, лапароскопическое рассечение вен при варикоцеле — у 110, нефропексия — у 46, нефрэктомия — у 18, уретеролитотомия — у 50, пиелолитотомия — у 33, операция Берча — у 48, лапароскопическая пластика ЛМС — у 9, операция при поликистозе почек — у 5, прочие операции — у 13.

Кисты почек. Прооперированы 194 человека, из них 77 мужчин, 117 женщин. Кисты левой почки встретились в 99 случаях, правой — в 84 случаях, двусторонняя локализация — в 11. Клинически кисты проявляли себя болью в поясничной области, периодическими приступами почечной колики, изменениями в анализах мочи, иногда сопровождались артериальной гипертензией. Для диагностики выполнялось УЗИ почек, экскреторная урография, по показаниям — компьютерная томография. Кисты нижнего полюса встретились в 88 случаях, верхнего полюса — в 75, паранефральные — в 31. Диаметр кист колебался от 5 до 15 см. Объем содержимого кист составлял от 50 до 600 мл. У 14 человек киста почки сочеталась с ЖКБ, в связи с чем этим больным выполнялись симультанные операции: иссечение кисты и лапароскопическая холецистэктомия. Осложнение отмечено у одной больной в раннем послеоперационном периоде (0,5%): в первые часы развилось кровотечение из сосудов стенки кисты, потребовавшее релапароскопии и гемостаза клипированием. Все больные выписаны, осмотрены через 6 и 12 месяцев. Рецидив возник у 5 (2,6%) человек, двое из которых оперированы повторно.

Варикоцеле. По поводу варикоцеле слева 2–3 ст. оперированы 110 человек в возрасте от 14 до 43 лет. Выполнялась лапароскопическое рассечение вен семенного канатика. Одному больному симультанно была выполнена лапароскопическая герниопластика паховой грыжи и еще одному — герниопластика по поводу пупочной грыжи. Время операции — от 10 до 25 мин. Выписывались больные на следующий день. Осмотрены через 6 и 12 месяцев, рецидив возник у двух человек (1,8%), гидроцеле — у 3 (2,7%).

Нефроптоз. По поводу симптоматического нефроптоза выполнено 46 лапароскопических нефропексий. Прооперированы 44 человека, из них 35 женщин, 9 мужчин. У двоих больных имелся двусторонний нефроптоз 2–3 ст., у 42 человек — правосторонний. Возраст пациентов колебался от 22 до 49 лет. Фиксация почки проводилась в одном случае мышечным лоскутом, выделенным из *m. iliopsoas*, в остальных случаях — полипропиленовой сеткой фирмы Auto Suture. Двум больным нефропексия выполнялась одновременно с обеих сторон. Длительность операции колебалась от 40 до 60 мин. Больным на следующий день разрешали вставать, выписывали на 5–7-й день. Послеоперационных осложнений и рецидивов (срок наблюдения 10–12 мес.) не наблюдали. Клинические проявления полностью исчезали, отсутствие патологической подвижности почки после операции подтверждено рентгенологически.

Лапароскопическая нефрэктомия. Выполнено 17 нефрэктомий (у 6 мужчин и 11 женщин): у 7 человек по поводу гидронефроза 4 ст. (одной больной выполнялась нефруретерэктомия), у 6 пациентов — по поводу рака почки (T1N0M0) с диаметром опухоли до 5 см. Геминефрэктомия по поводу гидронефроза 4 ст. верхней половины удвоенной почки сделана одному больному, 2 нефрэктомии — больным с вторично-сморщенной почкой и одному больному с коралловидным конкрементом, нефункционирующей почкой. Послеоперационных осложнений не было. Больные выписывались на 6–7-е сутки. Время операции — от 90 до 130 мин.

У больных мочекаменной болезнью выполнено 50 лапароскопических уретеролитотомий, 33 пиелолитотомии, у двух больных — резекция нижнего полюса почки с конкрементом и нефрэктомия у больной с коралловидным конкрементом нефункционирующей почки (всего 86 человек: 50 женщин и 36 мужчин). Конкременты локализовались в нижней трети у 11 человек, в средней трети — у 19, в верхней трети — у 20. Размеры конкрементов колебались от 1 до 1,5 см. Удаленные из лоханки конкременты имели размеры от 1,5 до 4 см. Время операции составило 40–90 мин. Больные выписывались на 5–7-й день. Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдали у 3 пациентов (3,5%): у одного — пиелонефрит, купированный консервативными методами, у двух — несостоятельность швов мочеточника, потребовавшую стентирования мочеточника до 5 суток и забрюшинного дренирования.

При стрессовом недержании мочи 2–3-й ст. у женщин выполнено 48 операций Берча. Интраоперационно у двух больных (4,2%) был поврежден мочевой пузырь, что потребовало интракорпорального ушивания поврежденной стенки. Послеоперационных осложнений не отмечено. Результатами операции удовлетворены 44 женщины (91,7%).

Пластику ЛМС при стриктурах (9 операций) выполняли, резецируя измененный участок мочеочника и накладывая пиелоуретеральный анастомоз непрерывным швом на стенке. Операция длилась от 100 до 120 мин. У двух больных одновременно удалялись конкременты лоханки. Больные выписывались на 7-е сутки. У одного больного (11,1%) послеоперационный период осложнился деструктивным пиелонефритом, пионефрозом, что потребовало нефрэктомии.

Выполнено 5 операций при поликистозе почек: иссечение кист на поверхности почки, игнлопунктура глубоко расположенных кист. Одна операция — при крипторхизме слева, абдоминальной ретенции. Из прочих операций — 6 эпинефрэктомий у больных с доброкачественной опухолью надпочечника, иссечение кисты надпочечника, лапароскопически ассистированное низведение яичка; орхипексия — у одного пациента; лапароскопическое вскрытие паранефральной гематомы, дренирование забрюшинно — у больного с травмой почки; забрюшинная лимфодиссекция — у двух больных с семиномами яичка как второй этап после орхифуникулэктомии; у двух больных — вскрытие, иссечение кисты урахуса.

Таким образом, целесообразность применения лапароскопического метода не вызывает сомнения в настоящее время при лечении таких патологий, как киста почки, нефроптоз, варикоцеле. У больных мочекаменной болезнью считаем показанным видеохирургический метод при любой локализации конкрементов в мочевыводящих путях, если: а) есть противопоказания для литотрипсии или отсутствует эффект от нее, б) пациент оперирован ранее и имеется послеоперационная стриктура мочеочника, в) мочекаменная болезнь сочетается с нефроптозом и показана симультанная нефропексия. При больших размерах конкремента (больше 1,5 см) проведение дистанционной литотрипсии также нежелательно. Женщины со стрессовым недержанием мочи оперированы с хорошими результатами при правильном выборе показаний. Преимущества метода определяют дальнейшее развитие оперативной урологии.

Эффективность хирургического и консервативного лечения большим местно-распространенным раком простаты

Л. В. Шаплыгин, Д. В. Фурашов, А. С. Девятков

Москва

Цель работы — определить оптимальный вид лечения больных местно-распространенным раком простаты в зависимости от различных факторов, оценить эффективность простатвезикулэктомии в сочетании с неoadъюватной гормонотерапией или без нее.

Проведена сравнительная оценка результатов лечения 183 больных с местно-распространенным раком простаты, находившихся на лечении в ГВКГ им. акад. Н. Н. Бурденко с 1998 по 2005 гг. В первую группу включены 86 пациентов, перенесших простатвезикулэктомию, у 22 из них проводилась неоадьювантная гормонотерапия. Вторая группа — 97 больных, получавших консервативное лечение. Обе группы составлены из пациентов с категорией рака простаты T3N0M0, средний возраст больных первой группы составил 61 год, второй — 74 года. Срок наблюдения — от 1,5 до 7 лет.

Показанием к простатвезикулэктомии считали рак простаты категории T3N0M0, уровень ПСА менее 20 нг/мл, ожидаемую продолжительность жизни 10 лет и более, категория G1–2. У 22 больных за три месяца до простатвезикулэктомии выполнялась хирургическая или медикаментозная кастрация и начиналась неоадьювантная гормонотерапия антиандрогенами. В остальных 97 случаях проводили консервативную терапию, включающую хирургическую или медикаментозную кастрацию, прием нестероидных антиандрогенов (касодекс, флюцином) и дистанционную лучевую терапию СОД 62–72 Гр. на предстательную железу и пути лимфооттока. Результаты лечения оценивали по следующим показателям:

- время до появления признаков прогрессирования болезни (появления отдаленных метастазов);
- динамика уровня простатспецифического антигена;
- оценка качества мочеиспускания по данным урофлоуметрии;
- наличие местного рецидива в зоне операции или жизнеспособных раковых клеток в ткани простаты после консервативной терапии.

В первой группе появление костных метастазов выявлено у 4,5% больных через 2,5 года после операции, тогда как во второй группе — у 31,1%. Уровень сывороточного простатспецифического антигена (ПСА) у 86,4% больных первой группы не превышал 0,1 нг/мл, во второй группе показатели ПСА варьировали от 0,1 до 60 нг/мл. Улучшение качества мочеиспускания после операции отмечено у всех больных, имевшееся недержание мочи у 13 больных прекратилось через 3 месяца у 2 и через 8 — у одного больного, при этом средняя объемная скорость мочеиспускания составила $20 \pm 3,5$ мл/с. У больных, получавших только консервативное лечение, скорость мочеиспускания составила $7,3 \pm 3,1$ мл/с.

Из 97 больных, получавших консервативное лечение, контрольная биопсия простаты выполнена у 21. Жизнеспособные раковые клетки выявлены у 15,6% больных. После простатвезикулэктомии местный рецидив выявлен у 9 пациентов, биохимический рецидив диагностирован в 13 случаях.

Интраоперационные осложнения отмечены у 8,2% больных, в том числе кровотечение — у 1, повреждение устья мочеточника — у 1, повреждение прямой кишки — у 2. Поздние осложнения были у 6 (27,3%) пациентов, среди них полное недержание мочи — у 2, недержание мочи при физической нагрузке — у 6 и стриктура уретропузырного анастомоза — у 1. Летальных исходов не было.

Анализ осложнений показывает, что большинство их связано с неправильным стадированием заболевания до операции и соответственно неадекватным подходом к срокам оперативного лечения. Наиболее частой ошибкой до операции является установление категории рака простаты T1-2, тогда как интраоперационно выявляется категория T3. Ошибки диагностики объясняются несовершенством методов обследования. Таким образом, радикальная простатвезикулэктомия при правильном отборе больных с местно-распространенным раком простаты позволяет избежать их от мучительных симптомов инфравезикальной обструкции, а нормализация уровня ПСА и отсутствие признаков прогрессирования у большинства больных, перенесших простатвезикулэктомию, позволяет отказаться от необходимости пожизненного приема антиандрогенов.

Считаем целесообразным проведение неоадьювантной гормонотерапии у больных раком простаты начиная с категории рака простаты T3 течение как минимум трех месяцев перед простатвезикулэктомией.

Повторная анастомотическая уретропластика

П. А. Щеплев, Б. Р. Гвасалия, Н. Н. Гарин

Москва

Анастомотическая уретропластика остается оптимальным методом лечения проксимальных стриктур уретры из-за наиболее низкого процента осложнений и рецидивов. Тем не менее остается актуальным вопрос о том, какой вид уретропластики применить при рецидивах после анастомотической уретропластики. Некоторые авторы связывают эти рецидивы с тем, что первичная уретропластика, особенно после травматических повреждений уретры, производится в неспециализированных центрах.

В нашей клинике повторная анастомотическая уретропластика была выполнена 12 пациентам с рецидивной посттравматической стриктурой бульбозно-мембранозного отдела уретры. 9 из них перенесли одну операцию до обращения в нашу клинику, трое пациентов были дважды оперированы по поводу посттравматической стриктуры уретры.

Во всех случаях с целью уменьшения натяжения было выполнено разделение ножек полового члена, в 5 случаях понадобилась частичная резекция лонной кости. Средний период наблюдения составил 1,4 года.

Рецидив стриктуры был отмечен у двух пациентов (16,7%). Одному была выполнена эндоскопическая уретротомия, второму пациенту, 74 лет, была выполнена перинеостомия.

Таким образом, анастомотическая уретропластика дает хорошие результаты при рецидивных стриктурах задней уретры, при условии ее выполнения в специализированном центре опытными урологами, владеющими всеми навыками уретральной хирургии.

Методы медикаментозной терапии урологических заболеваний

Эффективность растительного лечебного комплекса Ликопрофит при заболеваниях простаты

В. В. Борисов

Москва

Медикаментозная терапия гиперплазии простаты (ГП) в последние 10 лет стала ведущей, а показания к оперативному лечению — более строгими и взвешенными. Вопросам профилактики гиперплазии простаты, хронического простатита (ХП) и терапии, направленной на предотвращение их прогрессирования, к сожалению, должного внимания не уделяется. Профилактический подход должен быть ранним и комплексным, а сочетанное профилактическое применение лекарств порой обременительно с материальной точки зрения. Наглядным примером реального преодоления этих трудностей может служить растительный комплекс Ликопрофит — рациональное сочетание лечебных растительных компонентов, эффективно влияющих на большинство звеньев патогенеза заболеваний простаты. В его составе — каротиноид ликопин, витамин Е, аскорбиновая кислота, витамин D₃, экстракт плодов пальмы *Serenoa repens*, экстракт коры африканской сливы *Pigeum africanum*, экстракт корня крапивы *Urtica dioica*, пиколитат хрома, аспарагинат цинка, дрожжи, обогащенные селеном.

Ликопин — каротиноид, препятствующий повреждению клеток свободными радикалами, является потенциальным антиоксидантом, снижает доступность ДНК лимфоцитов оксидантному повреждению, инактивирует перекись водорода и двуокись азота и защищает лимфоциты от индуцированных окисью азота мембранных повреждений, а клетки — от гибели. Действие ликопина может включать модуляцию межклеточных соединений, гэпов, антираковый механизм. В физиологических концентрациях он ингибирует рост клеток рака простаты. Селен и витамин Е, необходимы для эффективного действия глутатиона, обеспечивающего работу иммунной системы, — естественного нейтрализатора свободных

радикалов. Витамин Е действует совместно с селеном, его дефицит снижает способность организма усваивать и реализовывать селен. Витамин С способствует нормальному метаболизму селена. Хром связан с регуляцией углеводного обмена, его недостаток обуславливает нейропатию и ангиопатию, а компенсация способна улучшить энергообеспечение и метаболизм клеток простаты. Цинк является иммуностимулятором, входит в состав ферментов синтеза глюкокортикоидов, необходим для роста, развития и функционирования репродуктивной системы, нормализует функцию простаты.

Экстракт плодов пальмы *Serenoa repens* ингибирует 5 -редуктазу 1-го и 2-го типа, тормозя рост аденомы, благотворно влияет на обмен арахидоновой кислоты и снижает синтез простагландинов, оказывая противовоспалительное действие. Он является основой таких препаратов, как Пермиксон, Серпенс, Простамол Уно. Экстракт коры *Pygeum africanum* обладает противовоспалительной активностью, также обусловленной ингибированием синтеза простагландинов в клетках простаты, содержит пентациклические тритерпены, обладающие противоотечными свойствами, а также п-докозанол и тетракозанол, снижающие уровень пролактина и блокирующие накопление холестерина в клетках простаты. Его противовоспалительный эффект обусловлен снижением продукции лейкотриенов и других 5-липоксигеназных метаболитов. При исходно низкой активности щелочной фосфатазы в простате экстракт способен ее восстанавливать, увеличивая и продукцию белков. Компоненты экстракта обуславливают ингибирование роста фибробластов, увеличение секреции надпочечниковых андрогенов, секреторной активности простатического и бульбо-уретрального эпителия. Его действие на фактор роста фибробластов является следствием положительного влияния на ГП в большей степени при ее сопутствующем воспалении. На экстракте коры *Pygeum africanum* созданы такие известные препараты, как Таденан и Трианол. Экстракт корня *Urtica dioica*, будучи основой препарата «Уртирон», увеличивает объем и скорость опорожнения мочевого пузыря, уменьшает объем остаточной мочи при ГП.

Наши исследования на протяжении 2 лет показали, что постоянный прием Ликопрофита приводит к общему субъективному улучшению у большинства (56,6%) пациентов с начальными проявлениями ГП и ХП. Оно проявляется в уменьшении затруднений при опорожнении мочевого пузыря, ликвидации дискомфорта внизу живота после мочеиспускания, обусловленного даже небольшим объемом остаточной мочи, улучшении настроения, аппетита, жизненного тонуса, уверенности в эффективности проводимой терапии. 20% больных отметили существенное улучшение струи мочи, тогда как положительная динамика урофлоумет-

рии имела место в 72,4% случаев. Уменьшение суммы баллов шкалы IPSS произошло у всех, улучшение индекса качества жизни QoL отметили 93,3% больных; исходно нормальный уровень ПСА крови не стал повышенным ни у одного больного. Уменьшение пальпаторной болезненности простаты при хроническом воспалении отмечено в 30% случаев, что свидетельствует о противовоспалительной эффективности Ликопрофита, которую подтвердила положительная динамика микроскопии секрета простаты у 100% больных. Уменьшение массы простаты наблюдалось у 55,2% больных, остаточная моча исчезла или ее объем уменьшился у 93,3%. Общая субъективная оценка результатов терапии была положительной. Поэтому Ликопрофит можно считать перспективным, эффективным и безопасным средством лечения больных ХП и ГП и в ранних стадиях заболевания, однако трудно надеяться на быстрый и выраженный эффект при значительных размерах гиперплазии, его не следует назначать при выраженной симптоматике ГП, ГП+ХП, когда применяют общепринятую медикаментозную терапию. Профилактическое значение Ликопрофита может быть оценено в ходе дальнейшего длительного наблюдения за больными, продолжающими прием препарата.

Наш опыт лечения гиперактивного мочевого пузыря препаратом «Везикар»

В. С. Бощенко, А. В. Гудков

Томск

Расстройства мочеиспускания у женщин сопровождаются самыми различными клиническими проявлениями. Учащенное мочеиспускание, императивное недержание мочи встречаются у 20–35% пациенток, обратившихся к урологу. Типичными симптомами гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП) являются: увеличение частоты мочеиспусканий (более 8 раз в день), императивные позывы к мочеиспусканию, заканчивающиеся потерей мочи у трети больных, частое прерывание ночного сна для мочеиспускания.

Существует несколько методов лечения ГАМП, среди которых медикаментозная терапия является средством выбора. Целью данной работы было изучение эффективности применения препарата «Везикар» у пациенток с императивными нарушениями мочеиспускания.

На кафедре урологии Сибирского государственного медицинского университета Везикар применяется с октября 2006 г. В исследование были включены 20 пациенток с жалобами на императивные нарушения мочеиспускания. Средний возраст пациенток составил 44,9 года. Все пациентки обследовались по стандартной методике, включавшей в себя за-

полнение дневника мочеиспусканий в течение 2 суток, влагалищный осмотр, уретроцистоскопию, общие анализы крови и мочи, урофлоуметрию с определением остаточной мочи, цистометрию, УЗИ почек и органов малого таза.

Характерными жалобами для пациенток до лечения были: частое мочеиспускание у 17 (85%), императивные позывы у 15 (75%), недержание мочи при императивном позыве у 4 (20%), прерывание ночного сна для мочеиспускания у 7 (35%). При уродинамическом исследовании у всех пациенток имелись признаки гиперактивности детрузора.

Больные получали Везикар по стандартной схеме: по 5 мг 1 раз в день. Средняя продолжительность лечения — 4 недели. Эффективность лечения оценивалась после курса терапии Везикаром на основании данных цистометрии, дневника мочеиспусканий, симптомов инконтиненции, императивных позывов, наличия побочных эффектов. При приеме Везикара частота мочеиспусканий сократилась в среднем в 6,4 раза, частота императивных позывов — в 2,6 раза, у 3 из 4 пациенток прекратилось недержание мочи, 6 из 7 пациенток перестали жаловаться на ноктурию. Объем мочеиспускания увеличился в среднем на 48,5 мл. Значительное улучшение состояния установлено у 8 (40%) пациенток, улучшение состояния — у 10 (50%) и отсутствие эффекта — у 2 (10%) пациенток.

Из побочных эффектов при лечении Везикаром нами отмечена только незначительная сухость во рту у одной пациентки.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности терапии ГАМП препаратом «Везикар». Положительной стороной лечения Везикаром является также удобный режим приема препарата — один раз в день.

Фторированные хинолоны: проблема выбора и применения в урологии

А. В. Давыдов

Барнаул

Среди различных групп антибактериальных препаратов в лечении больных воспалительными заболеваниями мочеполовой системы ведущее место отводится фторхинолонам. На основе рекомендаций Европейской ассоциации урологов в 2002 г. разработаны основные стандарты по лечению инфекций мочевыводящих путей (ИМП).

Фторхинолоны остаются ведущим классом антибиотиков, применяемых при лечении ИМП. Национальные и международные (CDC, European Association of Urology) рекомендации не отдают явного приоритета тому или иному препарату. В России на 01.01.2006 зарегистрировано 9 различ-

ных фторхинолонов. На сегодняшний день наиболее предпочтительным фторхинолоном для широкого использования в урологии является левофлоксацин. Препараты с преимущественно внепочечным выведением (моксифлоксацин, гатифлоксацин) в Европе не рекомендуются для лечения инфекций мочеполовых путей и репродуктивной системы.

Основные характеристики фторхинолонов заключаются в широком антимикробном спектре действия, они высокоактивны в отношении грамотрицательных и грамположительных аэробных и анаэробных бактерий, микобактерий, хламидий, микоплазм, обладают бактерицидным действием, активны в отношении микроорганизмов с внутриклеточной локализацией, имеют выраженный постантибиотический эффект, высокую уроселективность, биодоступность, малотоксичны и хорошо переносятся больными. Ограничение применения в педиатрии связано с повреждающим действием на растущий хрящ, поэтому фторхинолоны не рекомендуются беременным и детям до 14 лет.

В настоящее время в лечении ИМП широко используются следующие фторхинолоны: норфлоксацин, ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин, пефлоксацин, спарфлоксацин; ограниченно используются ломефлоксацин, моксифлоксацин, гатифлоксацин, эноксацин.

К фторхинолонам с высоким выведением с мочой в активном виде принадлежат левофлоксацин, офлоксацин, ломефлоксацин, ципрофлоксацин, пефлоксацин, спарфлоксацин, норфлоксацин, с низким выведением — моксифлоксацин, гемифлоксацин. К препаратам обычного спектра действия (за счет ингибирования ДНК-гиразы) относятся норфлоксацин, пефлоксацин, эноксацин, а расширенный спектр действия (за счет ингибирования ДНК-гиразы и топоизомеразы) имеют левофлоксацин, офлоксацин, ципрофлоксацин, спарфлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин, гатифлоксацин.

Механизм действия фторхинолонов связан с ингибированием ферментов группы топоизомераз, ответственных за процесс нормальной репликации ДНК. В результате нарушения функции фермента не осуществляется процесс суперспирализации ДНК, что приводит к нарушению деления и быстрой гибели клетки. Механизм действия принципиально отличается от механизма действия антибиотиков других классов. Это обеспечивает важнейшее свойство фторхинолонов — активность в отношении штаммов, устойчивых к антибиотикам, в том числе полирезистентных.

Сравнение фторхинолонов по биодоступности и уроселективности показывает, что по биодоступности более 90% имеют офлоксацин, левофлоксацин, ломефлоксацин, пефлоксацин, моксифлоксацин, более 60% — спарфлоксацин, ципрофлоксацин. По уроселективности более 90% имеют офлоксацин, левофлоксацин, спарфлоксацин, более 60% — ломефлокса-

цин, ципрофлоксацин, более 40% — норфлоксацин, пефлоксацин, моксифлоксацин.

При изучении клинической эффективности фторхинолонов выявлено, что в лечении больных на амбулаторном этапе целесообразно назначение ципрофлоксацина, спарфлоксацина, пефлоксацина, норфлоксацина. На стационарном этапе в лечении неосложненных ИМП предпочтение следует отдать левофлоксацину, ципрофлоксацину, спарфлоксацину, а в лечении осложненных ИМП — левофлоксацину.

Таким образом, проблемы терапии инфекций мочевыводящих путей определяются биологическими особенностями микроорганизма и тканевыми барьерами для многих антибактериальных препаратов, в связи с чем фторхинолоны заслуживают наибольшего внимания при лечении ИМП.

Литолитическая терапия уратного нефролитиаза

Н. К. Дзеранов, Р. И. Багиров

Москва

Уратный уролитиаз — единственная форма мочекаменной болезни, при котором ведущей формой лечения является литолитическая (камне-растворяющая) терапия. Этот метод лечения применяется более 40 лет и связан с использованием препаратов, содержащих цитратные смеси (Блемарен). Оценка эффективности растворяющей терапии на фоне дренирования почки внутренним катетером «stent» до сих пор остается спорной.

Основу данного исследования составили 60 пациентов с уратным нефролитиазом, которые находились на стационарном лечении и диспансерном наблюдении в ФГУ НИИ урологии Росздрава РФ на базе городской клинической урологической больницы № 47 г. Москвы в период с 2004 по 2007 гг. Пациенты были разделены на две группы: первую группу составили 30 человек, которые получали литолитическую терапию на фоне недренированной почки, во вторую группу вошли 30 пациентов, которым проводилась литолитическая терапия на фоне дренирования почки внутренним катетером «stent». Внутренний катетер «stent» у 20 больных был установлен в плановом порядке для проведения литолитической терапии, а у 10 — после экстренного дренирования почки мочеточниковым катетером (при уратных камнях мочеточника) со смещением камня из просвета мочеточника в собирательную систему почки.

По данным исследования, наиболее часто камни локализовались в чашечках нижнего сегмента — у 23 (38,3%) пациентов, далее в чашечках среднего сегмента — у 15 (25,0%), в лоханке — у 12 (20,0%), в чашечках верхнего сегмента — у 10 (16,7%). Размер анализируемых камней варь-

ровал в пределах от 7 до 25 мм, средний размер камней в первой группе составил $16,7 \pm 5,2$ мм, во второй группе — $16,4 \pm 5,3$ мм.

Литолитическая терапия у пациентов сочеталась с коррекцией рациона (диета с ограничением пуринов) при контроле кислотности мочи и показателей пуринового обмена с контрольным обследованием через месяц. У 22 (73,3%) пациентов из первой группы и у 24 (80,0%) пациентов из второй группы при контрольном обследовании через месяц после начала литолитической терапии отмечено полное растворение уратных камней. У 3 (10,0%) пациентов из первой группы и 3 (10,0%) пациентов из второй группы при контрольном обследовании выявлено частичное растворение уратных камней, в связи с чем литолитическая терапия этим пациентам продолжена; при очередном контрольном обследовании через месяц у этих пациентов признаков наличия камней выявлено не было.

Таким образом, эффективность литолитической терапии составила 83,3% и 90,0% соответственно. Оставшимся 5 (16,7%) пациентам из первой группы и 3 (10,0%) пациентам из второй группы в связи с отсутствием положительного эффекта от литолитической терапии была выполнена дистанционная литотрипсия, что позволило добиться полной фрагментации у всех 8 (100%) больных. Спектральный состав фрагментов отошедших или удаленных конкрементов (в том числе изученных ретроспективно) показал, что в 34 (56,7%) случаях камни состояли из безводной мочевой кислоты, в 16 (26,7%) — из дигидрата мочевой кислоты, в 7 (11,7%) случаях отмечалось сочетание дигидрата мочевой кислоты и безводной мочевой кислоты с уратом аммония, еще в 3 (5,0%) случаях камни состояли из урата аммония.

Дизурии и рефлюкса на фоне дренирования почки внутренним катетером «stent» не было отмечено ни у одного пациента. У 27 (90,0%) больных «stent» был удален после окончания литолитической терапии, у остальных 3 (10,0%) — после фрагментации камней путем дистанционной литотрипсии.

Вобэнзим в комплексной терапии хронического пиелонефрита.

*В. В. Дутов, С. Б. Уренков, Н. В. Бычкова, Л. М. Колобова, Д. М. Попов,
К. В. Головченко*

Москва

Системная энзимотерапия используется при лечении множества заболеваний в различных областях медицины. Энзимные препараты обладают рядом важных свойств: оказывают положительное влияние на ход воспалительного процесса, ограничивают патологические проявления иммунных и аутоиммунных процессов, улучшают реологические свойства

ва крови и микроциркуляцию, способны увеличивать концентрацию антибиотиков в очаге воспаления, обладают вторичным анальгезирующим эффектом, снижают побочные действия антибактериальной терапии. Подобные свойства ферментных препаратов являются весьма значимыми в отношении патогенетического лечения острых и хронических воспалительных заболеваний в дополнение к антибактериальной терапии.

Цель работы — исследовать лечебный эффект препарата «Вобэнзим» (МУКОС Фарма, Германия) при обострении хронического пиелонефрита.

Вобэнзим использовался при лечении 20 больных, среди которых было 12 женщин и 8 мужчин от 16 до 67 лет (двое детей). У двух больных течение пиелонефрита было осложнено развивающимся карбункулом почки. Для контроля проведен ретроспективный анализ лечения аналогичной группы больных. Всем пациентам проводилась антибактериальная терапия: цефазолин 1,0 г 2 раза в сутки внутримышечно до 2 недель, в дальнейшем — ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки в течение 2 недель. В случаях карбункула почки и тяжелого течения пиелонефрита использовался Тиенам по 1 г 2 раза в сутки внутривенно в течение 10 дней и внутривенное лазерное облучение крови. Вобэнзим применялся в дополнение к антибактериальной терапии в следующем режиме: 5 драже 3 раза в сутки за 30 минут до еды в течение 2 недель. У всех пациентов контролировались показатели общего анализа мочи, крови, бактериурия, титр микробных тел, чувствительность к антибиотикам, анализировались данные ультразвукового исследования в динамике.

У всех больных на фоне терапии отмечено ускорение выздоровления, сокращение койко-дня (в среднем на 5 дней) и продолжительности приема антибиотиков по сравнению с контрольной группой (на 30%). Обострение хронического пиелонефрита во всех случаях удалось купировать без оперативного вмешательства в условиях адекватного дренирования почки и отсутствия обструкции верхних мочевых путей, в том числе и у больных с карбункулом почки в течение 2 недель.

Следовательно, Вобэнзим можно использовать в качестве средства вспомогательной терапии при пиелонефрите, что значительно повышает эффективность антибактериальной терапии при лечении обострения хронического пиелонефрита. Таким образом, литолитическая терапия на фоне дренирования почки внутренним катетером «stent» позволяет повысить эффективность литолитической терапии в лечении уратного нефролитиаза.

Тамсулон-ФС в лечении больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы

А. А. Еркович, В. И. Исаенко, Н. Д. Темников, О. В. Абаимов

Новосибирск

В настоящее время ведущее место в лечении больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы отводится α_1 -адреноблокаторам, воздействующим на динамический компонент расстройств мочеиспускания. По литературным данным, к эффективным средствам этого плана относят отечественный α_1 -адреноблокатор Тамсулон-ФС, являющимся аналогом Тамсулозина с селективным действием на α_1 -адренорецепторы шейки мочевого пузыря, простатического отдела уретры, мышечных слоев простаты.

Нами проведено исследование эффективности Тамсулона-ФС у 89 больных, среди них с первой стадией заболевания было 37 (41,6%), со второй — 52 (58,4%). У всех больных наблюдалось частое, затрудненное мочеиспускание с вялой струей мочи, количество остаточной мочи составляло от 66 до 90 мл. Возраст больных составлял от 64 до 70 лет. Препарат назначался по 0,4 мг в сутки. Ярко выраженных побочных эффектов, которые стали бы причиной отказа от дальнейшего лечения, на фоне приема Тамсулона не было. У 15 человек (16,9%) наблюдалось головокружение, 16 (17,9%) отмечали головную боль, у 13 (14,6%) выявлена незначительная артериальная гипотензия.

Для суждения об эффективности лечения подсчитывался средний балл по системе IPSS и оценивалось качество жизни по QOL. Определялись количество остаточной мочи, максимальная скорость мочеиспускания ($Q_{\max}$) до начала приема Тамсулона, а также спустя 2, 7, 12 недель лечения. Положительный эффект подтверждался положительной динамикой субъективных и объективных показателей качества мочеиспускания. Субъективно 79 (88,8%) больных отметили «хорошую» и «очень хорошую» эффективность лечения. Анализ баллов по QOL показал «хорошую» эффективность лечения у 75 (84,3%) пациентов, 12 (13,5%) больных отметили ее как удовлетворительную, 2 (2,2%) оценили качество жизни понятием «смешанное чувство». Улучшение мочеиспускания 81 пациент (91%) отметил после второй недели приема Тамсулона.

После 12 недель приема Тамсулона у больных отмечалось снижение частоты мочеиспускания днем и ночью, увеличение силы струи мочи. Суммарный балл по IPSS улучшился в 2,4 раза (в среднем от 17 до 7 баллов). Максимальная скорость мочеиспускания возросла с 8,4 до 14,5 мл/с. Объем остаточной мочи в конце исследования уменьшился на 71,8% (с $85 \pm 6,9$ мл до $24 \pm 3,4$ мл).

Таким образом, можно заключить, что Тамсулон-ФС является эффективным средством и может служить препаратом выбора при лечении пациентов с данной патологии.

Антибактериальная фотодинамическая терапия гнойных осложнений в хирургии нефротуберкулеза

О. Н. Зубань, А. С. Мельников

Санкт-Петербург

Гнойно-септические осложнения продолжают оставаться одной из самых актуальных проблем современной урологии. Раневая инфекция развивается у 20–25% оперированных пациентов, занимая по количеству случаев второе место среди больничной инфекции после нозокомиальной (40%). Наличие сопутствующего пиелонефрита более чем у 80% больных нефротуберкулезом, использование кишечных фрагментов для замещения мочевых путей, большая длительность операции увеличивают риск нагноения операционных ран. Высокий уровень смертности от септических осложнений (5–10%) обуславливает необходимость поиска новых эффективных способов местного воздействия на очаги инфекции.

В литературе имеются отдельные сообщения о положительных результатах использования антибактериальной фотодинамической терапии (АБФДТ) для санации гнойных ран, а также для стимуляции процессов регенерации и формирования рубца. Эффект метода обусловлен способностью фотосенсибилизаторов под воздействием лазерного излучения катализировать реакции образования в биологических тканях активных форм кислорода. Последний, являясь сильным окислителем, в различных концентрациях вызывает разрушение клеточных структур и гибель клеток, в том числе микробных, а также активирует регенеративные процессы. Эти физико-химические процессы могут быть направлены на ликвидацию микробной обсемененности гнойной раны (бактерицидный эффект), стимуляцию и контроль роста грануляционной ткани, что в совокупности способствует ускорению заживления.

В урологической клинике СПбНИИФ метод АБФДТ применен в лечении гнойных осложнений оперативного лечения нефротуберкулеза у двух пациентов. Стандартные методы санации послеоперационных ран не дали положительного эффекта. В полость гнойной раны ежедневно вводили 10 мл 0,03% раствора Радахлорина (экзогенного фотосенсибилизатора) с экспозицией под повязкой в 1 час, затем проводили облучение лазером с длиной волны 662 нм и мощностью 75 мВт. Курс лечения состоял из трех процедур.

Пример 1. Больная Б., 58 лет, с диагнозом «туберкулез мочевой системы, туберкулезный папиллит обеих почек, туберкулез мочевого пузыря, активная фаза, МБТ (–), микроцистис». После выполнения аугментационной илеоцистопластики и правосторонней нефростомии в послеоперационном периоде выявлено ранение двенадцатиперстной кишки с формированием свища. После ушивания дефекта раневое отделяемое носило гнойно-некротический характер, а при бактериологическом исследовании получен рост колоний *Ps. aeruginosa* и грибов рода *Candida*. Традиционные методы санации и заживления гнойных ран с использованием антибактериальных препаратов с учетом чувствительности эффекта не давали в течение двух месяцев. Проведен курс АБФДТ. Отмечено очищение раны в течение 7 дней и отсутствие роста флоры при посевах.

Пример 2. Больная К., 60 лет, с диагнозом «туберкулез мочевой системы, кавернозный туберкулез почки, туберкулез левого мочеточника, активная фаза, МБТ (+), стриктура прилоханочного отдела левого мочеточника». Выполнены ревизия левой почки и мочеточника, резекция нижнего полюса почки с каверной, резекция верхней трети левого мочеточника, уртерокаликаноанастомоз, уретеронефростомия слева. В послеоперационном периоде после удаления мочеточникового интубатора и нефростомы сформировавшийся свищевой ход в течение 4 недель не заживал, грануляции вялые, отмечалось серозно-гнойное отделяемое. Посевом отделяемого из свища получен рост колоний *E. coli*. Попытки заживления свища с использованием антибактериальных препаратов и протеолитических ферментов оказалась безуспешными. На фоне 3-дневного курса АБФДТ прекратилось выделение серозно-гнойного содержимого, свищевой ход активно гранулировал, полностью закрылся на 7-е сутки.

Приведенные данные показывают возможность использования АБФДТ в борьбе с гнойными осложнениями после оперативного лечения урологических больных. Немногочисленность наблюдений обуславливают необходимость продолжения клинических исследований для оптимизации методологии и повышения достоверности результатов.

Опыт применения биологически активной добавки к пище «Уролизин» при мочекаменной болезни

В. И. Исаенко, Т. Н. Моисеенко

Новосибирск

При лечении больных мочекаменной болезнью широко применяются лекарственные средства растительного происхождения и биологически активные добавки к пище, обладающие спазмолитическим, обезболивающим, противовоспалительным, литолитическим эффектом (блеморен,

цистон, уролисан, пролит и др.). В настоящее время ООО «Биолит» выпускает биологически активную добавку к пище «Уролизин». В состав Уролизина входят экстракты листьев березы, трав горца птичьего, солянки холмовой, хвоща полевого, корней лопуха, побегов курильского чая, черники обыкновенной, плодов аронии черноплодной, рябины обыкновенной. В совокупности эти экстракты, входящие в состав Уролизина, обладают мочегонным, противовоспалительным, спазмолитическим, гепатопротекторным, обезболивающим, противомикробным, жаропонижающим действием. Соли кремниевой кислоты, содержащиеся в экстрактах травы хвоща полевого и горца птичьего, способны образовывать с солями почек коллоидные растворы и выводить их с током мочи.

Уролизин содержит витамины С, К, Е, флавоноиды, фитонциды, микроэлементы: калий, фосфор, кальций, цинк, марганец, медь, молибден, бром, железо и др., что позволяет использовать его как поливитаминное, антитоксическое, антиоксидантное средство для стимуляции обмена веществ и иммунной системы.

Целью настоящей работы явилось изучение возможности мочегонного, уролитического, спазмолитического, противовоспалительного действия Уролизина при мочекаменной болезни. Препарат был применен у 14 больных мочекаменной болезнью с почечной коликой (срок наблюдения — 6 недель), у 10 больных с камнями почек, у 14 — с камнями мочеточников при подготовке их к проведению дистанционной литотрипсии (ДЛТ), которая проводилась на литотрипторах «Lithostar modularis» и «Урат ПП». При изучении противовоспалительного эффекта Уролизина исследовались состояние лейкоцитоза крови, степень лейкоцитурии до и после приема Уролизина. Уролизин назначался по 2 г растворенным в теплой воде 3–4 раза в день при поступлении больных с проявлениями почечной колики, при их подготовке к литотрипсии, в послеоперационном периоде для ускорения отхождения фрагментов дезинтегрированного камня, а также для стимуляции отхождения с током мочи мелких конкрементов.

Среди 14 больных с проявлениями почечной колики было 6 женщин (42,9%), 8 (57,1%) мужчин. В трудоспособном возрасте (до 60 лет) находились 11 (78,6%) пациентов. Проявления почечной колики купировались назначением обезболивающих препаратов и спазмолитиков в первые часы поступления больных в стационар. После этого все больные получали БАД «Уролизин» без подключения к терапии других медикаментозных препаратов. Прием Уролизина всеми больными переносился хорошо, при этом ни в одном случае не наблюдалось побочных явлений. Больные отмечали, что при усилении почечных болей препарат оказывал обезболивающий эффект.

Величина камней до 0,4 см в наблюдалась у 8 (57,1%) больных, до 0,6 см — у 5 (35,7%), до 1,0 см — у 1 (7,2%) пациента. Отхождение конкрементов у 4 (28,6%) больных, у которых размеры камней составляли до 0,4 см, произошло через 6 дней после приема Уролизина, у 9 (64,3%) конкременты отошли с током мочи в период от 3 до 6 недель.

После 6-недельного приема препарата «Уролизин» у больных изменились показатели лейкоцитурии: у 6 (42,9%) произошла нормализация анализов мочи, у 7 (50,0%) — снижение степени лейкоцитурии (до приема препарата было $36,6 \pm 4,8$ лейкоцитов в полях зрения, после — 12–14). У 1 больного с длительно текущим хроническим пиелонефритом снижения лейкоцитурии не наблюдалось.

Группа больных с камнями почек состояла из 10 человек, из них 6 женщин (60,0%) и 4 мужчин (40,0%). Все больные этой группы были трудоспособного возраста (от 30 до 58 лет). Размеры конкрементов варьировали от 6 до 14 мм. Болевой синдром у всех пациентов носил умеренный характер. При поступлении в стационар больным назначался Уролизин. При этом у 4 пациентов (40,0%) отмечалось уменьшение болевого синдрома, у 6 (60,0%) боли сохранялись, что потребовало назначения спазмолитиков и анальгетиков. До проведения ДЛТ все больные принимали Уролизин от 3 дней до 2 недель.

Пациентам, получавшим Уролизин от 3 до 4 суток до литотрипсии, ДЛТ осуществлена с применением от 2 250 до 3 000 (в среднем 2 563) ударных волн со ступенью энергии ударной волны от 2,2 до 2,5 (в среднем 2,43) условных единиц. У пациентов, которые перед литотрипсией получали Уролизин более длительное время, потребовалось меньшее количество ударных волн (в среднем 1 750) при меньшей величине их энергии (в среднем 1,77 условных единиц).

После ударно-волновой литотрипсии все пациенты продолжали принимать Уролизин. При этом отмечено, что на фоне частичной и полной фрагментации время отхождения фрагментов составило от 3 часов до 5 суток, тогда как без приема препарата — чаще всего от 12 часов до 10 суток. Сокращение сроков отхождения фрагментов, очевидно, связано со спазмолитическим воздействием Уролизина.

На фоне приема Уролизина отмечалось уменьшение количества лейкоцитов крови и уровня лейкоцитурии. Уровень лейкоцитов крови до операции составил в среднем $9,2 \cdot 10^9$, после приема Уролизина — $8,2 \cdot 10^9$. Значения лейкоцитурии до приема Уролизина составляли в среднем 20–30 лейкоцитов в полях зрения, на фоне приема — до 6–7.

Пациентов с камнями мочеточников было 14, из них 8 женщин (57,1%) и 6 мужчин (42,9%). 12 пациентов (85,7%) находились в трудоспособном возрасте (от 20 лет до 60 лет). Размеры камней варьировали от 6

до 10 мм. У 10 человек (71,4%) проводилась ДЛТ камня мочеточника, в 1 случае (7,1%) была выполнена перкутанная нефростомия с последующим самостоятельным отхождением конкремента. По локализации камней больные, которым выполнялась ДЛТ, характеризовались следующим образом: 3 больных (30,0%) были с камнями в верхней трети мочеточника, 2 (20,0–14,3%) — в средней трети, 5 (50,0%) — в нижней трети.

При поступлении все больные принимали Уролизин. Продолжительность его приема до эндоскопических манипуляций и ДЛТ составила 1–14 дней. Больным с камнями мочеточников, принимавшим Уролизин в течение 5–14 дней, потребовалось в среднем 1 928 ударных волн со ступенью энергии, равной в среднем 1,99 условных единиц; при приеме Уролизина в течение 14 дней (один больной) для полной дезинтеграции камня потребовалось 1 500 ударных волн и 1,7 ступень энергии. У больных, принимавших препарат до 4 дней, разрушение конкрементов было достигнуто с большими показателями дистанционной литотрипсии (2 366 ударных волн, 2,4 ступень энергии), отхождение фрагментов разрушенных конкрементов наблюдалось в сроки от 3 до 5 суток.

В данной группе исследовались также уровни лейкоцитов крови и лейкоцитурии. Выявлено, что до приема препарата средние показатели лейкоцитов крови варьировали в пределах $9,2\text{--}11,5 \cdot 10^9$. На фоне приема препарата отмечалось снижение лейкоцитоза до нормы ($6,9\text{--}7,6 \cdot 10^9$). До приема препарата количество лейкоцитов в анализах мочи было в пределах 30–40 в полях зрения, после приема препарата, на 6–7-е сутки, у 8 (80%) больных наблюдалось уменьшение количества лейкоцитов до 6–8 в полях зрения.

У 3 больных, у которых конкременты в мочеточниках были размерами до 0,4 см, ДЛТ не проводилась. На фоне приема Уролизина у них наблюдалось отхождение конкрементов во время их пребывания в стационаре.

Таким образом, биологически активная добавка к пище «Уролизин» легко переносится больными. В настоящем исследовании не встретилось случаев индивидуальной непереносимости препарата в целом. «Уролизин» обладает противовоспалительным, спазмолитическим и анальгезирующими свойствами. Целесообразно его включение в комплексную терапию больных с почечной коликой, с наличием мелких конкрементов в мочевой системе и при подготовке больных к дистанционной литотрипсии.

Афала при доброкачественной гиперплазии простаты.

В. И. Исаенко, С. А. Степаненков

Новосибирск

В последние годы установлено, что в развитии доброкачественной гиперплазии предстательной железы определенная роль принадлежит простатическому специфическому антигену. Показано, что он регулирует клеточную пролиферацию, участвует в регуляции роста стромальных клеток предстательной железы.

В настоящем сообщении представлены предварительные результаты применения Афалы, содержащей сверхмалые дозы антител к простатическому антигену, у 13 больных с доброкачественной гиперплазией простаты. В процессе исследования проводился анализ симптомов по системе IPSS и QOL, выполнялась диагностика традиционными для этого заболевания методами. Возраст больных составлял от 51 до 72 лет. По жалобам и данным объективного исследования у 7 (53,8%) пациентов диагностирована первая стадия заболевания, у 6 – вторая. Препарат принимали по 2 таблетки два раза в день в течение 2,5 месяца.

При анализе ответов пациентов на вопросы международной системы суммарной оценки заболеваний простаты в баллах и качества жизни вследствие расстройств мочеиспускания до и после 11-недельного лечения афалой были получены нижеследующие данные (таб.).

Динамика симптомов заболевания и качества жизни пациентов при применении афалы (n = 13)

Параметры	Оценка в баллах	
	До приема Афалы	После приема Афалы
Показатели суммарной оценки симптомов заболеваний простаты по IPSS		
Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря	16	12
Мочеиспускание чаще, через 2 часа	26	14
Прерывистое мочеиспускание	3	3
Трудность временно воздержаться от мочеиспускания	14	4
Слабая струя мочи	30	10
Необходимость натуживаться для мочеиспускания	22	9
Частое мочеиспускание ночью	28	13
Суммарный балл по IPSS	10,7	5,0
Индекс качества жизни до и после приема афалы по QOL		
Индекс оценки качества жизни	3,44	2,22

Как видно из таблицы, после приема Афалы наблюдалось улучшение многих показателей IPSS. В частности, значительно уменьшилось количе-

ство баллов (от 1,9 до 3 раз) при таких симптомах, как частое мочеиспускание днем и ночью, слабость напора струи мочи, затрудненное мочеиспускание. Общий суммарный балл по IPSS уменьшился в 2,1 раза.

Выявлялось и улучшение качества жизни. У большинства больных наблюдалось изменение «смешанного чувства» удовлетворенности качеством жизни на «удовлетворительное».

Таким образом, можно констатировать, что прием гомеопатического препарата «Афала» ведет к симптоматическому улучшению состояния больных доброкачественной гиперплазией простаты, уменьшению степени выраженности у них расстройств мочеиспускания. Вопросы дозировки препарата требуют дальнейшего контролируемого исследования.

Результаты диагностики и лечения интерстициального цистита

Ф. П. Капсаргин, Н. Н. Ковригина

Красноярск

Интерстициальный цистит (ИЦ) — заболевание, характеризующееся учащенным императивным мочеиспусканием и болями, лишающими больных возможности работать и находиться в обществе.

По данным Д. Ю. Пушкаря (1999), заболеваемость ИЦ в Финляндии во всех возрастных группах составляет 18%, в США — 36%. В России заболевание встречается у 20–30% женщин, при том, что количество больных в 4–5 раз превышает их число с диагностированным заболеванием. Это подчеркивает не только высокую медицинскую, но и социальную актуальность изучения этого патологического состояния, существенно ухудшающей качество жизни больного. Эпидемиологические данные по Красноярскому краю крайне скудны, а научных исследований, посвященных диагностике особенностей течения заболевания, в данном регионе вообще нет.

Задачей нашего исследования явилось изучение особенностей клинического течения ИЦ с целью создания рационального адекватного алгоритма лечения. Для этого нами проведен анализ лечения 34 пациентов с диагнозом «интерстициальный цистит», госпитализированных в урологическое отделение Дорожной клинической больницы за период 2005–2006 гг. Средний возраст пациентов составил $47,6 \pm 12,4$ лет (от 17 до 77 лет), среди них 19 больных (44,1%) были моложе 50 лет. По нашим данным ИЦ у женщин встречается более чем в 10 раз чаще ($P < 0,01$), чем у мужчин, что совпадает с данными изученной литературы.

При выяснении жалоб больных отмечено, что учащенные (более 8 раз днем и более 2 раз ночью), императивные позывы к мочеиспусканию при отсутствии бактериурии отмечали 30 (88%) пациентов, постоян-

ные боли в проекции малого таза — 29 (85%) больных, жжение в уретре и мочевом пузыре — 11 (32%). Важно отметить, что основная часть больных (58%) страдала заболеванием более 6 лет.

Цистометрически и ультрасонографически установлено, что мочевого пузыря у 6 (17,6%) пациентов имеет объем менее 150 мл, а в 30% случаев отмечено снижение его емкости до объема менее 200 мл. По данным экскреторной урографии на фоне сморщенного мочевого пузыря диагностирована двусторонняя уретеропиелозектазия в двух случаях. Клинический анализ мочи у 20 (59%) пациентов не выявил патологических изменений; в 8,82% случаев отмечена умеренная эозинофилия в анализах крови.

Биопсия слизистой мочевого пузыря проводилась при наличии язвы Гуннера — 11 (32%) случаев. Язвенная форма протекала в основном по двум патоморфологическим вариантам:

а) фиброз с обильной лимфоцитарной инфильтрацией, содержащей лимфоидные фолликулы;

б) отек с мелкоочаговыми кровоизлияниями и участками очаговой моноклеарной инфильтрации, плоскоклеточной метаплазией, очаговым склерозом.

Всем больным проводилось стандартное лечение ИЦ путем комбинации препаратов. Кроме этого, больных информировали о том, что заболевание является хроническим, требующим длительного лечения. Рекомендовали соблюдение гигиенических норм (ношение белья из хлопка, исключение тесной одежды, использование ароматизированного мыла и др.), диету (исключение из рациона шоколада, орехов, кофе, специй, цитрусовых, газированных напитков и др.) и увеличение интервала между мочеиспусканиями на 15 мин в неделю, с конечным интервалом между микциями в 2–3 часа.

При неэффективности консервативной терапии применялось хирургическое лечение, показаниями к которому являлось: наличие гуннеровской язвы мочевого пузыря, стеноз уретры или шейки мочевого пузыря с явлениями инфравезикальной обструкции. Операциями выбора являлись ТУР, лазерная абляция мочевого пузыря и внутренняя оптическая уретротомия.

В соответствии с предложенной нами тактикой лечения больных ИЦ из 34 пациентов 15 (44,1%) были пролечены консервативно, у 19 больных течение заболевания требовало проведения оперативного лечения: ТУР — у 3 пациентов, лазерной абляции — у 13; трижды применялось гидробужирование.

Стойкая ремиссия в течение 2 лет достигнута у 13 (86,6%) пациентов в результате консервативного лечения ИЦ и у 17 (89,9%) пациентов, подвергшихся хирургическому вмешательству.

Следовательно, в результате проведенного нами исследования выявлены особенности клинического течения ИЦ, такие как выраженная дизурия при отсутствии бактериурии с длительным анамнезом заболевания, склонность заболевания к течению по язвенному типу (язвы Гуннера), которые позволили разработать тактику лечения ИЦ и добиться стойкой ремиссии заболевания у большинства больных (до 90%).

Роль локального применения антибактериальных химиотерапевтических средств в профилактике послеоперационных инфекционно-воспалительных поражений семявыносящих путей

Г. В. Коржавин, А. Д. Кравец

Уфа

Проблема предупреждения гнойно-воспалительных осложнений со стороны семявыносящих путей (ГВОСП) при трансвезикальных и позадилопных операциях на простате, а также трансуретральных манипуляциях и операциях у мужчин остается весьма актуальной. Недостатком традиционно применяемой с этой целью двусторонней вазорезекции является ее сравнительно низкая эффективность, а также нежелательные изменения в репродуктивной и гормональной сферах. Нами предложен способ интраоперационной профилактики ГВОСП (патент на изобретение № 2235514, 2235515), предполагающий инъекцию в семявыносящие протоки на уровне верхних отделов мошонки новокаинового раствора антибиотика (антибиотик по возможности в максимальной разовой дозе подбирается путем определения чувствительности флоры мочи или используется антибиотик широкого спектра действия) в проксимальном и дистальном направлении. С помощью интраоперационных ультразвуковых исследований установлено, что при этом раствор антибиотика, распространяясь в проксимальном направлении, заполняет семенной пузырек, а в дистальном достигает придатка яичка. Вазовезикулярная антибиотико-новокаиновая инъекция при открытых вмешательствах сочетается с парапростатической антибиотико-новокаиновой блокадой. При этом наряду с антибактериальным реализуются эффекты инфильтрационной новокаиновой анестезии: уменьшается травматичность операции, облегчается этап энуклеации узлов гиперплазии, уменьшается интраоперационное кровотечение. Вышеописанный способ позволил избежать возникновения послеоперационных фуникулитов и эпидидимоорхитов. Способ актуален при оперативном лечении доброкачественных опухолей простаты и ее склероза, хронического простатита, новообразований и камней мочевого пузыря, трансуретральных литотрипсиях, уретерореноскопиях и эн-

доскопических вмешательствах на верхних мочевых путях, термальном лечении заболеваний простаты, необходимости длительной катетеризации мочевого пузыря и диагностической контрастной вазовезикулографии или уретроцистоскопии, лечении хронического или острого простатита.

Оценка эффективности и переносимости селективного α_1 -адреноблокатора «Сетегис» у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Клиническое исследование

М. Ю. Лазарев, О. В. Абаимов

Новосибирск

Одним из наиболее частых и распространенных заболеваний мужчин среднего и пожилого возраста является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). Увеличение размеров предстательной железы сопровождается нарушением функции нижних мочевых путей. Основные проявления заболевания связаны с инфравезикальной обструкцией, что приводит к нарушениям мочеиспускания. Из-за разрастания ткани предстательной железы происходит сдавливание простатического отдела мочеиспускательного канала, что препятствует нормальному оттоку мочи из мочевого пузыря. Появляются обструктивные и ирритативные симптомы ДГПЖ.

Нами были исследованы 63 пациента с симптомами нарушения мочеиспускания, обусловленными ДГПЖ, средний возраст составлял 68,3 года, доза препарата постепенно повышалась с 1 до 5 мг. У всех пациентов лечение препаратом «Сетегис» начинали с перорального приема по 1 мг 1 раз в сутки на ночь. Через 3 дня все пациенты переводились на дозировку 2 мг однократно в сутки. Через 2 недели доза препарата достигала у всех 5 мг на ночь. Эффективность проводимой терапии оценивалась на основании первичных критериев (баллы IPSS и QoL) и вторичных параметров ($Q_{\max}$, остаточная моча, побочные эффекты).

Стандартное урологическое обследование: пальцевое ректальное исследование, измерение гемодинамических показателей, ультрасонография (определение количества остаточной мочи в мочевом пузыре), урофлоуметрия, анкетирование больных по шкале IPSS, определение качества жизни по шкале QoL — проводилось четыре раза: до начала приема Сетегиса, затем на 2, 7, и 12-й неделях лечения.

Суммарный балл по шкале IPSS за время наблюдения уменьшился на 39,6% — с 19,7 до 11,9%. Качество жизни по вопроснику QoL, оцениваемое самим больным, улучшилось на 25% — с 4 баллов до 3. Увеличение

максимальной скорости мочеиспускания у исследованных больных достигло 42,4% — с 8,4 мл/с до 14,5 мл/с. Объем остаточной мочи на фоне терапии Сетегисом за время исследования уменьшился на 71% — с $85 \pm 6,9$ мл до $24 \pm 2,7$ мл.

На фоне лечения у 22 пациентов (13,6%) отмечены различные побочные реакции, лишь у одного пациента ставшие причиной отказа от дальнейшего лечения. В подавляющем большинстве случаев побочные явления носили эпизодический характер и не являлись основанием для прекращения лечения или снижения дозы препарата. Наиболее часто мы отмечали у больных головокружение (24%), головную боль (18%), гипотензию (15%).

Субъективно 60 (95%) больных отметили «хорошую» и «очень хорошую» эффективность лечения. По мнению врачей отделения, проводивших исследование, «хорошая» и «очень хорошая» эффективность лечения была зафиксирована у 56 (89%) больных. О «хорошей» и «очень хорошей» переносимости лечения сообщили 57 (91%) больных.

Таким образом, в результате анализа полученных нами данных положительный эффект лечения больных ДГПЖ препаратом Сетегис подтвержден статистически значимой положительной динамикой субъективных и объективных показателей качества мочеиспускания. Доказана закономерность, согласно которой гипотензивный эффект Сетегиса в большей степени проявляется у больных с сочетанной артериальной гипертензией, в то время как у пациентов с изначально нормальными показателями гемодинамики зарегистрированы лишь незначительные колебания АД.

На основании настоящего исследования можно заключить, что он является эффективным средством лечения пациентов с начальной стадией заболевания. Благодаря эффективности, безопасности, экономической доступности Сетегиса он может служить препаратом выбора в лечении ДГПЖ.

Комбинированная терапия в реабилитации больных с ДГПЖ

В. В. Михайличенко, В. Н. Фесенко, В. П. Александров, Д. Г. Кореньков,

Т. Н. Назаров, Е. В. Николаева

Санкт-Петербург

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) нередко приводит к обструкции выхода из мочевого пузыря, что сопровождается гипертрофией мышцы детрузора, его гиперплазией и нестабильностью. Это манифестируется учащением мочеиспусканий, появлением императивных позывов, в некоторых случаях — недержанием мочи и формированием гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП).

У 32% пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу ДГПЖ (ТУР, аденомэктомия) сохраняются учащенное мочеиспускание, императивные позывы и другие симптомы, снижающие качество жизни.

Консервативное лечение проведено 67 пациентам, страдающим ДГПЖ с симптомами ГАМП. Из них 28 выполнено оперативное пособие (ТУР по поводу ДГПЖ). В течение 2 месяцев все пациенты получали таденан по 50 мг 2 раза и дриптан по 5 мг 2 раза в сутки. Противоотечное действие таденана направлено на стенку мочевого пузыря и предстательную железу, дриптан снижает возбудимость М-холинорецепторов мочевого пузыря. Результаты оценивались по шкале IPSS, индексу качества жизни QoL и максимальной скорости мочеиспускания ($Q_{\max}$) по данным урофлоуметрии. В ходе исследования 12 пациентам в связи с недостаточной эффективностью доза дриптана увеличена с 10 до 15 мг в сутки, и еще 6 пациентам пришлось подбирать дозу индивидуально (5 мг и 7,5 мг в сутки) из-за диспепсии.

У неоперированных пациентов отмечено увеличение максимальной скорости мочеиспускания на 15,4%, снижение остаточной мочи на 28%, ноктурии — на 35%, выявлено улучшение показателей IPSS и QoL соответственно у 16 (42%) и у 14 (36%) больных. У больных, перенесших оперативное лечение, также отмечено увеличение $Q_{\max}$ на 12,5%, снижение ноктурии на 42%, а показатели IPSS и QoL улучшились у всех.

Проведенное исследование свидетельствует о фармакодинамической целесообразности комбинированного лечения и реабилитации таденаном в сочетании с дриптаном больных ДГПЖ с симптомами ГАМП.

Комбинированное лечение рака простаты

А. Н. Мунгалов, К. В. Вершинский, Н. П. Мунгалов

Чита

В 2003–2006 гг. в урологическом отделении находились на обследовании 167 больных раком предстательной железы (РПЖ) в возрасте от 48 до 83 лет, которые разделились по стадиям следующим образом: T1 — 15 (8,9%), T2 — 28 (16,8%), T3 — 107 (64,1%), T4 — 17 (10,2%). Всем больным исследовали ПСА сыворотки крови, уровень которого составлял от 12 до 144 нг/мл. Обязательно выполнялось УЗИ или ТрУЗИ. По показаниям у 15 больных выполнена компьютерная томография.

До 1995 г. основным методом лечения РПЖ была гормонотерапия, главным образом эстрогенами или их производными. Большинству пожилых больных показана хирургическая кастрация.

Нами совместно с патологоанатомами изучены морфологические типы РПЖ с учетом классификации по Глиссону. При анализе комплексного

лечения эстрогенами и антиандрогенами (флуцином) неудовлетворительные результаты получены у больных с переходноклеточным низкодифференцированным раком и низкодифференцированной аденокарциномой трабекулярного строения. При неэффективности лечения, обусловленной резистентностью злокачественной опухоли к синэстролу, у 52 больных провели лечение хлортриамценом по 24 мг в день. Вызывая обычное для эстрогенов действие, он обладает только ему присущими свойствами. Он хорошо депонируется в жировой клетчатке надлобковой области.

С 2000 г. наряду с гормонотерапией стали применять лечение препаратами нового класса — антиандрогенами касодексом и золадексом. Диагноз у всех больных верифицирован на основании морфологического исследования биоптата. Показателями эффективности лечения касодексом и золадексом являлись улучшение общего состояния, прибавление в весе, нормализация анализов крови, уменьшение дизурии, болей и раковой интоксикации.

Оценивая результаты лечения золадексом и касодексом как хорошие и удовлетворительные, мы пришли к выводу, что это обусловлено высокой дозировкой без побочных явлений и более специфичным, чем у эстрогенов, действием. Современные исследования маркера РПЖ — простатоспецифического антигена (ПСА) — показали снижение его уровня у 48% пациентов, а у 19% уровень ПСА нормализовался. Применение новых препаратов в лечении РПЖ обеспечило более длительные сроки ремиссии — до 4–5 лет, что значительно увеличило как выживаемость больных, так и качество их жизни.

Все вышеизложенное дает основания для дальнейшего изучения РПЖ, а также для поиска и внедрения в практику новых эффективных химиопрепаратов.

Рациональная антибактериальная терапия воспалительного процесса при нефролитиазе

Т. Н. Назаров

Санкт-Петербург

Согласно данным отечественных и зарубежных авторов, нефролитиаз в большинстве случаев сопровождается пиелонефритом. Среди множества этиологических факторов данного заболевания пиелонефрит занимает ведущее место и у большинства больных имеет хроническую форму, длительное течение с частыми обострениями. Для применения рациональной антибактериальной терапии пиелонефрита важно знать вид микробной флоры и ее чувствительность к антибиотикам. При под-

боре антибактериального препарата следует останавливаться на тех препаратах, которые выделяются почками, создавая высокие концентрации в моче и почечной ткани, с учетом реакции мочи, оптимальной для осуществления эффекта данного антибактериального препарата. Многие препараты обеспечивают в моче концентрации, достаточные для осуществления не только бактериостатического, но и бактерицидного действия. Однако важным моментом является создание оптимальной концентрации в почечной ткани.

Нами проанализированы данные бактериологического исследования мочи у 700 больных нефролитиазом, которые лечились в клиниках кафедры в период с 2003 по 2007 гг. Возраст больных — от 18 до 78 лет. Мужчин 321 (45,9%), женщин 379 (54,1%). Пациенты страдали нефролитиазом от 3 до 20 лет. Односторонние камни почек были у 418 пациентов, двусторонние — у 282. Все пациенты 1–3 раза в год отмечали обострение хронического калькулезного пиелонефрита. При анализе выделенной патогенной микрофлоры получен следующий микробный спектр: *E. coli* — 38,4%, *Proteus spp.* — 27,6%, *Pseudomonas aerug.* — 11,5%, *Enterobacter spp.* — 7,8%, *Staphylococcus spp.* — 6,5%, *Streptococcus spp.* — 5,7%, *Klebsiella pneum.* — 4,5%.

Полученные данные подтверждают сведения других авторов о преобладании палочковой флоры над кокковой — 428 (61,1%) и 272 (38,9%). Мы определяли чувствительность всех выделенных культур к группам лекарственных препаратов, наиболее широко используемым при инфекциях мочевых путей, — фторхинолонам (ципрофлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, ломефлоксацин, левофлоксацин, гатифлоксацин), цефалоспорином III–IV поколений (цефтриаксон, цефтазидим, цефепим и др.), аминогликозидам (амикацин, гентамицин и др.), карбапенемам (имилем/циластатин, меропенем и др.). При изучении антибиотикограмм установлена чувствительность бактериальной флоры к антибактериальным препаратам (76,5%). Чувствительность микрофлоры проявлялась в следующем порядке: к цефалоспорином — 95,4%, фторхинолонам — 92,8%, карбапенемам — 62,5%, аминогликозидам — 48,2%.

Таким образом, при рациональном лечении воспалительного процесса при нефролитиазе всегда необходимо проводить комплексную терапию с применением антибактериальных препаратов с учетом антибиотикограмм мочи, а при невозможности проведения бактериологического исследования мочи предпочтение следует отдавать препаратам цефалоспоринового (III–IV поколений) и фторхинолонового ряда.

Послеоперационная метафилактика коралловидного нефролитиаза

Т. Н. Назаров, В. П. Александров, О. Л. Тиктинский, В. В. Михайличенко
Санкт-Петербург

Коралловидный нефролитиаз является наиболее тяжелой формой камнеобразования и в настоящее время встречается у 20–40% больных. Несмотря на внедрение в клиническую практику современных методов лечения коралловидного нефролитиаза, его рецидивы, по данным различных авторов, продолжают оставаться частыми и составляют от 6 до 80%. Это связано прежде всего с недостаточным изучением патогенетических факторов нефролитиаза до оперативного вмешательства, а также с практически полным отсутствием послеоперационной профилактики рецидивного камнеобразования. Исходя из этого нами проведено исследование, целью которого является патогенетическое воздействие на факторы рецидивного камнеобразования.

Под нашим наблюдением находились 24 пациента с односторонним коралловидным нефролитиазом, которым было произведено оперативное вмешательство с применением современных малоинвазивных технологий. Согласно классификации коралловидного нефролитиаза (Лопаткин Н. А., Яненко Э. К., 1994), у 15 пациентов — КН1 и у 9 пациентов — КН2. Возраст больных составлял от 22 до 65 лет, мужчин было 10, женщин 14. Пациенты были разделены в две группы. Первую и вторую группу составили по 12 пациентов. Обе группы были практически одинаковыми. Почечную форму первичного паратиреоидизма исключили.

Всем пациентам произведена перкутанная нефролитолапаксия. Операция проводилась под перидуральной (96,2%) или общей анестезией (3,8%). В результате проведенного оперативного вмешательства у всех пациентов удалось успешно удалить конкременты. У 12 пациентов первой группы в послеоперационном периоде метафилактика камнеобразования проводилась по разработанной схеме. Всем пациентам перкутанную нефролитолапаксию завершали установкой нефростомического дренажа. У наших пациентов мы использовали трехходовой катетер Фолея, через который проводилась перфузия полостей почки. Перфузия полостей почек орошающими растворами осуществлялась с учетом врожденных и приобретенных тубулопатий, изменений протеолитических свойств, pH мочи и данных антибиотикограммы. Орошение проводилось в течение 7 дней обычной системой при температуре до 18–20°. Длительность процедуры составляла 5 часов. Первые 150 минут орошение проводится 500 мл физиологического раствора с антибактериальным препаратом согласно антибиотикограмме. После этого продолжается перфузия в течение ука-

занного времени в следующем комплексе: 300 мл физиологического раствора, 200 мл 0,25% раствора новокаина и 4 500 МЕ новой формы препарата гиалуронидазы.

Все пациенты перенесли перфузию почки удовлетворительно, случаев непереносимости указанных препаратов не отмечено. У всех пациентов катетер удален на 8-е сутки после операции.

В течение 5 лет под диспансерным наблюдением находились 19 пациентов из 24: 9 человек из первой группы и 10 из второй. Пациенты первой группы 2 раза в год принимали антибактериальную терапию и фитотерапию, препараты, улучшающие тканевый обмен и обладающие протеолитической активностью. По результатам комплексного обследования рецидивный нефролитиаз выявлен у одного (11,1%) пациента первой группы и 6 (60%) пациентов второй группы. У пациента первой группы был одиночный камень без симптоматики размерами 1,5 см, во второй группе у 2 — одиночные камни (размерами от 1,5 до 1,8 см), у 4 — коралловидный нефролитиаз (КН1-3, КН2-1). За этот период 4 пациентам второй группы было проведено 2–3 сеанса ДЛТ. Полученные положительные результаты в первой группе связаны прежде всего с послеоперационной метафилактикой и диспансерным наблюдением.

Таким образом, считаем патогенетически оправданным проведение ближайшей послеоперационной метафилактики по указанной схеме, что способствует снижению рецидивного камнеобразования, особенно при коралловидном нефролитиазе после применения малоинвазивных методов лечения.

Комплексная литокинетическая терапия после ДУВЛ

Т. Н. Назаров, Д. Г. Кореньков, С. Н. Калинина, Г. Н. Скрыбин

Санкт-Петербург

В основу настоящего исследования положены результаты лечения 125 пациентов с различными клиническими формами нефролитиаза, которым была выполнена дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ). Основную группу составили 75 пациентов, контрольную — 50. Возрастной диапазон больных — от 22 до 72 лет, мужчин 72, женщин 53. В результате проведения ДУВЛ (после 1–3 сеансов) у всех наших пациентов удалось достичь полного разрушения камней. Фрагменты камня после ДУВЛ в чашечно-лоханочной системе почек обнаружены у 32 человек (в группах соответственно 18–14). Каменная дорожка образовалась у 47 пациентов (21 человек в основной и 26 в контрольной группе). В подавляющем большинстве единичные фрагменты мочевого камня локализовались в нижней трети мочеточника (34 пациента, в группах соответ-

венно 15 и 19). Размер и расположение фрагментов камней и «каменных дорожек» мочеточника в обеих группах были сопоставимы. С целью скорейшего отхождения фрагментов камней, уменьшения опасности возникновения осложнений, нами поставлена задача разработки эффективного метода литокинетической терапии после ДУВЛ.

Все пациенты для улучшения миграции фрагментов конкрементов после ДУВЛ принимали медикаментозную терапию. Пациенты контрольной группы принимали спазмолитик но-шпу по 1 таб. (80 мг) 3 раза в день, анальгетик Кетанов по 1 таблетке (150 мг) 3 раза в день (первые 3 дня; далее по показаниям), слабоминерализованную воду до 2 л в день и физиотерапию (синусоидальное модулирование токи в сочетании с индуктотермией). В основной группе кроме вышеуказанных препаратов дополнительно принимали препарат Цистон в дозировке 3 таблетки 3 раза в сутки после еды.

При повторном обследовании больных применялись в основном обзорная урография, УЗИ почек, общий анализ крови и мочи. Эффективность лечения оценивалась через 3 недели после окончания курса по следующим критериям: отсутствие фрагментов камней в почках и верхних мочевых путях, степень выраженности болевой симптоматики во время миграции осколков, переносимость препарата.

При приеме Цистона каких-либо побочных эффектов не отмечено. У больных обеих групп отмечены положительные результаты, однако результаты в основной группе достоверно ($p < 0,05$) значимы. Фрагменты камня после ДУВЛ в чашечно-лоханочной системе почек обнаружены у 7 человек (в основной группе у 2 пациентов, в контрольной группе — у 5). «Каменная дорожка» исчезла у 38 пациентов и была менее интенсивной у 9 человек (в группах соответственно 2–7) без признаков обструкции. Единичные фрагменты мочевого камня, локализованные в нижней трети мочеточника, отходили у 28 пациентов. Менее интенсивное отхождение наблюдалось у 6 пациентов (в группах соответственно 2–4). При дополнительном назначении препарата Цистон общий положительный эффект достоверно ($p < 0,05$) составил 88,4%, а в контрольной группе — 48,7%. Мочегонное, противовоспалительное и пластическое (способствующее регенерации эпителиальной стенки мочевыводящих путей) действие цистона у 94,8% больных проявилось исчезновением солей из осадка мочи, а также прекращением микрогематурии и уменьшением лейкоцитурии.

Итак, полученные результаты позволяют высоко оценить положительное действие препарата Цистон у больных после ДУВЛ, проявляющееся в ускорении процесса отхождения фрагментов разрушенного камня из верхних мочевыводящих путей, «каменных дорожек» и мелких камней

мочеточника при неосложненном течении послеоперационного периода. Подтверждено, что комбинированное действие этого препарата на организм у пациентов, страдающих мочекаменной болезнью, проявляется в выраженном противовоспалительном, спазмолитическом, регенеративном и литолитическом действии.

Применение Везикара у больных с ГАМП

А. И. Неймарк, М. А. Мельник, М. В. Ряполова

Барнаул

Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) — широко распространенное заболевание, которое оказывает существенное влияние на качество жизни пациентов. Оно не является угрожающим жизни состоянием, однако часто приводит к дезадаптации. ГАМП проявляется частым мочеиспусканием, ноктурией, ургентными позывами к мочеиспусканию, часто в сочетании с императивным недержанием мочи.

Существует три направления в лечении ГАМП: немедикаментозное, медикаментозное и хирургическое. Для фармакологической терапии на сегодняшний день наиболее широко используют М-холиноблокаторы. Одним из новых препаратов для лечения ГАМП является Везикар (солифенацин). Солифенацин является антагонистом М-холинорецепторов, обладающим большей функциональной селективностью в отношении мочевого пузыря по сравнению с другими органами и применяется при гиперактивности детрузора перорально.

Целью нашего исследования была оценка эффективности Везикара в лечении ГАМП у женщин.

Пролечены 20 женщин с ГАМП в возрасте от 25 до 56 лет. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, влагалищное исследование, цистоскопия, урофлоуметрия, ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря. Клиническая симптоматика оценивалась по дневнику мочеиспусканий, который заполнялся на протяжении 72 часов и согласно которому у всех пациенток отмечалось более 8 мочеиспусканий и не менее 2 эпизодов ургентного недержания мочи или императивных позывов в течение суток. При урофлоуметрии отмечался «стремительный» тип мочеиспускания с уменьшением времени мочеиспускания, снижением объема выделенной мочи и увеличением максимальной объемной скорости мочи. Цистоскопически определялось усиление сосудистого рисунка в области шейки мочевого пузыря. Ультразвуковое исследование патологии почек и мочевого пузыря не выявило. Помимо этого, у всех пациенток исключались неврологическая патология и воспалительные заболевания нижних мочевых путей.

Препарат назначался по 5 мг однократно в сутки в течение 4 недель. 10 женщин отметили полное исчезновение симптомов императивных нарушений мочеиспускания, 7 — значительное улучшение состояния, одна пациентка не отметила какого-либо эффекта. У двух больных на второй неделе приема препарата отмечалась задержка мочи, после отмены препарата мочеиспускание восстановилось, но продолжать лечение пациентки отказались. В результате лечения произошло достоверное снижение числа мочеиспусканий за сутки — с 16,2 до 7,1. Число императивных позывов достоверно снизилось — с 7,4 до 1,8. Число ночных мочеиспусканий снизилось с 4,3 до 0,6. При проведении урофлоуметрии после лечения нормальный тип мочеиспускания регистрировался у 75% женщин за счет снижения максимальной объемной скорости потока мочи, увеличения времени мочеиспускания и объема выделенной мочи.

Таким образом, прием препарата уменьшает проявления ургентности, число мочеиспусканий и способствует увеличению функциональной емкости мочевого пузыря. Не вызывает побочных эффектов, так как селективно воздействует на М-холинорецепторы мочевого пузыря. Полученные результаты показывают, что Везикар является эффективным средством лечения больных ГАМП.

Возможности комплексной этиопатогенетической терапии в лечении больных доброкачественной гиперплазией простаты

А. И. Неймарк, Я. В. Яковец

Барнаул

Хронический бактериальный простатит (ХП), — безусловно, наиболее частое воспалительное заболевание половой сферы мужчин. До 30–40% урологических больных страдают простатитом. С возрастом при появлении в органе узда доброкачественной гиперплазии воспалительным изменениям подвергается не только и не столько периферия, сколько центральная зона, занятая аденоматозной тканью: развивается аденомит. Наличие воспалительной инфильтрации препятствует адекватному проникновению этиотропных препаратов, и ожидаемое обратное развитие узды гиперплазии не наступает.

Пролечены 62 больных ДГП с явлениями аденомита в возрасте от 52 до 68 лет. Всем больным проводились исследования: оценка общего состояния, общий анализ крови, общий анализ мочи, УЗИ почек, пальцевое ректальное исследование, анализ секрета предстательной железы, микробиологическое исследование. Клиническая симптоматика воспалительного процесса в предстательной железе — простатита — оценивалась по системе суммарной оценки по О. Б. Лорану — А. С. Сегалу (2001).

У всех больных отмечались повышение температуры тела, лейкоцитоз в ОАК, клинически и по УЗИ признаки пиелонефрита выявлены не были, количество лейкоцитов в соке простаты в норме. Ректально — болезненность при пальпации. Кроме того, всем больным назначалось трансректальное УЗИ предстательной железы с доплерографией, при котором выявлялось, что размер простаты увеличен в среднем до 58,9 см³, размер узла, расположенного в центральной зоне, в среднем достигал 34,6 см³, наблюдалось диффузное снижение эхогенности зоны узла, снижение количества приносящих и относящих сосудов; в отдельных участках отсутствовал кровоток, показатели кровотока были снижены как в самой ткани простаты, так и в аденоматозно измененной ткани. Контроль — данные 11 пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты без признаков воспалительных изменений в зоне узла. Группа сравнения — 16 пациентов, которые имели сопоставимые изменения в предстательной железе по всем исследованиям и при этом до обращения в клинику урологии получали только этиотропную терапию по поводу ДГП. Изменение качества жизни отметили все пациенты.

Лечение: основная группа — Финаст 5 мг 1 раз в день 6 мес. + Спарфло по схеме курсом по 10 дней в течение 3 месяцев под контролем чувствительности микрофлоры.

Группа сравнения: финаст 5 мг 1 раз в день 6 мес. до обращения в клинику урологии; после обращения — как пациенты основной группы.

После лечения: контрольное ТрУЗИ через 6 месяцев. Наблюдались достоверное уменьшение размеров узла предстательной железы. Кроме того, были выявлены положительные сдвиги в показателях васкуляризации: возросли показатели кровотока, увеличился диаметр сосудов и плотность сосудистого сплетения у пациентов основной группы. В группе сравнения, несмотря на применение этиотропной терапии и достоверное уменьшение размеров узла (но в меньшей степени, чем в основной группе), изменений кровотока в узловом образовании нами отмечено не было. При контрольном трансректальном УЗИ предстательной железы с доплерографией еще через 6 месяцев от начала терапии мы отметили появление кровотока в ранее «немых» зонах, появились хорошо видимые приносящие сосуды. Это наблюдалось как в периферической зоне, так и в центральном эхокомплексе, который у возрастных пациентов был занят узловым образованием. Дифференциация эхозон стала более четкой. Изменение качества жизни в лучшую сторону через 4 месяца приема комплексной терапии отмечали все пациенты основной группы — симптомы появлялись либо редко, либо очень редко, и все пациенты хорошо отнеслись к предложению испытывать подобное состояние всю оставшуюся жизнь. В группе сравнения через 6 месяцев после проведения

только этиотропной терапии положительная динамика была слабой, а изменение ультразвуковой картины появлялось в среднем через 3,2 месяца после начала комплексной этиотропной терапии.

Полученные результаты были стойкими по истечении 6 последующих месяцев наблюдения за пациентами основной группы.

Таким образом, возникновение бактериального воспаления не только по периферии предстательной железы, но и в центральной зоне нарушает микроциркуляторные показатели. Проведение фармакоэтиотропной комплексной терапии позволяет воздействовать на микробный агент и улучшает микроциркуляцию. Последнее, в свою очередь, обеспечивает еще более полноценную доставку антибиотика и блокатора 5 -редуктазы в очаг воспаления, давая более стойкие результаты. В результате адекватной терапии происходит восстановление качества жизни современного мужчины.

Фармакоэкономический анализ оперативного и медикаментозного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Т. С. Перепанова

Москва

В настоящее время основными видами лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) являются «бдительное наблюдение», фармакотерапия и оперативные методы лечения. При лечении хронических заболеваний, не представляющих непосредственной угрозы жизни пациента, основной целью лечения является улучшение качества жизни больного. Трудно предугадать, у кого заболевание улучшится спонтанно, кто останется в стабильном состоянии, а у кого симптомы заболевания будут прогрессировать. Известно, что от 15% до 30% пациентов после оперативных вмешательств имеют серьезные осложнения, и нередко требуется повторная операция.

Мы оценили клинико-экономический результат оперативного и медикаментозного лечения больных ДГПЖ. Проведен фармакоэкономический анализ 2190 мужчин с ДГПЖ, из них 1 095 перенесли оперативное вмешательство: 790 пациентов — трансуретральную резекцию простаты и 305 — чреспузырную аденомэктомию. Средний возраст составил $72,3 \pm 7,8$ лет. Расчеты медикаментозного лечения α_1 -адреноблокатором «Теразозин» (Сетегис, Венгерский фармацевтический завод ЭГИС) проведены на 1 095 пациентах ДГПЖ.

Как показал расчет, затраты на амбулаторное обследование больных, получающих медикаментозную терапию α_1 -адреноблокаторами, равны

3 345 225 руб. Затраты на амбулаторное обследование больных, которые готовятся к оперативному лечению, составляют 9 377 580 руб. Предоперационная подготовка требуется 580 пациентам (53%), ее стоимость составляет 3 738 900 руб. 40 коп. 20 032 649 руб. необходимо на проведение ТУР простаты у 790 пациентов ДГПЖ и лечение осложнений после операций в течение 1 года. Затраты на чреспузырную аденомэктомию (305 пациентов) равны 9 008 266 руб. 80 коп.

Таким образом, затраты на оперативное лечение 1 095 больных и лечение осложнений в течение 1 года после операции равны 42 157 395 руб. На лечение 1 095 больных ДГПЖ, начавших лечение Теразозином (Сетегисом), в течение 1 года (учитывая лечение осложнений и неудач) необходимо 17 079 239 руб. Экономия при медикаментозной терапии (Сетегис) 1 095 пациентов с ДГПЖ по сравнению с затратами на оперативное лечение 1 095 больных с ДГПЖ равна 25 078 156 руб. в течение первого года лечения.

При пересчете на 5 лет предстоящей жизни после начала лечения Сетегисом 1 095 пациентов с ДГПЖ потребуется 54 615 999 руб. На оперативное лечение 1 095 больных с ДГПЖ, включая лечение осложнений (оперативное и медикаментозное) в течение 5 лет от начала терапии требуется 61 685 283 руб. Таким образом, при сравнительно равной клинической эффективности лечения экономия затрат при медикаментозной терапии Теразозином (Сетегисом) 1 095 пациентов ДГПЖ по сравнению с затратами на их оперативное лечение в течение первого года лечения составляет 25 078 156 руб. Экономия затрат при лекарственной терапии Теразозином (Сетегисом) пациентов с ДГПЖ по сравнению с оперативным лечением при расчете на 5 лет предстоящей жизни равна 7 069 284 руб.

Современные подходы к консервативному лечению больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы

М. И. Петричко, Д. Г. Курбатов

Москва

Современные научные достижения в изучении ДГПЖ позволили разработать новые методы консервативного лечения, добиться быстрого контроля над симптомами нарушения мочеиспускания (СНМ), улучшить качество жизни пациентов и предупредить осложнения. Эффективность терапии во многом определяется также качеством индивидуального подбора препаратов (α₁-адреноблокаторов и ингибиторов 5-α-редуктазы) и способа терапии (моно- или комбинированная).

Проведено обследование и консервативное лечение 128 больных ДГПЖ 1–2 ст. в возрасте 52–90 лет. У всех больных имелась сопутствующая

шая артериальная гипертензия (АГ), коррекция которой заключалась в снижении дозы или отмене ранее назначенных гипотензивных препаратов. Все больные были разделены на 3 группы. 1-я группа — 67 больных ДГПЖ 1-й ст. в возрасте 52–67 лет. Больным назначали доксазозин по 4 мг/сут. 2-я группа — 29 пациентов с ДГПЖ 2-й ст., в возрасте 65–90 лет, имевших противопоказания к хирургическому лечению или отказавшихся от оперативных пособий. Им проводили комбинированное лечение: доксазозин по 4 мг/сут и финастерид по 5 мг/сут. 3-я группа — 32 пациента с ДГПЖ 1–2-й ст. в сочетании с обострением хронического бактериального простатита (ХБП). Лечение включало фторхинолоны по 400 мг/сут. на 2–3 недели в сочетании с доксазозином по 4 мг/сут. с последующим назначением Простамола-уно по 320 мг/сут или Пермиксона по 320 мг/сут. на 2–3 мес. Контрольные исследования проводили через 3, 6, 12 и 18 месяцев.

В 1-й группе наилучшие результаты были получены к 3–6-му месяцу и сохранялись до 18 месяцев. К концу 1-го года суммарный балл по шкале IPSS снизился на 45,2%, QOL — на 35%, V остат. мочи — на 39,4%, $Q_{\max}$ — на 38,5%. $V_{\text{прост}}$ за год возрос на 1,9%. Двум больным в связи с неэффективностью терапии была выполнена ТУРП. Во 2-й группе наилучшие результаты лечения были к 6–9-му месяцу и стабильно сохранялись к концу 1-го года (IPSS снизился на 31,8%, QOL — на 32,6%, V ост. мочи на 32,1%, $Q_{\max}$ — на 40,4%, $V_{\text{прост.}}$ — на 14,8%) и далее к 18 мес. Троице больным этой группы выполнена ТУРП. В 3-й группе лечение было наиболее эффективным, улучшение наступало к концу 1-го месяца и было максимальным к 3-му месяцу (снижение IPSS на 62,6%, QOL — на 44,5%, V ост. мочи — на 33,6%, $Q_{\max}$ — на 39,5%). $V_{\text{прост}}$ возрос на 5,9%, что указывало на влияние простатита на тяжесть СНМ.

Консервативная (моно- или комбинированная) терапия ДГПЖ является первой линией лечения больных. Своевременная диагностика и адекватная терапия ХБП у больных ДГПЖ 1–2 ст. — залог успешного лечения и предотвращения необоснованного хирургического вмешательства и его осложнений.

Опыт применения препарата Детралекс в комплексной терапии варикоцеле у подростков

И. С. Попов, А. В. Газаматов, Д. В. Розаев, И. В. Трунов

Барнаул

Варикоцеле по сей день остается актуальной проблемой в андрологии, так как является одной из основных причин мужской infertility. Необходимости коррекции этого заболевания неоспорима, но до на-

стоящего времени «золотого стандарта» в лечении варикозного расширения вен семенного канатика не найдено, как нет и доказанного соответствия степени варикоцеле выраженности патологического процесса в ткани яичка. Отсутствует также утвержденный алгоритм ведения данной категории пациентов и абсолютных показаний к оперативному лечению этой группы лиц. Показания к оперативному лечению варикоцеле, существующие до настоящего времени, следующие: 1) патологические изменения в сперме (олиго-, астено-, патозооспермия); 2) наличие болевого симптома в мошонке на стороне поражения; 3) достоверно доказанное уменьшение размеров яичка на стороне варикозного процесса.

Основным патоморфологическим проявлением варикоцеле является расширение ветвей внутренней семенной вены, поэтому в городском андрологическом центре реабилитации детей и подростков г. Барнаула было принято решение исследовать возможность применения венотонических препаратов и эффективность их действия на степень варикозного процесса в мошонке.

В исследования были включены подростки в возрасте 15–16 лет с левосторонним варикоцеле за период с 2006 по 2007 гг., которым, помимо физикального осмотра, проводилось ультразвуковое исследование органов мошонки с определением размеров яичек, состояния тестикулярной ткани, диаметра вен лозовидного сплетения, скорости кровотока в них, наличия венозного рефлюкса и исследование эякулята, полученного путем мастурбации после 4-дневного воздержания. По результатам обследования подростки, имеющие показания к оперативному лечению (уменьшение размеров левого яичка, нарушения показателей спермограммы) из процесса исследования были исключены.

Таким образом, была выбрана группа юношей со 2-й степенью варикоцеле (по Нечипоренко), с диаметром вен лозовидного сплетения слева по УЗИ 4–6 мм и отсутствием венозного рефлюкса при проведении пробы Вальсальвы, с анамнезом заболевания не менее 1 года. Данная группа составила 68 человек, 14 из них (1-я группа — контрольная) получали консервативное лечение (гонадопротективный курс, состоящий из антиагрегантов (Трентал), метаболитов (калия оротат), витаминов (аевит), и 54 человека (2-я группа, экспериментальная) получали флеботоническую плюс комплексную гонадопротективную терапию. Препаратом первой линии в венотонической терапии являлся Детралекс компании «Сервье». Комплекс лечения в 1-й и 2-й группах включал в себя общие рекомендации (ношение суспензория, контрастный душ и др.) и фармакологическое лечение. Длительность терапии составляла 2 мес., кратность — 2 раза в год с обязательным УЗ-контролем сразу после окончания курса лечения.

Были получены следующие результаты: в контрольной группе — у 1 пациента (7%) отмечалась регрессия степени варикоцеле, у 5 юношей (36%) степень варикоцеле оставалась прежней, у 8 (57%) отмечалось прогрессирование заболевания. В опытной группе у 39 юношей (73%) отмечалась положительная динамика в виде уменьшения диаметра варикозно расширенных вен на 2–3 мм (по УЗИ), у 12 человек (22%) степень оставалась прежней и у 3 (5%) произошло прогрессирование варикозного процесса.

Таким образом, по результатам проведенного исследования можно сделать вывод об эффективности действия препарата «Детралекс» в комплексной консервативной терапии у юношей с левосторонним варикоцеле. Однако полученные данные требуют более глубокого и длительного исследования.

Опыт применения препарата «Верона» в реабилитации подростков с варикоцеле в послеоперационном периоде

Д. В. Розаев, А. В. Газаматов, И. С. Попов, И. В. Трунов

Барнаул

Согласно статистике, бесплодный брак как в нашей стране, так и за рубежом остается одной из важнейших ключевых социальных и медицинских проблем. По данным ВОЗ, доля бесплодных браков составляет 10–15% от общего числа супружеских пар и не имеет тенденции к снижению, при этом около половины бесплодных браков обусловлены мужским бесплодием. Одной из наиболее распространенных причин, приводящей к нарушению сперматогенеза, является варикозное расширение вен семенного канатика (варикоцеле), возникающее в пубертатном периоде.

На сегодняшний день не существует единого мнения о методах и сроках лечения больных с варикоцеле, при этом наиболее распространенным является оперативное лечение. Однако многими авторами отмечено, что в послеоперационном периоде восстановление фертильности происходит не у всех пациентов, а в некоторых случаях показатели спермограммы могут даже ухудшаться, что требует разработки новых подходов к лечению этой категории пациентов.

Целью данного исследования было определение влияния многокомпонентного фитотерапевтического препарата «Верона» (Гербион, Пакистан) на состояние сперматогенеза у подростков, перенесших оперативное лечение по поводу варикоцеле.

В исследовании участвовали 20 пациентов в возрасте 16–18 лет, подлежавших оперативному лечению, живущих половой жизнью и (или) за-

нимающихся мастурбацией. Всем пациентам проводилось исследование эякулята до операции и через 6 месяцев после операции, по стандартной схеме (ВОЗ). В дооперационном периоде у всех пациентов выявлена патоспермия в виде астенозооспермии (большинство случаев) и олигоастенозооспермии. Все юноши имели нормальный уровень физического развития и не имели других андрологических заболеваний.

После оперативного лечения, проведенного по методике Иванисевича, выделена группа наблюдения (10 человек), получавшая традиционную гонадопротективную терапию (сосудистые, анаболические препараты, витамины) и препарат «Верона», а также контрольная группа (10 человек), получавшая только гонадопротективную терапию. Препарат «Верона» назначался после 1 месяца гонадопротективной терапии по 2 таблетки 2 раза в день на 3 месяца. Побочных эффектов и аллергических реакций не отмечено. Через 6 месяцев после операции проводилось контрольное исследование эякулята. В исследуемой группе полное восстановление фертильных свойств спермы наблюдалось у 6 человек (60%); у 4 человек (40%) отмечено умеренное улучшение показателей подвижности сперматозоидов. В контрольной группе нормализация показателей спермограммы произошла у 3 человек (30%), у 3 человек (30%) отмечено увеличение подвижности сперматозоидов, а у 4 человек (40%) не выявлено значительных изменений качественных и количественных показателей спермы.

Таким образом, применение препарата «Верона» в комплексном лечении больных с варикоцеле позволяет восстановить сперматогенез у большего (на 30%) количества пациентов в течение 6 месяцев после операции. Препарат не имеет побочных эффектов и может быть использован у подростков.

Вышеизложенное дает основание считать, что препарат оказывает положительное действие на сперматогенез и может быть рекомендован для реабилитации пациентов в послеоперационном периоде на органах мошонки, что требует дальнейшего изучения и исследования.

Некоторые аспекты лечения хронических циститов

И. Д. Сазонова, К. Г. Нотов

Новосибирск

Хронический цистит — хроническое воспаление мочевого пузыря, которое развивается после перенесенного острого цистита. Причинами заболевания могут быть инфекции мочевыводящих путей, половые инфекции, анатомические особенности, нарушение обмена веществ. Развитию заболевания способствует переохлаждение организма.

Хронический цистит имеет тенденцию к рецидивному течению. При рецидивах отмечается расстройство мочеиспускания (его учащение, рези при мочеиспускании, боли над лоном), изменяется цвет мочи (моча становится мутной, наряду с пиурией нередко присутствует гематурия), может повышаться температура тела. Больных, страдающих интерстициальным циститом, беспокоят не только очень учащенное и резко болезненное мочеиспускание, но и боли в поясничной области в результате поражения более глубоких слоев стенки мочевого пузыря и развития пузырно-мочеточниковых рефлюксов.

Диагностика основана на характерных симптомах заболевания, изменениях в анализах мочи и данных цистоскопии. Цистоскопия имеет первостепенное значение. Она устанавливает пути проникновения инфекции, характер и распространенность процесса. Изменения в мочевом пузыре весьма разнообразны. Хронический цистит, особенно некоторые его формы, нередко приходится дифференцировать с опухолью мочевого пузыря. Решающее значение имеет биопсия. Нередко развитие и послеоперационного цистита, который может протекать также в виде интерстициальной и гангренозной форм.

Лечение хронического цистита проводили комплексно. В первую очередь санировали воспалительные очаги в половых органах. Широко применяли антибактериальные препараты, при этом учитывали чувствительность микрофлоры к антибиотикам. При щелочном цистите мочу подкисляли хлоридом аммония, назначали диуретические средства: лазикс, этакриновую кислоту (урегит), гипотиазид, фуросемид. Хорошим терапевтическим эффектом обладают, назначаемые нами минеральные воды: «Боржоми», «Нафтуся» и др. При гормональной недостаточности назначали эстрогены, причем применяли их как в таблетированной форме, так и в виде влагалищных свечей. Для купирования болевого симптома и дизурических явлений применяли спазмолитические средства, теплые ванны, микроклизмы с болеутоляющими средствами. Назначали инстилляции в мочевой пузырь рыбьего жира, растворов колларгола, протаргола, нитрата серебра. В комплексное лечение включали физиотерапевтические и бальнеотерапевтические методы — диатермию, грязелечение. При стойких циститах применяли также антигистаминные и седативные препараты.

Высокоэффективными препаратами, нашедшими широкое применение в комплексном лечении больных с хроническими циститами, а также профилактике этого заболевания, являются препараты экстракта листьев артишока, например Цинарикс производства фармацевтического завода «Монтавит» (Австрия). Цинарикс имеет удобную для применения форму выпуска (таблетки и сироп во флаконах), в его состав, помимо экс-

тракта артишока, входят витамины А, В₁, В₂, С, каротин, инулин, калий, магний, марганец, хром, селен, цинк, кремний, фосфор, железо. Цинарикс способствует выведению токсинов из организма, уменьшает содержание креатинина и мочевины в сыворотке крови, снижает содержание креатинина мочи, улучшает диурез, обладает мочегонным действием, улучшает фильтрационную способность почек, нормализует обменные процессы, показан при лечении дисметаболических нефропатий (уратурии), нормализует солевой состав мочи. При назначении Цинарикса в комплексном лечении хронических циститов мы отметили выраженный эффект проявившийся в быстром купировании болевого симптома и дизурических явлений (в среднем за 5 дней, в отличие от 8 дней без применения этого препарата).

Таким образом, назначение в комплексной терапии хронических циститов препарата «Цинарикс» является целесообразным. Эффект от этого препарата обусловлен наличием в его составе как витаминно-минерального комплекса, так и компонента, обладающего противовоспалительным действием. Побочные действия при применении Цинарикса нами не отмечены. Несомненным преимуществом Цинарикса является возможность применения его не только для терапии заболелания, но и в профилактических целях, для поддерживающей терапии.

Следует отметить, что терапия хронического цистита должна носить комплексный характер и учитывать как полиэтиологичность этого заболелания, так и характерную для него устойчивость к лечению.

Лечение синдрома хронической тазовой боли

П. П. Салов, И. В. Салова

Томск-Новосибирск

Под нашим наблюдением в различных регионах Сибири за последние 10 лет находилось около 1 000 мужчин с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ). У большинства из них не было воспалительного процесса. Более 70% больных имели «простатический характер», сексуальные дисфункции и клинику гипогонадизма, хотя лишь у единичных больных он подтверждался в анализах (общий тестостерон менее 12 нмоль/мл).

Диагностика СХТБ осуществлялась с помощью таблиц и анамнеза. Обращали внимание на психические расстройства. Определялся общий гормональный фон: ЛГ, ФСГ, общий и свободный тестостерон, дигидроэпитандростерона сульфат, эстрадиол, пролактин, ПСА. Локально определялись триггерные точки болевой чувствительности при поверхностном и ректальном исследовании. Определялись обычная и болевая электро-

чувствительность триггерных зон: зоны Циммермана, простаты, промежности, над лонным и др.

Лечение и реабилитация заключались в проведении общего (Диклофенак в свечах, Найс) и местного обезболивания (блокады с новокаином и антибиотиками триггерных зон, сакральных нервов, семенного канатика по Лорин—Эпштейну и др.). Назначались седативные препараты и антидепрессанты (валериана, энерион, мелипрамин). Проводилась длительная многочасовая нейромодуляция (SANS-терапия тиббиального нерва, MEGS-терапия ануса, внутривлагалищная уретральная электростимуляция простаты), пальцевой длительный электромассаж простаты и триггерных зон через прямую кишку. Применялся местный фонофорез с тестостероном, гидрокортизоном на триггерные зоны, лазероманнитотерапия на точки Ашу. Кроме того, все больные при наличии сексуальных дисфункций и симптомов гипогонадизма (средний возраст, андропауза) независимо от результатов гормонального исследования получали гормональную терапию тестостероном в виде «крючка или запуска» по О. Л. Тиктинскому, пробный «триплекс-тест». Параллельно проводилась терапия запуска гонад для выработки эндогенного тестостерона с помощью введения в паховый канал хорионического гонадотропина. Если эффективность воздействия гормонов подтверждалась, то лечение продлялось до 3 месяцев.

Лечение проводилось под прикрытием антибактериальной терапии всем больным, несмотря на то, что у большинства из них воспаления выявлено не было.

Для борьбы с сосудистой и резервуарной конгестией, которые часто индуцируют болевой синдром, мы рекомендовали оптимальную сексуальную активность или мастурбационный тренинг с частой эякуляцией, методику реваскуляризации урогенитального комплекса, рео-биореабилитацию, тренинг интимных мышц и мио-биореабилитацию, массаж промежности.

В результате проведенного лечения у большинства больных исчез или резко уменьшился болевой синдром; кроме того, в процессе лечения больные научились самостоятельно его купировать (сокращением или расслаблением интимных мышц), улучшилась психическая составляющая болевого синдрома. Исчезло ощущение безысходности ситуации, что позволило резко улучшить качество жизни пациентов, сделав из ипохондриков оптимистов.

Лимфотропная антибактериальная терапия в лечении острого эпидидимита

М. Ю. Солуянов, М. А. Шкурин, В. П. Поспелов, В. В. Нимаев

Новосибирск

Острый эпидидимит как острое заболевание органов мошонки встречается у 4–5% всех госпитализированных урологических больных и требует принятия срочного решения о тактике лечения. Стандартное консервативное лечение не всегда эффективно, и прогрессирование воспалительного процесса приводит к деструкции придатка яичка, что требует хирургического вмешательства — эпидидимэктомии. В большинстве случаев это приводит к нарушению экскреторной функции яичка на стороне поражения, что является причиной вторичного бесплодия у мужчин. В связи с этим при лечении острого эпидидимита необходимо применение высоких доз антибактериальных препаратов широкого спектра действия в самом начале развития заболевания. На сегодняшний день одним из недостатков традиционной антибиотикотерапии являются различные побочные действия высоких доз антибактериального препарата, отсутствие адекватного насыщения в очаге поражения.

В клинике ГУ НИИКиЭЛ был разработан и внедрен способ профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений после операции фаллоэндопротезирования с использованием лимфотропной антибиотикотерапии, заключающейся во введении антибактериального препарата в подкожную клетчатку мошонки за сутки до операции и в течение 5–7 дней в послеоперационном периоде. Этот метод позволил снизить частоту возникновения гнойно-воспалительных осложнений в 2,6 раза. Полученный положительный результат позволил нам продолжить использование лимфотропной терапии при лечении неспецифических воспалительных заболеваний мочеполовых органов у мужчин. Предложенный метод был применен у 18 пациентов с острым эпидидимитом. В лекарственную смесь был включен антибактериальный препарат широкого спектра действия, разведенный на 8 мл 0,5% раствора анекаина. Инъекции проводились в подкожную клетчатку мошонки справа и слева от срединного шва один раз в сутки ежедневно в течение 5 дней. В комплекс лечения были включены традиционно используемые методы неспецифической иммуно- и физиотерапии.

У больных с острым эпидидимитом при использовании лимфотропной антибактериальной терапии оперативное лечение в объеме эпидидимэктомии было применено у трех пациентов (16,6%). У остальных больных было достигнуто выздоровление без развития гнойных осложнений.

Таким образом, использование лимфотропной терапии в лечении острых эпидидимитов позволяет эффективно воздействовать на патологический процесс при одновременном снижении дозы и кратности введения антибактериального препарата.

Применение Теразозина в лечении хронического бактериального простатита

М. Ф. Трапезникова, В. В. Дутов, К. В. Поздняков

Москва

Применение α -адреноблокаторов в лечении пациентов с хроническим простатитом патогенетически обосновано у пациентов с синдромом хронической тазовой боли (III тип простатита — NIH).

Проведено открытое рандомизированное сравнительное исследование эффективности и безопасности селективного α -адреноблокатора Теразозин (Сетегис) в лечении 89 пациентов с хроническим простатитом (60 — II тип, 15 — III А, 14 — III В). Бактериальный простатит встретился у 67,4% пациентов, синдром хронической тазовой боли — у 32,6%. 60 пациентов с простатитом II типа были включены в проводимое исследование.

Пациенты были разделены на две группы, статистически однородные ($p > 0,05$) по возрасту, объему предстательной железы, количеству остаточной мочи, максимальной скорости мочеиспускания, степени выраженности воспалительного процесса по данным анализа секрета предстательной железы, баллам симптоматики по шкале NIH, ЧСС и АД. Все пациенты на протяжении 4 недель получали антибактериальные препараты согласно посеву эякулята. Пациенты второй группы получали монотерапию антибактериальными препаратами, у пациентов первой группы в комплекс лечения входил прием α -адреноблокатора «Сетегис» в течение 6 недель в дозировке 2 мг с предварительным титрованием дозы.

Выраженность симптоматики (по шкале NIH-CPSI) в результате лечения достоверно снизилась у пациентов и 1-й и 2-й группы, причем в 1-й группе выраженный регресс симптоматики был обусловлен прежде всего нормализацией мочеиспускания. Динамика снижения баллов, характеризующих боль, одинакова у пациентов обеих групп. Статистически достоверного изменения МИЭФ и объема предстательной железы у пациентов как 1-й, так и 2-й группы отмечено не было. Максимальная скорость мочеиспускания увеличилась в обеих группах, однако достоверный характер эти изменения носили лишь у пациентов, получавших комбинированную терапию. Количество лейкоцитов в результате лечения достоверно снизилось у пациентов обеих групп, причем при втором контрольном обследовании выявлено дальнейшее уменьшение выражен-

ности воспалительных изменений. Наличия остаточной мочи не отмечено ни у одного пациента ни до, ни после лечения. Нормализация микробиологической картины эякулята отмечена у 76,4% пациентов 1-й группы и у 51,7% пациентов 2-й группы при первом контрольном обследовании и у 70,0% и 44,8%, соответственно, при втором контрольном обследовании.

Побочные эффекты были редки. Они отмечены у 2 пациентов (6,7%) из 1-й группы и у 1 пациента (3,8%) из 2-й группы.

Изучение показателей кровотока в режиме спектрального доплера не позволило выявить каких-либо статистически значимых изменений между ними до лечения и после его завершения. Проводимое лечение не оказало заметного влияния на указанные параметры. Только у 11 больных было отмечено достоверное увеличение индекса резистентности (RI) как показателя периферического сосудистого сопротивления с 0,48–0,54 до 0,7–0,72. Причем все эти пациенты относились к группе, принимавшей антибиотики в сочетании с Сетегисом, и именно у них наблюдались наиболее выраженные симптоматические улучшения.

Следовательно, препарат, действуя патогенетически, уменьшает выраженность уретро-простатического рефлюкса за счет уменьшения турбулентности тока мочи и устраняет ретенцию секрета простаты за счет расширения выводных протоков акцинов, что приводит к более полной и быстрой санации простаты от бактериальной флоры.

Применения препарата Дриптан в лечении нарушений мочеиспускания у детей

И. В. Трунов, А. В. Газаматов, Д. В. Розаев, И. С. Попов

Барнаул

В последние годы отмечается увеличение заболеваний органов мочеполовой системы у мальчиков-подростков. По данным литературы, во многих субъектах РФ уровень рождаемости не обеспечивает уровня воспроизводства населения, и одной из причин этого является снижение мужского репродуктивного потенциала. Именно с тревожной демографической ситуацией в стране связано выделение специалиста детского уролога-андролога, занимающегося лечением органов мочевыводящей, а также половой системы, что продиктовано общностью их морфогенеза и неразрывной функциональной взаимосвязью.

Одной из проблем, которая встала перед специалистами городского андрологического центра реабилитации детей и подростков г. Барнаула, является неопределенность в тактике ведения детей, имеющих нарушения мочеиспускания (НМ), так как данной патологией занимаются спе-

циалисты различного профиля (от педиатра до психотерапевта). В связи с этим на базе нашего центра были обследованы и пролечены 43 ребенка в возрасте 5–12 лет. Обследование включало лабораторный (ОАМ, дневник мочеиспусканий) и аппаратный (УЗД, урофлоуметрия) компоненты. Проведенное лечение включало в себя медикаментозную терапию, а также комплекс физиотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

Основной группой лекарственных средств, применяемых для лечения недержания мочи, являются антихолинергические препараты, которые блокируют постсинаптические М-холинорецепторы детрузора, что приводит к снижению его гиперактивности и улучшению накопительной способности мочевого пузыря. Основным препаратом в терапии НМ являлся оксибутинин (Дриптан) в начальной дозе 5 мг, с последующим титрованием ее до 10 мг в сутки. Положительная динамика в виде уменьшения urgentных позывов и эпизодов недержания мочи отмечалась у 80% принимавших его пациентов, что доказательно демонстрирует высокую эффективность лечения. Таким образом, Дриптан является препаратом первой линии терапии для данной категории лиц.

Первый опыт применения Везикара в комплексной терапии ДГПЖ

В. Я. Фарбирович, О. А. Устинова, М. В. Кондратьев

Кемерово

ДГПЖ является одним из самых распространенных заболеваний мочевыделительной системы. В течение многих десятилетий основным методом лечения этого заболевания являлась операция, а именно различные модификации аденомэктомии, а с 1990-х гг. — ТУР аденомы простаты.

В последние годы существенно изменились подходы к лечению аденомы простаты, в частности резко сузились показания к оперативному лечению. Произошло это, во-первых, вследствие появления большого количества препаратов для консервативной терапии (α-адреноблокаторов, ингибиторов 5-редуктазы и др.), а во-вторых, расширилось понимание причин различных симптомов, ранее приписываемых ДГПЖ.

Многие исследователи в настоящее время считают причиной таких дизурических симптомов, как частое, болезненное мочеиспускание, императивные позывы, ноктурия, не только наличие аденоматозной гиперплазии простаты, но и гиперактивность детрузора. Соответственно и методом лечения при наличии данной симптоматики без признаков обструкции нижних мочевых путей является все же медикаментозная терапия, а именно применение М-холинолитиков.

Предметом нашего исследования явилось выяснение эффективности Везикара в комплексной терапии неосложненной ДГПЖ (1 ст., т. е. наличие увеличения простаты без признаков обструкции, но с выраженными дизурическими расстройствами, ноктурия 3–5 раз).

Отбор пациентов проводился по следующим критериям: по УЗИ простаты и мочевого пузыря — объем простаты не более 40 см³, ООМ до 50 мл, отсутствие признаков воспаления по ОАМ и микрофлоры при посеве мочи, показатели по опроснику IPSS до 20 баллов.

Пациенты были разделены на 2 группы. Первой группе (15 больных) была назначена монотерапия α -адреноблокатором, пациенты из второй группы (17 больных) получали α -адреноблокатор и М-холинолитик (Везикар) в течение месяца. Эффективность лечения оценивалась по субъективному уменьшению симптоматики (по шкале IPSS уменьшение на 2–3 балла и более). Получены следующие результаты: в первой группе пациентов, получавших только α -адреноблокатор, положительный эффект от терапии отметили 5 больных (около 33,3%), во второй группе — 12 больных (около 70%); эффект достигался в течение 3–4 дней.

Таким образом, гиперактивность детрузора у больных с ДГПЖ встречается довольно часто. Больным с аденоматозной гиперплазией простаты целесообразно назначать комбинированную терапию α -адреноблокаторами и М-холинолитиками.

Применение α -блокаторов в консервативной терапии камней дистального отдела мочеточника

В. Я. Фарбирович, О. А. Устинова, М. В. Кондратьев

Кемерово

В контингенте пациентов урологических стационаров и поликлиник больные с камнями различной локализации составляют подавляющее большинство, в связи с чем методам консервативной терапии должно быть уделено должное внимание. Особый интерес для клиницистов представляет проблема консервативного лечения больных с локализацией конкрементов в дистальном отделе мочеточника. Предлагаемые методы терапии у этой категории больных направлены на купирование болевого синдрома, патогенетическое воздействие на причину окклюзии, что способствует самостоятельному отхождению конкремента.

Нами проанализированы 78 больных, поступивших в приемное отделение Кемеровской областной клинической больницы. У всех пациентов выявлены конкременты дистального отдела мочеточника размерами от 0,4 до 0,8 см и адекватная функция почки; во всех случаях причиной почечной колики явились конкременты дистального отдела мочеточника.

Почечная колика купирована у всех больных. Стандартная методика изгнания камня включала прием спазмолитиков, анальгетиков, диклофенака, обильное питье, в некоторых случаях — физиолечение. Пациенты разделены на 2 группы — основную и контрольную. В контрольной группе было 18 мужчин, 26 женщин (всего 44 человека), в основной группе — 12 мужчин, 22 женщины (всего 34 человека). Пациенты основной группы получали, помимо стандартного лечения, α -блокаторы (Кардура по 4 мг или Омник по 0,4 г в сутки), пациенты контрольной — только традиционную терапию.

У больных основной группы, получавших на фоне традиционной консервативной терапии α -блокатор, частота самостоятельного отхождения конкрементов составила 85,2% (29 больных); у 5 больных конкременты в течение недели не отошли, в связи с чем потребовалось эндоскопическое вмешательство (контактная уретеролитотрипсия). В контрольной группе, больные которой получали традиционную камнеизгоняющую терапию, в течение недели конкременты отошли лишь у 14 человек (32,4%). Более того, у больных, получавших α -блокаторы, отхождение конкрементов наблюдалось в более короткие сроки. Так, в основной группе отхождение камней отмечено уже на 2–3-й день от начала лечения, чего в контрольной не происходило вообще.

Следовательно, вероятность самостоятельного отхождения конкрементов зависит от многих факторов, в том числе от размеров камня, его локализации, анатомических особенностей мочеоточников, функциональной способности почки. В комплексной консервативной камнеизгоняющей терапии при локализации камней в дистальном отделе мочеоточников α -блокаторы показали достаточно высокую эффективность.

Неклостридиальная инфекция — консервативная этиотропная терапия в лечении больных с доброкачественной гиперплазией простаты

Я. В. Яковец, А. И. Неймарк, Е. А. Яковец

Барнаул

Доброкачественная гиперплазия простаты (ДГП) — одно из самых частых заболеваний мужчин в возрасте старше 50 лет. Однако в настоящее время возраст этой категории пациентов имеет тенденцию к снижению — болезнь «молодеет» и начинает охватывать те слои населения, которые ведут достаточно сексуально-активный образ жизни. При обследовании пациентов выявляется два патологических процесса в предстательной железе — ДГП и хронический простатит. Наличие хронического простатита предполагает выяснение этиологического фактора. При выявле-

нии воспалительного процесса у половой партнерши существенная роль принадлежит комбинации из 2–6 возбудителей с преобладанием неспорообразующих облигатно-анаэробных бактерий, представителями которой являются бактериоиды и мобилункусы. Характер микрофлоры начальных отделов уретры мужчин не обладает таким многообразием и не настолько лабилен. Кроме того, бактериоиды и мобилункусы не являются их нормальной микрофлорой. Поэтому в последнее время эти микроорганизмы считаются одним из возможных этиологических факторов хронически протекающих простатитов. Сопутствующий воспалению отек предстательной железы усугубляет клинические динамические проявления ДГП. Иммуитет при таких простатитах малонапряженный, поэтому возможны рецидивы заболевания и/или длительное вялотекущее течение, а обострение заболевания не сопровождается изменениями в анализах секрета простаты (в виде повышения содержания лейкоцитов).

Нами пролечены 36 пациентов в возрасте от 38 до 56 лет с доброкачественной гиперплазией простаты и хроническим воспалительным процессом в периферических отделах простаты, не занятых аденоматозным узлом. Диагноз устанавливался клинически (ПРИ, исследование секрета простаты — определялось большое количество лейкоцитов; опросник СОС-ХП, ПЦР-исследование, выявлявшее бактериоиды). Бактериоиды, как известно, относятся к сапрофитной флоре и являются представителями неклостридиальной анаэробной флоры. Единственный на сегодняшний день метод выявления этих возбудителей — ПЦР-диагностика, которая позволяет из взятого материала путем разрушения клеток выделить ДНК этих бактерий. Культуральные методики на обычных средах их не выявляют, поскольку бактерии являются облигатными анаэробами.

Орнидазол (Тиберал, La Roche) назначался по 500 мг (1 табл.) 2 раза день 7–10 дней в зависимости от тяжести течения заболевания и количества обострений в анамнезе при хроническом процессе. Половые партнерши пациентов находились под наблюдением гинекологов, проходили лечение по поводу бактериального вагиноза и получали Тиберал по схеме 1,5 г (3 таблетки) однократно. Уже к 5-му дню наши больные отмечали улучшение в виде исчезновения симптомов заболевания. При проведении контрольных анализов ПЦР через 7–14–21 день давала отрицательный результат. По ТрУЗИ с доплерографией также отмечалось снятие воспалительного отека с периферических отделов простаты и улучшение дифференциации экзон.

Пациенты находились под наблюдением в течение 3 месяцев, клиническая эффективность составила 94,4% (34 больных), микробиологическая эффективность — 97,2%, при этом рецидив заболевания наблюдался у 3 пациентов (8,3%), а повторного заражения у пациентов не было.

Таким образом, в настоящее время одними из возможных возбудителей воспалительных заболеваний урогенитального тракта у мужчин являются мобилункусы и бактериоды — представители нормальной микрофлоры их половых партнеров. Орнидазол (Тиберал, La Roche) показан больным ДГП и хроническим простатитом, вызванным этими микроорганизмами, как препарат с избирательным действием на анаэробную инфекцию по следующей схеме: 500 мг (1 табл.) 2 раза день 7–10 дней в зависимости от тяжести клинического течения и количества обострений в анамнезе.

К возможностям консервативной терапии пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты с учетом роли -факторов роста фибробластов

Я. В. Яковец, А. И. Неймарк, Е. А. Яковец, Г. Н. Богук

Барнаул

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (простаты) — ДГПЖ, или ДГП, — одно из наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого возраста. Симптоматика ДГП — это не только и не столько инфравезикальная обструкция, сколько повышение внутриуретрального сопротивления и изменение функции детрузора, а также повышение тонуса гладкомышечных волокон простаты и задней уретры. Значение эстрогенов и андрогенов в нормальном развитии предстательной железы изучено недостаточно. Они играют важную роль в замедлении процессов старения и гибели клеток предстательной железы. Однако эстрогены и андрогены влияют на ткань предстательной железы не непосредственно, а через так называемые тканевые факторы роста — белки, которые вырабатываются стромальными клетками простаты под влиянием этих гормонов. Именно последние регулируют рост и дифференциацию эпителиальных клеток предстательной железы.

В процессе нормального развития органа факторы роста, стимулирующие пролиферацию клеток, находятся в равновесии с трансформирующим -фактором роста фибробластов (-ФРФ/ -FGF), ингибирующим пролиферацию и участвующим в регуляции старения и гибели эпителиальных клеток предстательной железы. ФРФ представляют собой полипептиды, которые, подобно гормонам, являются многофункциональными медиаторами и обладают стимулирующим или подавляющим действием на клеточную пролиферацию. Они необходимы для эмбрионального развития и дифференциации или роста, а также для поддержания обмена веществ и функционирования тканей у взрослых организмов. Среди различных факторов роста, выявленных в простате, основной фактор роста

фибробластов -ФРФ/ -FGF, по-видимому, играет ключевую роль в начальных стадиях развития доброкачественной гиперплазии простаты. У больных с ДГП уровень этого фактора выше, чем у практически здоровых лиц. Использование гистопатологической техники, позволившей картировать простату, подтвердило, что концентрация -ФРФ/ -FGF выше в периуретральной области, чем в периферийных зонах железы. Именно в периуретральной зоне впервые возникают патофизиологические изменения, в дальнейшем приводящие к развитию ДГП. Нарушения процесса регуляции выброса факторов роста, и в частности -ФРФ/ -FGF, могут быть связаны с возрастом, повторными микротравмами, обусловленными мочеиспусканием, эякуляцией и инфекциями. Поэтому действие -ФРФ/ -FGF, стимулирующее пролиферацию, может превосходить ингибирующее влияние трансформирующего фактора роста -ТФР/ -TGF. Это напрямую приводит к стимуляции гиперплазии стромальной ткани. Узелки из стромы и вызывают гиперплазию соседней железистой ткани. Поэтому именно нарушения равновесия содержания и взаимодействия андрогенов, эстрогенов и факторов роста играют определяющую роль в возникновении и развитии ДГП. При проведении экспериментальных исследований было доказано, что уже через 2 часа после создания любой инфравезикальной обструкции (моделирующей увеличенную предстательную железу) концентрация -ФРФ/ -FGF в мочевом пузыре увеличивается в несколько раз. Повышение концентрации -ФРФ/ -FGF и вызывающая ишемия детрузора приводили к запуску всех составляющих симптомов наполнения. Это, в свою очередь, вызывало выраженное снижение сократимости и эластичности детрузора и его нестабильность.

В связи с полученными результатами нами было предложено использование препарата с эффектом блокады -ФРФ/ -FGF в лечении больных ДГП. Пролечены 63 пациента 1–2-й стадии ДГП в возрасте от 50 до 85 лет (средний возраст 66,6 лет).

33 пациента, получавших лечение экстрактом *Pygeum africanum*, составили основную группу (ОГ). Препарат Таденан назначался в дозе 50 мг 2 раза в сутки в течение 6 недель. 30 пациентов составили группу сравнения (ГС), получавшую плацебо. Объем простаты по данным ТрУЗИ составил 34,7 см³, объем узла — 18,2 см³, что позволило не назначать пациентам препараты — блокаторы 5 -редуктазы. В клинике у всех пациентов отмечались симптомы динамического компонента.

Объем остаточной мочи изменился в ОГ с 38,0±2,5 мл до 28,7±2,6, т. е. на 24,5%, в ГС — с 42,8±2,5 до 41,3±3,1. т. е. на 3,5%. Объем мочеиспускания вырос в ОГ на 12%, в ГС на 3,2%. Частота ноктурии не изменилась в ГС, а в ОГ — уменьшилась на 31%. Частота дневных мочеиспусканий уменьшилась в ОГ на 19,4%, в ГС — на 8,3%.

Назначение препарата привело также к уменьшению размеров простаты и размеров узла. Эта динамика сохранилась через 6 месяцев при контрольном ТрУЗИ. Эффективность лечения от использования препарата отметили 65,6% пациентов в ОГ и 30,8% в ГС. Побочных эффектов в виде снижения АД и головокружения нами отмечено не было. Только у 3 пациентов (4,7%) были отмечены явления диареи на 19-й день приема препарата (1 пациент) и гастралгии (2 пациента).

Таким образом, включение препарата «Таденан» (экстракта *Pugent africanum*) в терапию больных с 1–2-й стадией ДГП тормозит развитие гиперплазии простаты, действует на оба источника симптомов ДГП – простату и мочевого пузырь, не влияет на гормональный фон и артериальное давление, дает мало других побочных эффектов и не оказывает отрицательного влияния на сексуальную функцию.

Методы эфферентной терапии, физиотерапии и курортной реабилитации в лечении урологических больных

Комплексное лечение эректильной дисфункции с метамерным введением ноотропных препаратов

В. А. Востров, А. Ю. Нагибин

Йошкар-Ола

Способность организма мужчины провести половой акт зависит от анатомо-физиологического состояния организма, психоэмоционального статуса и наличия сексуальных проблем. При лечении больных с гипоерекционным состоянием необходимо учитывать все патологические механизмы, которые являются причиной заболевания.

Цель данной работы — повышение эффективности лечения эректильной дисфункции у мужчин.

С 2006 г. в урологическом отделении применяется комплексная терапия больных с эректильной дисфункцией, включающая:

- медикаментозную терапию (витамины, простатитен, противовоспалительные препараты и т. п.);
- лечение локальным отрицательным давлением (ЛОД-терапия) аппаратом АЛИ-1 (чередование: 2 мин — разрежение, с паузой в 1 мин в течение 20 мин);
- физиотерапия (жемчужные ванны, подводный массаж и т. п.);
- последующий курс метамерного введения церебролизина в проекцию пояснично-крестцового сплетения, 10 сеансов.

Введение биологических ноотропных препаратов-гидролизатов (церебролизина) в метамерные зоны путем обкалывания микродозами позволяет направить их непосредственно на нейроны парасимпатических вегетативных ганглиев, как прямым воздействием, так и опосредованно. Каскадная цепная биохимическая реакция запускает процессы аксоно-дендритного ветвления и образования новых межклеточных связей в

центральной и периферической нервной системе; запускаются компенсаторные механизмы.

По этой методике пролечены 27 пациентов, 90% из них отмечают выраженный положительный эффект от лечения, сохраняющийся в течение 4–5 месяцев. Таким образом, внедрение данного комплексного метода значительно повышает эффективность лечения больных с эректильной дисфункцией, что позволяет рекомендовать его специалистам-урологам к применению в стационарных, амбулаторно-поликлинических и санаторных условиях.

Оценка эффективности использования сочетанного применения препарата «Пролит» и минеральной воды «Серебряный ключ» в комплексной терапии мочекаменной болезни

А. В. Гудков, Э. М. Тилашов, В. С. Бощенко, В. К. Чигорьев

Томск

Мочекаменная болезнь является одним из распространенных заболеваний в урологической практике, бывает вызвана различными экзогенными и эндогенными факторами и имеет тенденцию к росту. Распространенность мочекаменной болезни в России носит эндемический характер, но в среднем варьирует до 0,4–0,5% от общего числа урологических больных.

Целью исследования явилось изучение сочетанного применения биологически активной добавки «Пролит» и минеральной воды «Серебряный ключ» в комплексной терапии мочекаменной болезни. Объектом исследования являлись 27 пациентов, поступивших в урологическое отделение Сибирского государственного медицинского университета с сентября по декабрь 2006 г. Возраст пациентов варьировал от 18 до 82 лет, мужчины составляли 55,5% (15 человек), женщины — 44,4% (12 человек). Каждому пациенту были проведены следующие исследования: сбор анамнеза, физикальный осмотр, общие анализы крови и мочи, бактериологические исследования мочи, биохимический анализ крови и мочи, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, экскреторная урография.

Исследуемая группа пациентов наряду с традиционной схемой лечения мочекаменной болезни (спазмолитики, анальгетики, мочегонные средства и тепловые процедуры) получала Пролит по 5 пилюль (225 мг) 3 раза в день во время еды или 2 суперкапсулы (600 мг) 3 раза в день в сочетании с применением минеральной воды «Серебряный ключ» до 1,5 л в сутки. Эффективность лечения оценивали по самочувствию пациентов, объективным показателям, данным лабораторных и инструментальных методов исследования.

У 23 (85,1%) пациентов камни располагались в нижней трети мочеточника, их размер варьировал от 1 до 5 мм. У 1 (3,7%) пациента конкремент (7–8 мм) располагался в верхней трети мочеточника. У 2 (7,4%) пациентов камни располагались в средней трети мочеточника (5 и 7 мм в диаметре). У 1 (3,7%) пациента был коралловидный камень почки.

В первые сутки отмечено самопроизвольное отхождение камней у 2 (7,4%) пациентов, у которых конкремент (1 и 3 мм в диаметре) располагался в нижней трети мочеточника. На вторые сутки отмечено самопроизвольное отхождение конкремента у 9 (33,3%) человек, у которых конкремент также располагался в нижней трети мочеточника и не превышал по диаметру 3–4 мм. На третьи сутки самопроизвольное отхождение конкрементов произошло у 5 (18,5%) пациентов, камни у которых также располагались в нижней трети мочеточника и не превышали в диаметре 4 мм. У 2 (7,4%) пациентов с умеренно выраженной коликой камни также самопроизвольно отошли на 6-е сутки и у 1 (3,4%) — на 9-е сутки. Конкременты также располагались в нижней трети мочеточника, размер камней при этом варьировал от 3 до 4 мм. У одной пациентки с коралловидным камнем правой почки с первых суток консервативной терапии отмечалось отхождение песка, за время стационарного лечения прошли боли в пояснице, нормализовался общий анализ мочи без применения антибиотиков и пациентка в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки была выписана из стационара.

У остальных 7 (25,9%) пациентов колика за трое суток не купировалась. Четверым (14,8%) из них с камнями в нижней трети мочеточника на третьи сутки была выполнена литоэкстракция, диаметр камней при этом у всех составлял 4–5 мм. Двум (7,4%) пациентам с конкрементами в средней трети мочеточника и одному пациенту (3,4%) с камнем в верхней трети мочеточника на третьи сутки была выполнена уретеролитотомия, размер камней при этом составлял от 7 до 9 мм.

У всех пациентов при выписке отмечалось удовлетворительное состояние, нормализация лабораторных показателей, положительная ультразвуковая и рентгенологическая динамика. При выписке всем пациентам было рекомендовано продолжение приема «Пролита» и минеральной воды «Серебряный ключ». За время динамического наблюдения до настоящего времени ни у кого из пациентов рецидива заболевания отмечено не было.

Таким образом, полученные нами предварительные результаты свидетельствуют об эффективности «Пролита» и минеральной воды «Серебряный ключ» в комплексной терапии мочекаменной болезни у больных с конкрементами в нижней трети мочеточника и особенно в отношении камней размером от 1 до 4 мм, в то время как камни большего диаметра,

а также камни, расположенные в вышележащих отделах мочевыводящего тракта, требуют либо более длительного приема препаратов, либо применения инвазивных методов лечения. Об эффективности этого вида терапии говорит также отсутствие рецидива заболевания за время динамического наблюдения и сокращение сроков стационарного лечения до 1–3 суток, что положительно сказывается на качестве жизни пациентов и медико-социальном аспекте данной проблемы.

Применение прямой электростимуляции мочеоточника и лоханки при оперативных вмешательствах на проксимальном отделе мочевыводящих путей

*А. В. Гудков, В. К. Чигорьев, В. С. Боценко, Э. М. Тилашов, В. Я. Афонин,
В. А. Давыдов, К. И. Ефремов*

Томск

В клиниках СибГМУ, урологическом отделении военно-медицинского госпиталя и МСЧ № 2 в период с 2003–2006 гг. для лечения послеоперационной гипотонии проводилась прямая электростимуляция мочеоточника 13 больными (8 мужчин и 5 женщины) в возрасте от 18 до 53 лет прооперированных по поводу стриктур мочеоточника, сосудисто-чашечно-лоханочного конфликта, камней почек и мочеоточника, осложненных пиелoureтеритом. Им были проведены соответствующие открытые вмешательства: пиелолитотомия — 4, уретеролитотомия — 6, пластика мочеоточника — 1, пластика ЛМС — 1, коррекция сосудисто-чашечно-лоханочного конфликта — 1.

Для проведения электростимуляции применялся генератор импульсов оригинальной конструкции (Роспатент), передающий импульсы к мочеоточнику и лоханке через специальный многоконтактный электрод. По окончании операции многоконтактный электрод-катетер укладывали вдоль мочеоточника и фиксировали кетгутовыми лигатурами к парауретеральным тканям. Свободный конец электрода-катетера с разъемом для подключения к генератору выводили наружу через угол операционной раны или отдельный прокол.

В первые дни, как правило, используют принудительный режим стимуляции с интервалом 2,5–3,0 с. При наличии положительной динамики в последующие дни переходят на так называемый «тренирующий» режим — подачу импульсов с интервалом 3,5 с: это позволяет мочеоточнику не только отвечать возбуждением, но и генерировать собственные импульсы, что увеличивает эффективность восстановления тонуса мочеоточника и его автоматической деятельности. Контроль за уродинамикой верхних мочевых путей и эффективностью электростимуляции осу-

ществляли с помощью динамического УЗИ почек и мочеточников, контроля отделяемого из послеоперационных дренажей, контроля внутрилоханочного давления, антеградной пиелографии и пиелoureтерокинематоскопии.

Получены следующие результаты: при УЗИ после отключения электростимуляции уретерогидронефроз несколько нарастал и субъективно становился более напряженным. У всех больных после операции во время сеанса электростимуляции отсутствовало подтекание мочи по страховочным дренажам. При прекращении подачи импульсов моча начинала обильно подтекать. Внутрилоханочное давление измерялось каждые 2 часа. С первых суток после операции давление постепенно увеличивалось и на 2-е сутки после операции колебалось в пределах 90–220 мм вод. ст. На третьи сутки размах колебаний внутрилоханочного давления был в пределах 125–180 мм вод. ст. На 4-е сутки отмечается снижение внутрилоханочного давления со 150 мм вод. ст. перед стимуляцией, до 120 мм вод. ст. сразу после сеанса электростимуляции. В последующие сутки отмечается стабилизация внутрилоханочного давления на цифрах 55–135 мм вод. ст., которые являются нормальными показателями внутрилоханочного давления.

Во время уретеропиелокинематографии проводилась электростимуляция. Уже на 2-й минуте после начала стимуляции контраст из лоханки практически полностью вывелся.

Время удаления электрода определяли индивидуально путем пробного отключения электростимуляции и исследования вышеописанных параметров уродинамики. Средний срок нахождения электродов в ране составил 7 дней (от 5 до 13). Все больные выписаны домой в удовлетворительном состоянии с первичным заживлением раны. Послеоперационных осложнений не наблюдалось. Средняя продолжительность госпитального послеоперационного периода для этой группы больных составила 16,1 дня, что примерно на 6 дней меньше, чем при операциях без проведения электростимуляции мочеточника (21,9).

Следовательно, прямая электростимуляция гладкомышечной мускулатуры лоханки и мочеточника при оперативных вмешательствах на проксимальном отделе мочевыводящих путей позволяет устранить последствия их атонии в результате нарушения иннервации, постоянно сохранять перистальтику верхних мочевых путей, значительно сократить сроки лечения и снизить возможность послеоперационных осложнений.

Прямая электростимуляция мочеточника с электромиографическим контролем у больных с мочекаменной болезнью

А. В. Гудков, В. К. Чигорьев, В. С. Бощенко, В. Я. Афонин, В. А. Давыдов

Томск

Открытые операции на мочевыводящих путях нередко сопровождаются развитием в послеоперационном периоде ряда осложнений, среди которых особое место занимают длительно не заживающие мочевые свищи, развитие острого обструктивного или обострение хронического пиелонефрита. Их причиной является послеоперационная гипотония лоханки и мочеточника. Для восстановления функции верхних мочевых путей предлагаются различные режимы их электростимуляции. Оптимальный режим подбирается с учетом степени нарушения функции мочевых путей. Помимо уродинамических методов, уретеропиелокинематографии, важную роль в контроле их функции отводят регистрации изменения биоэлектрической активности мочеточника в послеоперационном периоде.

Исследование эффективности прямой электростимуляции мочеточника и лоханки у пациентов после операций на проксимальных отделах верхних мочевых путей при мочекаменной болезни проводилось на основании изменения биоэлектрической активности мочеточника. В исследование включены 9 человек (5 мужчин и 4 женщины) в возрасте от 18 до 72 лет, с крупными камнями различной давности нахождения их в ЧЛС и мочеточнике. Все больные оперированы. Уретеролитотомия была выполнена 6 пациентам, пиелолитотомия — 2 и нефропиелолитотомия — 1. После выполнения уретеролитотомии 6 пациентам устанавливались мочеточниковые стенты на срок до 2 недель. В одном случае после нефропиелолитотомии (коралловидные камни) мочевые пути дренировались через установленную нефростому. У 2 пациентов после уретеролитотомии дренажные системы не использовались.

Для сравнительного исследования прооперированные были разделены на две группы. В первую группу вошли 5 пациентов, которым в послеоперационном периоде проводилась прямая электростимуляция верхних мочевых путей. Для этого во время операции непосредственно к стенке мочеточника прикладывался и фиксировался специальный многоконтактный электрод для подачи импульсов, сгруппированных в пачки длительностью 0,3–0,6 с. Длительность импульсов составляла 5–10 мс с периодом следования 20–30 мс, частота повторения — 0,3–0,4 Гц. Лечебный сеанс проводили постоянно в течение 8–10 дней. Вторая группа состояла из 4 больных, которым электростимуляция мочевых путей не проводилась.

Всем пациентам в обеих группах измерялась биоэлектрическая активность мочеточника интраоперационно до и сразу же после извлечения камня, а также далее ежедневно в течение 8 дней. Снятие биопотенциалов осуществлялось с помощью неполяризующегося электрода (серебряной иглы), введенного в стенку мочеточника на уровне лоханочно-мочеточникового сегмента. Регистрировались и обрабатывались данные с помощью цифрового электроуретерографа (табл.).

Показатели биоэлектрической активности мочеточника после пиело-, уретеро- и нефропиелолитотомии

Период	1-я группа, 5 МКБ		2-я группа (без электро-стимуляции), 4 МКБ	
	Интервал, с	Амплитуда, мВ	Интервал, с	Амплитуда, мВ
Исходный уровень	28±7,2	2,4±0,5	28±9,3	2,3±0,7
Сразу после вмешательства	24±6,2	2,2±0,7	23±8,3	2,5±0,6
1-е сутки	26±6,7	0,8±0,3	28±6,0	0,6±0,1
2-е сутки	19±1,1	1,1±0,3	22±7,5	0,5±0,3
3-и сутки	17±1,4	1,6±0,5	24±5,0	0,6±0,5
4-е сутки	17±1,4	1,4±0,3	28±5,8	0,8±0,3
5-е сутки	18±1,3	1,6±0,3	28±2,2	0,8±0,3
6-е сутки	18±1,3	2,0±0,5	27±1,3	0,6±0,2
7-е сутки	20±1,5	2,0±0,4	28±1,3	0,6±0,2
8-е сутки	17±1,6	1,9±0,2	28±5,0	0,6± 0,1

Интраоперационные данные измерения биопотенциалов свидетельствуют о довольно высоком диапазоне колебания интервалов сокращения мочеточника в сторону как резкого угнетения, так и учащения перистальтики ($\pm 7,2$, $\pm 9,3$ с). Последнее зависит от длительности нарушения уродинамики вызванной камнем. При длительно стоящем конкременте всегда отмечалось изначально гипотоническое (угнетенное) состояние мочеточника. При острой колике, развившейся в течение нескольких часов (пациенты оперированы экстренно), отмечалась учащенная перистальтика. Однако во всех случаях уже через день после операции по амплитуде регистрировалась гипотония. На 8-е сутки послеоперационного периода амплитуда сокращений снизилась в 4 раза по сравнению с исходным уровнем.

Следовательно, операционная травма оказывает значительное угнетающее влияние на сократительную активность лоханки и мочеточника. На протяжении 8 суток раннего послеоперационного периода восстановления функции верхних мочевыводящих путей до исходного уровня не происходило.

Изменения показателей сократительной активности мочеточника на фоне прямой электростимуляции представлены в 1-й группе. Как видно из таблицы, электростимуляция в непрерывном режиме является эффективной. Однако полного восстановления сократительной активности до исходного уровня в течение 8 суток регистрации не происходило. Биоэлектрическая активность мочеточника на 8-е сутки послеоперационного периода была снижена на 20% по сравнению с исходным уровнем. Это в 3,5 раза выше, чем в контрольной группе.

Электростимуляция давала положительный клинический эффект: уменьшались боли, повышался диурез, восстанавливались самостоятельное мочеиспускание и перистальтика кишечника. На 2–3 сутки больные начинали вставать, послеоперационный период протекал активно. На 3–4-е сутки моча очищалась от крови. Нагноения послеоперационной раны и обострения хронического пиелонефрита не было ни у одного больного. Раны заживали первичным натяжением.

Следовательно, на наш взгляд, электростимуляция в непрерывном режиме воздействия эффективна. Она ускоряет восстановление сократительной активности мочеточника, является перспективным методом послеоперационного лечения, применение которого позволит улучшить результаты хирургических вмешательств, снизить уровень послеоперационных осложнений и сократить период послеоперационной реабилитации у больных с мочекаменной болезнью.

Методики восстановительного лечения больных нефролитиазом в условиях санатория «Сибирь» ЗАО «Курорт Белокуриха»

А. В. Давыдов, И. В. Каблова, Л. М. Украинская, З. П. Булатова

Барнаул, Белокуриха

В России, особенно в Западной Сибири, болезни мочевыводящей системы занимают пятое место, а поражение почек встречается у 1,5–2,0% населения. Большая медико-социальная значимость почечных заболеваний обусловлена не только их абсолютной частотой, но и тем, что более 60% больных моложе 40 лет. По своей природе и течению эти болезни тяжелые и трудно поддаются лечению. После консервативной медикаментозной терапии и оперативного лечения больных с урологической патологией ведущее место как этап реабилитации занимает санаторно-курортное лечение.

Комплексное санаторно-курортное лечение нефролитиаза начинается с проведения базисной бальнеоклиматотерапии. Климатотерапия проводится ежедневно в виде прогулок по терренкурам, игр на открытых спортивных площадках, в бассейне, воздушных ванн в аэросолярии.

Прием минеральных ванн с термальной азотно-кремниевой радоносодержащей водой способствует стимуляции действия биологически активных веществ, оказывает положительное влияние на иммунную систему, нормализует трофические процессы в органах мочевыводящей системы, водно-солевой баланс, оказывает противовоспалительное и успокаивающее действие на организм. Минеральные ванны назначают ежедневно или через день, чередуя с другими процедурами общего воздействия (сауна, гидропроцедуры), температурой 37–38 °С по 5–10–15 минут 10–12 раз на курс.

Питье минеральной воды «Белокурихинская Восточная 2» приводит к увеличению диуреза, нормализует функциональную способность почек. По химическому составу она относится к маломинерализованным (М 2,25 г/л) хлоридно-гидрокарбонатно-сульфатным кальциево-натриевым водам с нейтральной реакцией среды. Ее назначают из расчета 3–5 мл/кг массы тела на один прием 4–6 раз в сутки за 30–40 минут до еды и через 2 часа после еды, с температурой 20–40 °С в зависимости от ожидаемого эффекта.

Климатобальнеолечение является базовым подготовительным фоном для последующего назначения комплекса лечебных физических факторов. В комплексы включены факторы, которые обладают противовоспалительным, диуретическим, стимулирующим или релаксирующим эффектами и создают условия для изгнания конкрементов и устранения причин камнеобразования. При нефролитиазе целесообразен поэтапный подход к организации лечения физическими факторами, предусматривающий назначение разработанных нами лечебных комплексов (№ 1, 2, 3), независимо от уровня расположения конкремента.

Методики лечения, используемые в реабилитационной терапии у больных нефролитиазом

Комплекс № 1

В течение 15–20 минут выпивается 1,2–1,5 л минеральной воды «Белокурихинская Восточная 2» с температурой 20–30 °С. Без временного перерыва проводится лазерная терапия аппаратом «Улей-2К-Урат» с длиной волны 0,89 мкм, мощностью импульса 28 кГц, частотой модуляций 12 Гц; время воздействия — 15 минут. Через 10–15 минут принимается сауна с сухим укутыванием при температуре 75–80 °С по 10–15 минут. После сауны проводится сухое обертывание в термоодеяло температурой 40–45 °С в течение 30–40 минут. Процедура проводится через день или ежедневно, на курс 6–8 процедур. Далее — СМТ-терапия аппаратом «Амплипульс-5» с частотой модуляции 30 Гц, глубиной модуляции 100%, длительностью импульса и паузы 4–5 секунд; сила тока 15–50 мА, про-

должительность — 6–8 минут. Затем дается фиточай с антисептико-диуретическим действием в количестве 200 мл.

Комплекс № 2

Минеральная вода «Белокурихинская Восточная 2» назначается из расчета 3–5 мл/кг массы тела на один прием 4–6 раз в сутки за 30–40 минут до еды, с температурой 20–30 °С. Далее проводится МИЛ-терапия аппаратом «МИЛТА-Ф8-01» с частотой импульсов 5 Гц, мощностью излучения световодов 40 мВт, экспозицией 2 минуты, на зону, затем на проекцию конкремента со стороны поясничной области, с частотой следования импульсов последовательно 5, 150, 5 000 Гц, по 2 минуты каждый раз, на курс лечения до 10 раз. После 30 минут отдыха принимается минеральная ванна с азотно-кремниевой радоносодержащей водой при температуре 37–38 °С, ежедневно или через день, на курс 10–12 раз. Затем — лечебная физкультура в течение 30–35 минут и лечебный циркулярный душ с температурой 37–38 °С в течение 3 минут.

Комплекс № 3

Питье минеральной воды «Белокурихинская Восточная 2» в режиме водного удара с последующей контактной лазерной литотрипсией аппаратом «Улей-2К-Урат» (см. методику в комплексе № 1). Через 10–15 минут — термотермия при температуре 60–70 °С с антисептическим и спазмолитическим бальзамом в мини-сауне в течение 15 минут, с последующим сухим укутыванием, 30–40 минут, 2–3 раза в неделю, чередуя с приемом минеральных ванн. Во второй половине дня — общий подводный душ-массаж температурой 37–38 °С, с 10-минутным периодом релаксации в начале и в конце процедуры по 10 минут, 10–12 раз.

Таким образом, предложенные методики восстановительного лечения больных нефролитиазом являются важными в реабилитационной терапии и должны быть широко использованы на санаторно-курортном этапе.

Применение внутривенного лазерного облучения крови в комплексной терапии у детей с острым пиелонефритом

В. В. Дутов, И. М. Бейзеров, Л. М. Колобова, А. Б. Соболевский, К. В. Поздняков
Москва

Лазерная терапия уже давно заняла прочные позиции в современной медицине. Одним из наиболее распространенных способов воздействия низкоинтенсивным лазерным излучением на организм человека является внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), которое в настоящее время успешно используется в урологии, в том числе и у детей.

Целью настоящего исследования стало изучение влияния ВЛОК при остром пиелонефрите у детей, в том числе у больных с гнойно-септическими послеоперационными осложнениями.

В урологической клинике МОНИКИ за период с 1999 г. по 2007 г. ВЛОК применено у 21 ребенка в возрасте от 10 до 16 лет. У 3 больных острый пиелонефрит осложнился карбункулом почки, у 10 — на фоне аномалии мочевой системы, у 2 — на фоне гидронефроза, у 1 — на фоне травмы почки, у 5 детей острый пиелонефрит развился в послеоперационном периоде. Всем пациентам проводилась адекватная антибактериальная, противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия, по показаниям выполнялось дренирование верхних мочевых путей или мочевого пузыря. Использовалась методика облучения крови аппаратом «МУЛИТ» с длиной волны 0,63 мкм, мощность на конце световода — 0,5–1,5 мВт, продолжительность процедуры — 15–20 мин, на курс 7–10 сеансов через день. ВЛОК оказывает положительное клиническое действие благодаря активации различных систем иммунитета и подавления избыточной активности протеолитических ферментов.

У всех больных отмечено купирование проявлений острого пиелонефрита в более короткие сроки, в среднем на 20% быстрее нормализовались лабораторные показатели. Средние сроки пребывания в стационаре сократились на 3–4 дня.

Таким образом, ВЛОК является простым и высокоэффективным методом лечения гнойно-септических заболеваний, который позволяет в более короткие сроки купировать воспалительный процесс, предотвратить переход заболевания в гнойно-деструктивную форму и может с успехом применяться в комплексной терапии у детей с острым пиелонефритом.

Комплексная физиотерапия эректильной дисфункции ассоциированной с гипертонической болезнью у больных с патологией предстательной железы

И. А. Колмацуй, Е. Ф. Левицкий, С. В. Алайцева

Томск

В многочисленных эпидемиологических исследованиях доказана связь возникновения эректильной дисфункции (ЭД) с артериальной гипертензией и атеросклерозом. ЭД, ассоциированная с гипертонической болезнью (ГБ), является дополнительным фактором, снижающим качество жизни пациентов с хроническим простатитом (ХП) и ДГПЖ.

Комплекс лечения, включающий СМТ-форез сапропеля на область полового члена (ПЧ) и КВЧ-пунктуру на биологически активные точки, был применен у 25 больных с ЭД, ассоциированной с ГБ в сочетании с ХП.

В результате лечения у большинства пациентов происходило улучшение копулятивной функции, что обуславливало повышение суммарного балла МИЭФ-5 с $15,5 \pm 2,3$ до $20,6 \pm 1,4$ ($p < 0,05$). У 24 (96%, $p < 0,01$) больных в процессе лечения отмечалась положительная динамика показателей системного систолического и диастолического артериального давления.

Состояние микроциркуляции ПЧ оценивалось по данным лазерной доплеровской флоуметрии с помощью анализатора «ЛАКК-02» (НПП «ЛАЗМА», Россия). После лечения отмечалась тенденция к снижению показателя микроциркуляции с $13,72 \pm 3,930$ до $9,70 \pm 1,672$ и максимальной частоты ритма в сердечном диапазоне с $1,06 \pm 0,049$ до $0,95 \pm 0,045$ ($p < 0,01$). Уменьшались амплитуды ритмов в нейрогенном диапазоне с $0,66 \pm 0,151$ до $0,34 \pm 0,096$, ($p < 0,01$) и в дыхательном диапазоне — с $0,31 \pm 0,076$ до $0,17 \pm 0,025$, ($p < 0,05$). Показатель шунтирования после лечения снизился на 33,6% (с $1,10 \pm 0,229$ до $0,73 \pm 0,112$; $p < 0,05$). Произошло также достоверное снижение ПФ-реакции (с $9,27 \pm 1,407$ до $6,40 \pm 1,144$; $p < 0,01$) и отмечена тенденция к уменьшению резерва капиллярного кровотока во время дыхательной пробы (с $77,74 \pm 3,372$ до $68,03 \pm 8,394$).

Снижение среднего уровня микроциркуляции одновременно с уменьшением амплитуды ритма в дыхательном диапазоне (практически на 45%) свидетельствует об уменьшении венозного застоя в исследуемой области и преобладании активных механизмов регуляции. Снижение амплитуды в нейрогенном диапазоне наряду со снижением показателя шунтирования говорит об увеличении тонуса артериол в артериоло-венозных шунтах и увеличении прохождения крови через нутритивное русло. Наличие тенденции к снижению резервного капиллярного кровотока связано с уменьшением исходного спазма приносящих микрососудов и застойных явлений на уровне микроциркуляторного русла. Полученные данные свидетельствуют об улучшении состояния микроциркуляции ПЧ после курса физиотерапии, более интенсивном функционировании механизмов активного контроля микроциркуляции и снижении застойных явлений на данном уровне.

Таким образом, данный метод лечения ЭД, ассоциированной с ГБ, у больных с патологией предстательной железы эффективно восстанавливает эректильную функцию, нормализует системное артериальное давление, улучшает микроциркуляцию ПЧ, что позволяет повысить качество жизни пациентов.

Хронобиологические аспекты оптимизации физиотерапии больных хроническим простатитом

И. А. Колмацуй, Е. Ф. Левицкий, М. С. Тицкий, Л. Е. Коновалова

Томск

Хронобиологический подход к лечению хронического простатита основан на окологодových колебаниях заболеваемости, выраженности субъективной симптоматики, активности воспалительного процесса, динамики биохимических и иммунологических показателей, состояния адаптационных реакций, переносимости и эффективности лечения.

Разработана медицинская технология физиолечения больных хроническим простатитом с учетом окологодových биоритмов функционирования физиологических систем организма. Проведенными исследованиями выявлено, что наиболее неблагоприятными в развитии и в процессе лечения хронического простатита являются март—апрель и октябрь—ноябрь.

Медицинская технология применена у 192 больных хроническим абактериальным простатитом в возрасте от 40 до 55 лет. Контрольную группу составили больные, которым проводился базовый лечебный комплекс без хронобиологической оптимизации. Основную группу составили больные, которые в периоды март—апрель и октябрь—ноябрь получали физиолечение с учетом хронобиологической коррекции. Пациенты базовой (124 человек) и основной (68 человек) групп были сопоставимы по возрасту, длительности и тяжести заболевания.

Критериями оценки эффективности лечения служили данные опросников NICH CPSI, IPSS и МИЭФ-5, пальцевого ректального исследования предстательной железы, данные исследования простатического секрета, иммунологический и биохимический анализы крови, данные функциональных методов исследования (эхография, реовазография органов малого таза).

Непосредственный эффект лечения у больных хроническим простатитом, получавших базовый комплекс (контрольная группа), имел наименьшее значение в марте (83,5%), апреле (79,3%), октябре (84,7%) и ноябре (76,3%). Больным основной группы в периоды март—апрель и октябрь—ноябрь физиолечение оптимизировано за счет сочетанного применения низкоинтенсивного физического фактора (постоянное магнитное поле, светодиодное излучение инфракрасного и синего диапазонов), СМТ-терапии и природных лечебных факторов (торф, сапропель), что позволило снизить интенсивность каждого вида воздействия (температуру и экспозицию), увеличив при этом эффективность, по сравнению с их отдельным использованием. При использовании оптимизированного комплекса физиотерапии в марте—апреле и октябре—ноябре эффективность лече-

ния значимо повышалась и составила у больных основной группы 91,7; 92,5; 93,2; 89,8% соответственно ($p < 0,05$).

Таким образом, разработанная медицинская технология физиолечения хронического простатита обеспечивает комплексное воздействие как на различные звенья воспалительного процесса непосредственно в органе, так и на регуляторные нейрогормональные системы, что позволяет повысить эффективность и улучшить переносимость лечения в периоды март—апрель и октябрь—ноябрь.

Место фотодинамических методов диагностики и терапии в современной онкоурологии

Н. А. Лопаткин, О. И. Аполихин, И. В. Чернышев, Д. В. Алтунин

Москва

Число онкоурологических заболеваний во всем мире продолжает расти. Существующие хирургические, лучевые и химиотерапевтические методы лечения рака не всегда достаточно эффективны. Освоение и применение метода фотодинамического эффекта является многообещающим перспективным направлением в современной медицине. В клинической практике уже активно применяется метод флуоресцентной диагностики, который позволяет верифицировать сложные случаи поверхностного рака мочевого пузыря и рака *in situ*. В период с 1996 по 2007 гг. в НИИ урологии выполнено более 400 флуоресцентных цистоскопий. Эффективность диагностики с применением флуоресцентной цистоскопии по сравнению с обычной цистоскопией подтверждена в нескольких исследованиях. Разработан протокол применения данного метода в комбинированной диагностике рака мочевого пузыря.

Проведенные в России и за рубежом экспериментальные исследования позволили к настоящему времени внедрить в клиническую практику метод фотодинамической терапии. В НИИ урологии проводится клиническая исследовательская работа по изучению эффективности фотодинамической терапии с отечественным фотосенсибилизатором Фотосенс в качестве адъювантной терапии поверхностного рака мочевого пузыря. Отрабатываются режимы фотодинамической терапии. Последующий мониторинг пациентов позволит определить эффективность метода и дать практические рекомендации по его использованию.

С 2004 г. в ряде стран ведутся клинические испытания фотосенсибилизатора последнего поколения Тукада в лечении локализованного рака предстательной железы.

На базе экспериментального отделения НИИ урологии изучается влияние фотодинамического эффекта на нормальную ткань предстательной

железы. Первые полученные данные могут свидетельствовать об эффективном локальном фотодинамическом воздействии на паренхиматозные органы.

Необходимо продолжить изучение эффективности имеющихся и разработку новых фотосенсибилизаторов российского производства при лечении рака мочевого пузыря, предстательной железы и полового члена. Для более широкого внедрения в клиническую практику фотодинамической диагностики и терапии требуется разработка показаний и усовершенствование методики. Проведение совместных международных исследований и семинаров позволит специалистам оценить и сравнить эффективность фотодинамической терапии, а также определить показания для применения метода при других онкоурологических заболеваниях — раке почки и полового члена.

Лечение «каменной дорожки» кукинской минеральной водой

А. Н. Мунгалов, Н. П. Мунгалов

Чита

При анализе лечения 567 больных мочекаменной болезнью методом рентгенударноволновой дистанционной литотрипсии на аппарате «Урат П-П» у 32 пациентов установлено, что крупные фрагменты конкрементов окклюзировали мочеточник. «Каменная дорожка» осложнялась макрогематурией и почечной коликой. Тотальная макрогематурия после ДЛТ была у всех пациентов и самостоятельно купировалась в течение 2–3 дней.

Острый пиелонефрит развился у 5 больных, одному выполнена открытая пиелонефростомия, двум — чрескожная нефростомия, и у двух атака пиелонефрита была купирована на фоне катетеризации мочеточника. При возникновении «каменной дорожки» приходится прерывать процесс дробления камней до ее отхождения, что создает большие неудобства в лечении подобных больных. При обычном питьевом режиме процесс ее отхождения, по нашим наблюдениям, может занимать в ряде случаев до трех месяцев. В этих условиях длительность пребывания больного в стационаре значительно возрастает, а иногда наличие «каменной дорожки» приводит к необходимости прерывать курс лечения надолго, переводить больных на амбулаторное лечение, которое при отсутствии надлежащего наблюдения специалиста малоэффективно. Все это, конечно, значительно повышает риск возникновения обструктивного пиелонефрита у данной категории больных.

В 1988 г. на курорте Кука открыто первое в Сибири и на Дальнем Востоке урологическое отделение, а в 1996 году открыт центр реабилитации больных мочекаменной болезнью и хроническим пиелонефритом.

С целью сокращения стоимости лечения больных мочекаменной болезнью всех больных с «каменной дорожкой» после ДЛТ мы направляем их в реабилитационный центр на курорте Кука. Для пациентов лечение бесплатное за счет соцобеспечения.

Лечебный комплекс, применяемый в санатории у больных с камнями мочеточника, включает питье слабоминерализованной углекислой гидрокарбонатно-магниево-кальциевой воды 3–5 приемов по 15 мл на килограмм веса, ЛФК с целью вызвать усиление сократительной и двигательной функций мочеточника для более быстрого продвижения и отхождения конкрементов. Динамику секреторно-эксcretорной функции почек отслеживали по показателям радиоизотопной ренографии. В начале лечения у 81% больных эксcretорная функция была нарушена. Под влиянием лечения у 20 из них показателя ренограммы полностью нормализовались, у остальных 12 улучшились и на 8–12-й день наблюдалось спонтанное отхождение фрагментов конкремента.

Такой мощный литолитический эффект обусловлен составом кукинской минеральной воды. Она содержит ионы магния, которые обладают анальгетическим действием, а также стимулируют перистальтику кишечника и моторику мочеточника, а углекислота, содержащаяся в воде, обладает спазмолитическим эффектом, что вместе с ярко выраженным диуретическим действием этой воды позволяет конкрементам выходить достаточно легко и практически без почечных колик.

Лечение «каменной дорожки» в санатории Кука позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре в два раза, что имеет огромное медико-социальное значение.

Использование природных лечебных факторов в реабилитации больных с хроническим абактериальным простатитом

А. И. Неймарк, Р. Т. Алиев, С. В. Крайниченко, Н. А. Ноздрачев, О. В. Беспалова, Л. А. Ляшенко

Барнаул

Хронический простатит — наиболее частое воспалительное заболевание половой сферы мужчин. Одной из распространенных форм этой патологии является хронический абактериальный простатит (ХАП). Он сопровождается стойким выраженным болевым синдромом в области малого таза, что приводит к выраженным нервным и психическим расстройствам. Простатит для России — это серьезная медико-социальная проблема. Следует отметить, что хронический абактериальный простатит в 8 раз более распространен, чем бактериальная форма заболевания, которая составляет около 10% от всех случаев заболевания. Отсутствие

знаний об этиологии этого заболевания существенно затрудняет определение подхода к его лечению. Наиболее распространенными способами лечения являются антибиотики, α -адреноблокаторы, нестероидные противовоспалительные средства, физиолечение, массаж простаты.

Нами были обследованы 28 человек с хроническим абактериальным простатитом. Всем больным проводилось пальцевое ректальное исследование секрета ПЖ, ТрУЗИ предстательной железы, взятие мазка из уретры, ЛДФ-графия предстательной железы с двух точек (непосредственно проекция предстательной железы и простатический отдел уретры), оценка симптомов по шкале NIH-CPSI, опросник качества жизни IPSS, шкала оценки симптомов ХП, спермограмма с определением ионов Cu, Mn, Zn, Fe, Ca, ферментов: глутатионредуктазы, супероксиддисмутазы, глутатионпероксидазы, каталазы.

Для лечения больных ХАП нами использовались природные факторы, такие как лечебная грязь и серебросодержащая голубая глина, взятая из Стан-Бехтемирского месторасположения.

Известно, что пелоидотерапия является одним из наиболее значимых лечебных факторов, оказывающим выраженный противовоспалительный эффект. Лечебное влияние обусловлено тепловым и механическим воздействием и специфическими химико-биологическими свойствами.

Всех больных мы разделили на три группы. Первую группу составили 7 человек, получавшие общепринятую терапию по поводу хронического абактериального простатита (антибиотики, НПВС, Простакор, Простанорм, α -адреноблокаторы, Вобэнзим, массаж простаты, магнитотерапию). Однако эффект от проводимой терапии больные считали недостаточным из-за сохранявшегося болевого симптома. Вторая группа включала 10 человек, которые дополнительно к общепринятой терапии получали ректальные грязевые тампоны (10 сеансов), нагретые до температуры 37–38 °С. Грязевой тампон оставался в прямой кишке до акта дефекации (20–60 мин). Процедура проводилась 4 раза в неделю, на курс 8 процедур. Эффективность лечения оценивалась через 2,5 мес. после окончания лечения. Третья группа включала 11 человек, получавших дополнительно к общепринятой терапии ректальные глиняные тампоны с тыквенным маслом (10 сеансов), нагретые до температуры 37–38 °С. После введения тампона больного укладывали на живот и укутывали простыней. Глиняный тампон оставался в прямой кишке до акта дефекации (20–60 мин). Процедура проводилась 4 раза в неделю, на курс 8 процедур. Эффективность лечения оценивалась через 2,5 мес. после окончания лечения.

При обследовании этих пациентов до лечения было выявлено снижение концентрации ионов металлов и ферментов.

В результате комбинированного лечения с применением пелоидотерапии у всех пациентов были отмечены положительные сдвиги в показателях васкуляризации, улучшилось качество жизни (по данным индекса IPSS), уменьшилась симптоматика по шкале NIH-CPSI, купировались боли в промежности, уменьшилась дизурия, улучшилась сексуальная функция. Полученные результаты были стойкими по истечении 3 последующих месяцев наблюдения за пациентами. Болевой симптом ликвидирован.

Таким образом, на основании полученных результатов можно заключить, что применение лечебно-профилактической глины «Бехтемирская» в комплексном лечении больных с хроническим абактериальным простатитом является эффективным и безопасным методом лечения, что дает возможность рекомендовать ее использование в комплексном лечении.

Применение пелоидотерапии в комплексном лечении астенozoоспермии

А. И. Неймарк, Р. Т. Алиев, С. В. Крайниченко, О. В. Беспалова, Л. А. Ляшенко, Н. А. Ноздрачев

Барнаул

Механизм регуляции сперматогенеза сложен и зависит от безупречной работы многих систем организма (ЦНС, эндокринной системы, внутренних органов), поэтому расстройство любого его участка может привести к нарушению образования сперматозоидов, либо их оплодотворяющей способности и, как следствие, бесплодию. В настоящее время, несмотря на успехи в области диагностики и лечения мужского бесплодия, единой точки зрения на реабилитацию больных с данной патологией нет.

Нами была обследована группа мужчин, обратившихся в краевой андрологический центр, расположенный на базе ГБ № 11 г. Барнаула в период с апреля 2005 г. по январь 2007 г. по поводу бесплодия в браке. Женский фактор бесплодия в браке был исключен. Целью исследования являлось изучение влияния лечебной глины на подвижность сперматозоидов. В комплекс обследований входили сбор анамнеза, физикальный осмотр, пальцевое ректальное исследование, микроскопическое исследование секрета простаты, ТрУЗИ простаты, УЗИ органов мошонки, определение гормонов крови (тестостерон, ФСГ, ЛГ), комплексное исследование эякулята, ПЦР-диагностика заболеваний, передающихся половым путем, заполнение индивидуальной план-карты.

Основным критерием включения в исследование являлось нарушение подвижности сперматозоидов.

- Из исследования исключались пациенты, у которых были выявлены:
- количественные нарушения спермограммы;
 - нарушения морфологии сперматозоидов;
 - гормональные нарушения (тестостерон, ФСГ, ЛГ);
 - заболевания, передающиеся половым путем;
 - признаки острого воспаления предстательной железы и других придаточных половых желез;
 - положительные антиспермальные антитела.

В исследование включены 28 пациентов в возрасте от 20 до 46 лет (средний возраст – 32,2 года) с различной степенью астенозооспермии (табл.).

Кинезисграмма	Норма, %	Основная группа (ср. значение, %); $n = 16$		Контрольная группа (ср. значение, %); $n = 12$	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Активно подвижные	60–80	32,7±1,9	61,5±2,3	37,4±3,1	57,3±3,2
Малоподвижные	10–20	47,3±2,0	25,5±2,2	43,0±2,7	29,4±2,5
Неподвижные	10	20,0±1,8	13,0±1,7	19,6±1,7	13,3±1,9

Методом случайной выборки пациенты были разделены на две группы: основная группа – 16 человек и контрольная – 12.

Обе группы больных получали стандартную терапию:

Аевит 1 капс. 3 раза в день в течение 30 дней;

Вобэнзим 5 драже 3 раза в день – 30 дней;

Простакор 5 мг 1 раз в день в/м – 10 дней;

Проста-Норм 2 чайные ложки 3 раза в день – 60 дней.

Основной группе дополнительно к стандартному лечению проводился курс пелоидотерапии с использованием лечебно-профилактической серебросодержащей глины «Бехтемирская». В состав глины входят преимущественно алюмосиликаты, состоящие из кремния, алюминия, воды и примесей катионов калия, магния, натрия, кальция. Кроме того, в состав глины входят в микроколичествах многие другие элементы, а также органические вещества.

Глина обладает мощной адсорбционной способностью, чем обусловлено ее активное и очень ценное терапевтическое действие – она способна поглощать из окружающей среды различные ионы с одновременным выделением соответствующего количества других ионов, а также активизировать кровообращение, ускорять обменные процессы, повышать иммунные свойства, усиливать электролитный обмен.

Методика. Лечебная глина очищалась, нагревалась, доводилась до состояния сметанообразной массы (с температурой 38–40°) и медленно вводилась в прямую кишку при помощи специального шприца. После

этого больного укладывали на живот и укутывали простыней. Грязевой тампон оставлялся в прямой кишке до акта дефекации (20–60 мин). Процедура проводилась 4 раза в неделю, на курс 8 процедур.

Эффективность лечения оценивалась через 2,5 месяца после окончания лечения. Определялась подвижность сперматозоидов в эякуляте, полученном после 4-дневного воздержания. Отмечено улучшение подвижности сперматозоидов в обеих группах. В контрольной улучшение имело место у 10 больных (83,3%), из них нормативных значений удалось добиться у 4 (33,3%) человек, в основной группе – у 15 (93,8%), из них нормативные показатели достигнуты у 12 (75%) пациентов.

В основной группе среднее значение активно подвижных сперматозоидов после лечения возросло на 28,8%, в основном за счет уменьшения количества малоподвижных. В контрольной группе улучшение активной подвижности в среднем составило 19,9% (см. табл.).

Таким образом, на основании полученных результатов можно заключить, что применение лечебно-профилактической глины «Бехтемирская» позволяет улучшать подвижность сперматозоидов, что дает возможность рекомендовать ее использование в комплексном лечении больных с астенозооспермией.

К изучению механизма действия минеральной воды «Серебряный ключ»

А. И. Неймарк, А. В. Давыдов, Е. Ф. Левицкий, Е. В. Лебедев

Барнаул, Томск, Бийск

Механизм действия минеральной воды «Серебряный ключ» связан с условиями ее формирования. Большая скорость фильтрации грунтовых вод, обусловленная геологическим строением месторождения, не позволяет им насытиться солями, это – ультрапресные воды. Слабоминерализованные воды способствуют активной очистке организма от солей. Химический состав воды скважин выражается следующей формулой:

$$M \ 0,5 \frac{HCO_3 \ (93 \ 97)}{Ca^2 \ (66 \ 72) \ Mg^2 \ (22 \ 28)} \ pH \ 7,8 \ 8,2$$

Минеральная вода «Серебряный ключ» – гидрокарбонатная кальциево-магниева слабоминерализованная со слабощелочной реакцией. Из специфических компонентов в ней обнаружены повышенное количество серебра (4,5–6,6 мкг/л) и кремниевая кислота (20 мкг/л). Эта вода содержит ряд минеральных элементов, оказывающих на почки и мочевыводящие пути лечебное действие. Известно, что ионы натрия, кальция, магния усиливают диуретическую функцию, оказывают противовоспалительное

тельное действие, стимулируют сократительную функцию верхних мочевыводящих путей. Кроме того, они помогают растворять кристаллы некоторых мочевых солей и выводить слизь. Кремниевая кислота также усиливает диурез и оказывает противовоспалительное действие. Железо и медь, содержащиеся в водах, способствуют растворению оксалатных и фосфатных солей.

«Серебряный ключ» относится к группе гипотонических минеральных вод с общей минерализацией, равной 0,54–0,59 г/л. Это свойство воды вызывает усиление диуреза и отмывание мочевых солей – уратов, оксалатов, фосфатов. Доказано, что при употреблении этой минеральной воды больными с вторичным пиелонефритом и особенно с мочекишечными диатезами и уролитиазом интенсивно выводятся мочевые соли – ураты, оксалаты. Слабощелочная реакция воды (рН 7,8–8,2) активизирует выведение кислых мочевых солей. Увеличение водной нагрузки усиливает дренаж почек и мочевыводящих путей, тем самым ускоряя процесс очистки больных органов от токсинов, слизи, продуктов распада и жизнедеятельности патогенных микроорганизмов.

Отличием данной минеральной воды от других минеральных вод является присутствие в ней ионов серебра. Бактерицидное или бактериостатическое, в зависимости от концентрации и вида микрофлоры, и противовоспалительное действие серебра хорошо известно в медицинской практике, но его механизм изучен еще не во всех аспектах. Различными исследованиями доказано, что серебро стимулирует тканевое дыхание, участвует в ферментных процессах, активизируя их течение, влияет на скорость освобождения фосфатов под влиянием аденозинтрифосфатазы, является ингибитором внутриклеточных ферментов дыхательной цепи патогенных микроорганизмов. В лабораторных испытаниях было доказано, что ионы серебра убивают не только стафилококков, стрептококков, сальмонелл, бледную спирохету, синегнойную палочку, бациллу Коха, возбудителей тифа, чумы и холеры, газовой гангрены, дизентерии, простейших и множество других патогенных микробов, но также грибы и вирусы. Постоянное присутствие микродоз серебра создает стабильный бактерицидный фон в мочевыделительной системе. Как известно, ионы серебра даже в незначительных концентрациях способны убивать любую микрофлору при непосредственном контакте с микробами.

Природная концентрация ионов Ag^+ в воде «Серебряный ключ» (0,0046–0,0068 мг/л) близка к расчетным дозировкам, оказывающим лечебный эффект. По мнению W. Chill и D. Pillsbury (1939), 1 мкг серебра на 1 кг веса больного в сутки не вызывает аргиррии, лечебными дозами серебра считаются 10–25 мкг в сутки (James South M. A., 1984).

Согласно общепринятой классификации, воды источника «Серебряный ключ» относятся к природным водам с содержанием ряда биологически активных компонентов («Реестр курортных и лечебно-оздоровительных местностей», Томск, 2000), они соответствуют требованиям, предъявляемым к качеству питьевых вод, экологически чисты и могут использоваться для внутреннего употребления.

Таким образом, минеральную воду «Серебряный ключ» можно рекомендовать с лечебной и реабилитационной целью в терапии больных с заболеваниями мочевого пузыря.

Транскраниальная магнитотерапия в лечении гиперактивного мочевого пузыря у женщин

А. И. Неймарк, М. А. Мельник, М. В. Ряполова, И. В. Снегирев

Барнаул

Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) является актуальной проблемой современной урологии. По данным эпидемиологических исследований, в Европе и США частота встречаемости ГАМП составляет около 17%. Полагают, что императивным мочеиспусканием страдает 16–19% взрослого населения России.

На сегодняшний день существуют три направления в лечении ГАМП: фармакотерапия, немедикаментозное лечение и хирургическое лечение.

«Золотым» стандартом фармакотерапии ГАМП в настоящее время являются М-холинолитики. Спазмекс — препарат нового поколения для лечения инконтиненции, обусловленной гиперактивным детрузором. Действующее вещество — четвертичное аммониевое основание тропия хлорид. Он гидрофилен, не проходит через ГЭБ, не взаимодействует с активными веществами в ЦНС, не имеет центральных побочных эффектов, не оказывает влияния на холинергические механизмы в мозге.

Целью данной работы была оценка эффективности применения магнитного поля в комплексном лечении ГАМП у женщин. Из физических факторов наиболее обоснованным для воздействия на структуры головного мозга является магнитное поле. Это физиологическое воздействие, так как магнитное поле — природный фактор, оно обладает сосудорасширяющим, спазмолитическим, гипотензивным, нейротропным и иммуномодулирующим действием.

В исследование были включены 30 женщин с симптомами ГАМП. Возраст пациенток составил от 25 до 66 лет, давность заболевания колебалась от 6 мес. до 5 лет. Все больные предъявляли жалобы на urgentное и учащенное мочеиспускание с эпизодами императивного недержания мочи.

Для уточнения характера и степени нарушения акта мочеиспускания больным предлагалось заполнять на протяжении 72 часов дневник мочеиспусканий, согласно которому у всех женщин отмечалось более 8 мочеиспусканий и не менее 2 эпизодов ургентного недержания мочи или императивных позывов в течение суток. В исследование не включались больные с инфравезикальной обструкцией, неврологическими заболеваниями и воспалительными заболеваниями нижних мочевых путей.

Всем пациенткам проводились общеклиническое обследование, влагалищное исследование, цистоскопия, урофлоуметрия, манометрия, ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря и лазерная доплеровская флоуметрия. При урофлоуметрии выявлен «стремительный» тип мочеиспускания с уменьшением времени мочеиспускания, снижением объема выделенной мочи и увеличением максимальной объемной скорости ее потока. Данные цистоманометрии: внезапное увеличение внутрипузырного давления, сопровождающееся непроизвольным выделением мочи. Исследование микроциркуляции методом ЛДФ-метрии выявило нарушение кровотока в микрососудах мочевого пузыря. Цистоскопически определялось усиление сосудистого рисунка в шейке мочевого пузыря. Ультразвуковое исследование патологии почек и мочевого пузыря не выявило.

В зависимости от проводимого лечения пациентки были разделены на две группы. Первую группу составили 15 женщин, получавших комплексную терапию, включающую в себя медикаментозное лечение (препарат спазмекс), электростимуляцию, поведенческую терапию. Во вторую группу вошли 15 женщин, которым, помимо вышеперечисленной терапии, проводили транскраниальную магнитотерапию (ТКМТ).

Нами использовалась приставка «Оголовье» к аппарату «АМО-АТОС», разработанная для транскраниальной магнитотерапии бегущим магнитным полем. При работе «Оголовья» поле перемещается от височной доли головы к затылочной одновременно и синхронно с обеих сторон. Максимальная глубина проникновения в структуры головного мозга составляет 90–100 мм, что позволяет воздействовать на гипоталамус. Это облегчает формирование необходимой адаптационной реакции всего организма, создавая благоприятный фон для любой проводимой терапии.

Сеансы магнитотерапии проводили в положении сидя, ежедневно в течение 10 дней. Частоту модуляции БИМП с каждой процедурой увеличивали на 1 Гц, начиная с минимального значения. Время экспозиции — 10 мин.

Для определения восприимчивости пациента к магнитотерапии использовали определение лейкоцитарной формулы крови. При этом исходили из общепринятой гипотезы о воздействии физического фактора на организм как о раздражителе, формирующем одну из трех адаптацион-

ных реакций — тренировки, активации или стресса. Забор крови производили до процедуры магнитотерапии и через 24 часа после нее.

При оценке результатов лечения выявлено снижение числа мочеиспусканий за сутки: обобщенный анализ показал его достоверное снижение ($p < 0,05$) в первой группе с 15,1 до 10,2 и во второй группе — с 15,4 до 7,1. Число императивных позывов за сутки достоверно снизилось ($p < 0,05$) в первой группе с 7,4 до 3,5, во второй группе — с 7,9 до 1,8. Количество ночных мочеиспусканий также снизились: с 4,0 до 1,2 в первой группе и с 3 до 0,6 во второй группе ($p < 0,05$).

При урофлоуметрии в первой группе нормальный тип мочеиспускания после лечения регистрировался у 80% женщин за счет снижения максимальной объемной скорости потока мочи, увеличения времени мочеиспускания и объема выделенной мочи, а во второй группе — у 70%. При оценке ЛДФ-грамм у пациенток второй группы регистрировался физиологический тип микроциркуляции, а у женщин, не получавших ТКМТ, отмечалось улучшение микроциркуляции, выражавшееся в возрастании показателя микроциркуляции и нормализации амплитуд всех видов колебаний. Субъективное улучшение симптоматики отметили 80% пациенток первой группы и все женщины второй группы.

Таким образом, применение транскраниальной магнитотерапии повышает эффективность комплексной терапии гиперактивного мочевого пузыря у женщин.

Реабилитационная терапия пациентов с хроническим циститом в санатории «Сибирь», ЗАО «Курорт Белокуриха»

А. И. Неймарк, Б. А. Неймарк, Л. М. Украинская

Барнаул, Белокуриха

В последние годы хронический цистит занимает одно из центральных мест среди урологических заболеваний. Абсолютное преобладание женщин среди больных этой категории очевидно. Высокая частота рецидивирования связана не только с анатомо-физиологическими особенностями женского организма, но и с некоторыми социальными аспектами, такими как раннее начало половой жизни, большое количество половых партнеров, пренебрежение принципами безопасного секса, а также с бесконтрольным применением антибактериальных препаратов.

В санатории «Сибирь» разработаны 3 комплекса для лечения хронического цистита. Климатобальнеолечение является базовым фоном для проведения в определенной последовательности лечебных процедур. В лечение включены факторы, обладающие противовоспалительным, обезболивающим, седативным, иммуностимулирующим эффектами.

Комплекс № 1

1. Питье минеральной воды «Белокурихинская-Восточная».
2. Минеральные ванны с азотно-кремниевой радонсодержащей водой.
3. ЛФК (урологическая группа) (с 1 по 3 — базовое лечение).
4. Термотерапия с укутыванием.
5. Физиотерапия.

Комплекс № 2

1. Питье минеральной воды «Белокурихинская-Восточная».
2. Минеральные ванны с азотно-кремниевой радонсодержащей водой.
3. ЛФК (урологическая группа).
4. Местное лечение (орошение мочевого пузыря минеральной водой, инстилляции в мочевой пузырь, тампоны уретры, массаж уретры на буже, блокады).

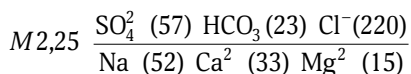
Комплекс № 3

1. Питье минеральной воды «Белокурихинская-Восточная».
2. Минеральные ванны с азотно-кремниевой радонсодержащей водой.
3. ЛФК (урологическая группа).
4. Аппликационное грязелечение.

Физиотерапия при отсутствии противопоказаний (магнито- или лазеротерапия)

Комплекс № 1

Минеральная вода «Белокурихинская-Восточная» — гидрокарбонатно-сульфатная кальциево-натриевая с минерализацией 2,25 мг/л с нейтральной реакцией среды. Формула Курлова:



Назначается из расчета 3–5 мл/кг веса, 3–4 раза в день, за 40 минут до еды, t 20–40 °С.

Минеральные ванны с термальной азотно-кремниевой радонсодержащей водой. Назначаются ежедневно или через день, t 37–38° по 5–10–15 минут, 10–12 на курс.

ЛФК (урологическая группа) назначалась до приема ванн, через день, 30–35 минут, на курс 8–10 процедур. Используют специальные упражнения для мышц брюшного пресса, тазового дна, пояснично-крестцовой области.

Термотерапия с укутыванием при отсутствии противопоказаний, температура воздуха 75–80 °С, первый заход — 5–10 минут, через 15 минут отдыха — второй заход на 10 минут. После сауны проводится обертывание: сухое — обнаженного пациента обертывают сухой простыней, или

влажное — простыней, смоченной в отваре противовоспалительных трав (календула, спорыш, ромашка и т. д.), затем укутывают в термоодеяло, температура 40–45 °С, в положении лежа на 30–40 минут (с учетом индивидуальной переносимости, под контролем медицинской сестры, с последующим отдыхом 30–40 минут). Процедура проводится через день, на курс 6–8 процедур.

Лазеротерапия на аппарате «Улей-2КМ», на область мочевого пузыря, длина волны инфракрасного лазерного излучения — 0,89 мкм, режим облучения — 3 000 Гц, экспозиция от 128 до 256 с, 8–10 процедур.

Магнитотерапия на аппарате «Интрамаг»: в уретру вводится уретральный излучатель, на область мочевого пузыря накладывается пара призматических излучателей. Частота — от 1 до 10–15 Гц, режим переменного поля, длительность процедуры — от 5 до 15 минут.

Комплекс № 2

Базовое лечение (питье минеральной воды, минеральные ванны, ЛФК по описанной выше методике).

Орошение мочевого пузыря азотно-кремниевой радонсодержащей водой: давление воды 0,5–0,8 атм., t 36–38 °С, длительность 10–15 минут, 8–10 процедур на курс лечения, ежедневно или через день.

Инстилляции в мочевой пузырь растворов антисептиков с учетом индивидуальной переносимости (синтомициновая, левомицетиновая эмульсии, 5% раствор димексида, 5% раствор метилурацила, 5% раствор малавита, 3% раствор меда, отвары ромашки, зверобоя, листьев брусники, чистотела), ежедневно 8–10 раз.

Тампоны в уретру (грязевые, при отсутствии противопоказаний; масло облепихи, винилин, метилурациловая мазь, солкосерил, клотримазол и др.).

Инстилляции в мочевой пузырь, чередующиеся с массажем уретры на буже и тампонами уретры.

Блокады новокаиновые (с учетом индивидуальной переносимости) — надлобковые, предпузырные, по общепринятой методике, 8–10 раз.

Комплекс № 3

Базовое лечение по описанной выше методике.

Аппликационное грязелечение при отсутствии противопоказаний — «трусиковая зона», t 38–42 °С, продолжительность процедуры 15–20 минут, ежедневно или через день, курс лечения 8–10 процедур.

Нами проведен анализ результатов лечения 70 женщин с диагнозом «хронический цистит». Средний возраст — 35–45 лет, длительность заболевания — 7–8 лет, частота обострений — 2–3 раза в год. Срок реабилитации в санатории «Сибирь» — от 14 до 21 дня.

При обследовании больных применялись следующие методы: сбор анамнеза, физикальное обследование, ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря. В динамике — микроскопическое исследование мочи и мочевого осадка, бактериологическое исследование мочи, анализ мазков из влагалища, урофлоуметрия на аппарате «Урограф», оценка микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) на аппарате «ЛАКК-02».

При первичном осмотре пациенты предъявляли жалобы на тупые боли в низу живота, учащенное мочеиспускание, дискомфорт в области уретры, частичное недержание мочи при кашле, чихании. В анализах мочи у 25 женщин наблюдалась незначительная лейкоцитурия, бактериурия. При бактериологическом посеве мочи у 12 пациенток выявлена *Escherichia coli*, у 55 посевы были отрицательными, у 3 были обнаружены другие возбудители. В анализах мазков из влагалища специфических возбудителей не выявлено.

При ультразвуковом исследовании почек, мочевого пузыря сопутствующих заболеваний не выявлено. При выполнении урофлоуметрии установлено снижение максимальной скорости эвакуации, уменьшение объема выделенной мочи, увеличение времени эвакуации у 57 пациенток (в 81% случаев). При исследовании методом ЛДФ выявлено снижение микроциркуляции у 48 пациентов (в 68% случаев).

Всем пациенткам назначалось базовое лечение, 23 женщины прошли лечение по комплексу № 1, 26 женщин — по комплексу № 2, 21 женщина — по комплексу № 3.

В результате проведенного лечения наиболее высокий процент положительных результатов по всем показателям выявлен у пациентов, которым проводились процедуры по комплексу № 2. Жалобы исчезли у 25 пациенток (в 98% случаев), лабораторные показатели нормализовались у 22 пациенток (в 88% случаев). Бактериологические посевы мочи нормализовались у 21 пациентки (в 86% случаев).

По данным урофлоуметрии увеличилась максимальная скорость эвакуации мочи, увеличился объем эвакуации, уменьшилось время эвакуации у 24 пациентов (в 95% случаев). По данным ЛДФ у 21 пациентки (в 86% случаев) выявлено улучшение микроциркуляции мочевого пузыря.

15 пациенток при повторном лечении через год отмечали отсутствие или уменьшение числа рецидивов заболевания.

Таким образом, проведение комплексного санаторно-курортного лечения пациентов с хроническим циститом выявило более высокую эффективность проводимых реабилитационных мероприятий по комплексу № 2, т. е. с использованием природных лечебных факторов общего и местного действия.

Опыт применения андрогеля у больных возрастным андрогенодефицитом в условиях курорта

А. В. Подорогин, Б. А. Неймарк, Е. Ю. Бергельсон, Н. Е. Валяева, Л. П. Егорова, В. М. Шалагин

Белокуриха, Барнаул

В настоящее время наиболее распространенным видом лечения возрастного андрогенодефицита (ВАД) является заместительная гормонотерапия андрогенами. В последние годы арсенал средств пополнился АндроГелем, применение которого коренным образом изменяет качество жизни больных. В связи с необходимостью постоянного применения АндроГеля целесообразно изучить влияние на эффективность его применения различных внешних воздействий, среди которых особое место занимает санаторно-курортное лечение (СКЛ).

В основе СКЛ лежит активизация саногенетических защитных механизмов, направленная на повышение адаптационных возможностей организма за счет оптимизации деятельности отдельных систем и мобилизации внутренних ресурсов. При этом наблюдается восстановление функциональной активности ведущих регуляторных систем организма. В таких условиях воздействие экзогенного тестостерона, не вызывающее супрафизиологических изменений уровня гормона, может модифицировать действие как курортных факторов, так и тестостерона, и изменять окончательный лечебный эффект.

Для изучения эффективности использования АндроГеля в реабилитации больных с ВАД в условиях СКЛ было проведено пилотное исследование, включавшее анализ динамики результатов лечения 24 мужчин в возрасте от 45 до 59 лет, средний возраст 53,9 лет, без выраженной сопутствующей патологии (и имеющих постоянную партнершу). Диагноз ВАД устанавливался исходя из результатов обследования при помощи опросников ADAM и AMS, а также определения уровня общего тестостерона.

Все больные получали одинаковое СКЛ (диетотерапию, минеральные ванны на природной азотно-кремнистой воде, душ струевой, лечебную физкультуру, массаж спины, сауну и бассейн, электросон; им проводилась санация очагов инфекции (стоматолог, уролог, оториноларинголог), консультации психотерапевта в течение 21 дня.

Больные были разделены на две группы наблюдения, идентичные по возрастному-половому составу, по 12 человек, — основную, в которой все больные дополнительно получали АндроГель (по 50 мг) на протяжении 14 дней после обязательного обследования (УЗИ простаты, осмотр урологом и определение ПСА), и контрольную, в которой для втирания вместо АндроГеля использовалось вазелиновое масло.

Результаты лечения оценивались с использованием специально разработанной анкеты-опросника, куда заносили результаты наблюдения и обследований как до начала лечения, так и за 3–4 дня до окончания срока путевки. При этом учитывались динамика основных клинических проявлений: показателей общего самочувствия, копулятивной функции, симптомов поражения предстательной железы, а также ряда соматических параметров (выраженность и характер распределения жировой клетчатки, индекс массы тела), использовались опросники AMS, МКФ, МИЭФ и IPSS, гормональный профиль – тестостерон, ЛГ, ФСГ, ТТГ и др.; содержание в крови глюкозы, протромбина, АЛАТ, АСАТ, холестерина, триглицеридов, ЛПНП и ЛПВП, микроэлементов сыворотки крови; а также функциональные (КИГ, ВРС, ЭЭГ) и психологические (тесты Спилбергера–Ханина, Бека, избегания опасности, Басса–Дарки, Плутчека–Келлерман–Конте, копинг-стратегий) исследования.

В результате лечения отмечалось отчетливое улучшение общего состояния у большинства (85%) наблюдаемых больных как в основной, так и в контрольной группах. Наиболее выраженная положительная динамика отмечалась со стороны психо-эмоциональных сферы и половой функции – уменьшение утомляемости, лабильности настроения и раздражительности у 70–85% больных, повышение либидо, половой активности и улучшение эрекции у 50–60%. Это нашло подтверждение в динамике показателей психологической и сексологической шкал AMS; по данным МИЭФ-5 выраженность ЭД снизилась с умеренной до легкой степени.

Средний показатель состояния копулятивной функции по шкале МКФ в результате лечения среди лиц до 50 лет составил 35, среди лиц старше 50 лет – 29 баллов, в последнем случае показатель оказался даже выше возрастной нормы, что, на наш взгляд, объясняется преобладанием в данной группе лиц относительно молодого возраста (51–55 лет). Увеличение количества баллов происходило в основном за счет психической и эрекционной составляющих копулятивного цикла.

Со стороны вегето-сосудистых проявлений ВАД наиболее часто наблюдалось нормализация артериального давления, уменьшение головных болей, снижение потливости. Динамика со стороны костно-мышечной системы практически отсутствовала. По результатам психологического тестирования в обеих группах наблюдалось уменьшение выраженности депрессии, снижение среднего уровня тревожности. У большинства больных (80%) проявилась тенденция к снижению индекса атерогенности. Уровень тестостерона повысился практически у каждого больного; обращает на себя внимание то, что это повышение имело значительный разброс (от 10 до 70%), выраженных изменений уровня других гормонов не отмечалось.

Следует отметить, что перечисленные изменения в основной группе начинали проявляться в более ранние сроки и были более отчетливыми. К сожалению, малочисленность групп не позволила оценить достоверность выявленных изменений.

Таким образом, проведенные исследования показали, что применение Андрогеля в период санаторно-курортного лечения у больных ВАД не оказывает неблагоприятного влияния на результаты СКЛ и способствует достижению лечебного эффекта в более короткие сроки. С целью изучения отдаленных результатов влияния сочетанного воздействия на больных ВАД требуется проведение дополнительных исследований. Представляет интерес изучение влияния различных дозировок Андрогеля во время СКЛ на результаты лечения.

Трансректальная микроволновая гипертермия в коррекции расстройств мочеиспускания после трансуретральной резекции по поводу ДГПЖ

Н. И. Тарасов, А. А. Патрикеев

Челябинск

Разработка методов коррекции расстройств мочеиспускания, которые после ТУР при ДГПЖ не удается устранить в полной мере, представляется весьма актуальной задачей.

Работа основана на анализе лечения 117 больных; в основную группу вошли 103 человека, в группу контроля — 56. Возраст больных составлял от 53 до 77 лет, давность заболевания — от 0,5 до 7 лет. Программа обследования до и после лечения включала общепринятые современные клинические, лучевые и инструментальные методы исследования, а также цветное ультразвуковое доплерографическое картирование на аппарате «Philips SSD-800» (США), бактериологическое исследование секрета предстательной железы и резецированных фрагментов предстательной железы, а также их гистологическое исследование. Сроки обследования: до операции, через 6, 10 недель, через 6 месяцев. Больные основной группы получили 10 сеансов трансректальной микроволновой гипертермии с 6-й по 10-ю неделю после операции. Для лечения применялся аппаратно-программный комплекс трансректальной микроволновой гипертермии для лечения воспалительных заболеваний предстательной железы «АДЕН-Ч», созданный и запатентованный НИИТ «Высокочастотные комплексы» (г. Челябинск, ведущий конструктор В. С. Пичугин) при участии кафедры урологии и андрологии Уральской медицинской академии дополнительного образования.

Через 6 недель после операции перед началом применения трансректальной микроволновой гипертермии в основной и контрольной группах суммарный балл симптомов заболевания простаты был средней степени тяжести, $Q_{\max}$ — 15,9–16 мл/с, объем однократного мочеиспускания 124–127 мл. При доплерографическом исследовании простаты в основной и контрольной группах выявлены нарушения гемодинамики в предстательной железе в виде ослабления артериального кровотока, дилатации венозных сосудов и венозного застоя.

Обследование по завершении курса лечения с использованием трансректальной микроволновой гипертермии показало наличие положительной динамики. Через 6 месяцев после завершения курса лечения с применением микроволновой гипертермии в основной группе суммарная оценка субъективных симптомов заболевания простаты составила 2,4 балла (легкая степень), качество жизни — 0,8 балла. $Q_{\max}$ — 19 мл/с, объем однократного мочеиспускания — 170 мл. В контрольной группе IPSS равен 5,8 баллов (легкая степень выраженности), качество жизни — 1,6 балла. $Q_{\max}$ — 17 мл/с, объем однократного мочеиспускания — 154 мл.

Анализ проведенных нами исследований показывает, что и через 6 месяцев после завершения курса гипертермии имеется достоверное снижение выраженности субъективных симптомов, улучшение качества жизни, увеличение максимальной скорости и объема мочеиспускания в основной группе относительно контрольной, при ультразвуковом доплерографическом исследовании выявляется достоверное повышение тонуса венозной системы с уменьшением диаметра сосудов, а также улучшение венозного и артериального кровотока по сравнению с контролем.

Таким образом, у всех пациентов после ТУР ДГПЖ сохраняется выраженная ирритативная симптоматика. Следовательно, все больные после таких операций нуждаются в дополнительной коррекции расстройств мочеиспускания. Одним из таких методов может быть трансректальная микроволновая гипертермия.

По завершении 10 сеансов микроволновой гипертермии у большинства пациентов наступает достоверное улучшение основных клинических и инструментальных показателей. Можно полагать, что полученный эффект достигается в значительной мере благодаря активизации внутриорганного кровообращения под влиянием микроволновой гипертермии.

Фотодинамическое воздействие на нормальную ткань предстательной железы в экспериментальном исследовании.

И. В. Чернышев, О. И. Аполихин, А. В. Сивков, Д. В. Алтунин, Ю. В. Самсонов
Москва

Стандартными методами лечения локализованного рака простаты считаются радикальная простатэктомия и лучевая терапия. Возможность осложнений и рецидивов заставляет искать менее травматичные органосохраняющие методы лечения. Одним из перспективных направлений в этой области является метод фотодинамической терапии. На данный момент в мире проведены единичные экспериментальные исследования фотодинамической терапии рака предстательной железы.

Цель исследования — оценить эффект фотодинамического воздействия на нормальную предстательную железу в эксперименте на лабораторных животных.

Фотодинамическое воздействие проводилось 5 кроликам с использованием лазерной установки для ФДТ ЛФТ 630/675-01 «Биоспек» с оптико-волоконным цилиндрическим световодом. Доступ к предстательной железе осуществлялся под тиопенталовым наркозом посредством лапаротомного доступа. Забор предстательной железы производился на 3, 7, 14-е сутки. Контрольную группу составил 1 кролик, которому проведен сеанс лазерного воздействия на предстательную железу без введения фотосенсибилизатора Фотосенс.

Результаты эксперимента

Кролик	Фото-сенс	Доза, мг	Мощность, Дж	Время, мин	Забор органа, сутки	Макроскопический эффект
1	+	4	1 000	8	3	Обширный некроз
2	—	—	1 000	8	3	Обширный некроз
3	+	4	500	8	7	Некроз до 1,0 см
4	+	4	500	5	7	Участки некроза
5	+	4	250	8	14	Минимальные изменения
6	+	4	125	8	14	Изменения неразличимы

При использовании лазерного воздействия без фотосенсибилизатора отмечается деструкция ткани предстательной железы, что может свидетельствовать о возникновении коагуляционного некроза вследствие локальной гипертермии. Эмпирическим путем удалось подобрать дозу лазерного воздействия — 50 Дж/см², при которой изменения в ткани предстательной железы не возникают.

Таким образом, дальнейшая разработка методики позволит провести клинические испытания фотодинамической терапии с использованием

отечественных фотосенсибилизаторов при раке предстательной железы. Необходимо продолжать проведение научно-исследовательских работ по изучению возможности применения фотодинамического эффекта в лечении рака предстательной железы.

Применение метода радиочастотной абляции при комбинированной нефрэктомии

И. В. Чернышев, А. В. Сивков, Д. В. Алтунин

Москва

В настоящее время не существует единого мнения в отношении тактики при распространенном раке почки. Одним из основных способов лечения прорастания рака почки и метастазов в печень является нефрэктомия с последующей резекцией печени. Хирургическое лечение особенно эффективно при выявлении одиночного метастаза или краевого прорастания опухоли, однако оно сопряжено с техническими трудностями и высокой вероятностью кровотечения. Современным методом, который позволяет практически бескровно проводить локальную деструкцию новообразований и резекцию паренхиматозных органов, является метод радиочастотной абляции (РЧА).

Полученные результаты применения РЧА в сочетании с открытой резекцией печени демонстрируют обнадеживающие результаты. В НИИ урологии данный метод был применен при комбинированной нефрэктомии по поводу случайно выявленного новообразования правой почки, прорастающего в печень. Для резекции печени был использован генератор РЧА второго поколения RITA 1500X. В сравнении со стандартной резекцией печени этот метод имел следующие преимущества:

- кровопотеря и желчетечение практически отсутствовали;
- сокращено время операции;
- определение эффективности обработки линии резекции происходит автоматически;
- процедура технически проста.

В ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде осложнений не было. При морфологическом исследовании удаленного образования опухолевой ткани не обнаружено. Гистологически верифицирован холодный абсцесс почки, который по данным компьютерной томографии был интерпретирован как объемное образование почки, прорастающее нижний край печени.

Таким образом, РЧА является легковывполнимым методом, дающим хорошие непосредственные результаты. По сравнению со стандартной хирургической резекцией метод имеет ряд преимуществ, связанных с

первую очередь со снижением вероятности интра- и послеоперационной кровопотери.

Возможно рекомендовать метод РЧА с применением генератора RITA 1500X для его применения в хирургической практике. Получение отдаленных результатов лечения и проведение мультицентровых исследований с большим количеством пациентов позволит определить показания и объективно оценить эффективность этого метода.

Современные компьютерные технологии в практике врача уролога-андролога

Р. Т. Алиев, Н. И. Музалевская, К. С. Андрейцев

Барнаул

Сегодня уже никого не удивит наличием персональных компьютеров в лечебном учреждении. Почти в каждом ЛПУ внедрены подсистемы «Бухгалтерия», «Экономика», «Кадры». Преимущества компьютерных систем очевидны: экономятся расходные материалы, не ограничено время записи, выполняется математическая и статистическая обработка данных, а также их наглядное представление, ведется долговременный архив и т. д. Целью настоящей работы явилась разработка автоматизированного рабочего места (АРМ) врача уролога-андролога. При этом нами были поставлены следующие задачи:

- 1) обеспечение хранения картотеки пациентов, постоянная доступность для врача этой картотеки в удобной форме, с данными о предыдущих посещениях и примененных схемах лечения;
- 2) повышение качества ведения медицинской документации;
- 3) ведение статистического анализа своей работы;
- 4) автоматизация, упрощение, многократное ускорение «бумажной» работы врачей;
- 5) обеспечение соблюдения медицинских стандартов применительно к схемам лечения, принятым или индивидуально разработанным методам лечения пациентов;
- 6) возможность предоставления пациенту рекомендаций в оптимальном виде, для дальнейшего использования на дому;
- 7) архивация и хранение данных, возможность переноса данных на разных формах носителей, возможность восстановления архивных данных и работа с ними;
- 8) использование различных схем диагностики с последующим хранением результатов.

Реализация готового программного комплекса не должна быть дорогой, поскольку важно снижение конечной себестоимости продукта.

На сегодняшний день имеется достаточно много медицинских информационных систем. Подавляющее их большинство создано программистами в рамках коммерческих проектов (заказов) на уровне руководителей, что объясняет основную их направленность на учет, прежде всего бухгалтерский, и они с этой задачей справляются. Для неискушенных заметим, что бухгалтерские задачи являются неким базовым стандартом для любого программиста, как, например, аппендэктомия для хирурга: как аппендэктомия может оказаться в некотором конкретном случае нестандартной и сложной операцией, так и создание бухгалтерской программы в некоторых условиях может стать нетривиальной задачей. Но от этого не меняется основное положение: хирурги обычно учатся на аппендэктомиях, а программисты — на автоматизации бухгалтерского учета. Именно поэтому начинать с этого программистам всегда проще и привычнее. В результате основная масса медицинских информационных систем в настоящее время представляет «всего лишь» переработанные бухгалтерские системы, при этом не учитывается медицинская специфика.

Исходя из вышеизложенного, на основе слияния опыта работы кафедры урологии АГМУ (зав. кафедрой проф. А. И. Неймарк) и краевого андрологического центра нами была создана программа «АРМ врача-андролога», которая была задумана, реализована и развивается прежде всего как система для врача и научного сотрудника.

Программный комплекс был реализован в виде реляционной базы данных под управлением СУБД MS Access 2003 для работы в средах MS Windows 98–XP, что является фактическим стандартом для большинства современных компьютеров. Этот программный комплекс включает в себя:

1) базу данных (картотеку) пациентов с возможностью быстрого поиска по алфавиту (фамилии), по произвольным критериям (например, больные ЭД с сопутствующим диагнозом СД, старше 50 лет и т. п.; возможности выборки ограничены только вашей фантазией); «электронную историю болезни» — с жалобами, детальным статусом, разбитую на множество отдельных категорий, что ускоряет ее заполнение, обеспечивает интеллектуальную компьютерную проверку введенных данных и облегчает последующую выборку и статистический анализ, при этом учитывается специфика андрологического кабинета;

2) блок «Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования» с автоматической оценкой результатов по нормативам ВОЗ;

3) описание проводимых оперативных (диагностических) манипуляций;

4) блок «Лечение больного» — фармакотерапия + физиотерапевтические и другие виды лечебных воздействий;

5) рекомендации и краткое заключение по больному (выдается на руки пациенту);

6) блок статистического анализа;

7) блок экспорта базы данных в MS Excel для дальнейшего анализа, редактирования, печати.

На основании сказанного можно сделать следующие выводы: концепция АРМ-врача является привлекательной, перспективной и выгодной с практической точки зрения. Ее реализация дает врачу ощутимые выгоды, освобождает время для дополнительного общения с пациентом и предоставляет больше возможностей построения работы на принципах информационного взаимодействия врач—пациент. Кроме того, колоссальные возможности статистического анализа информации будут незаменимы в научной деятельности. «АРМ врача-андролога» — уникальная разработка практикующего врача, выполненная на основе своего опыта и опыта коллег для работы практикующих врачей, а не программа, написанная «на заказ» программистом.

Длительная внутриаортальная инфузия антибиотиков — альтернатива оперативному лечению необструктивного острого гнойного пиелонефрита

А. В. Андрейчиков, Е. В. Дябкин, Н. В. Савватеева, М. А. Фирсов

Красноярск

Цель работы — оценка эффективности длительной внутриаортальной инфузии антибиотиков (ДВАИА) путем сравнения тактик ведения больных необструктивным острым пиелонефритом (НОП), применяемых в различных стационарах. Ятрогения или «госпитализм» исключены — все больные поступали с клиникой острого неспецифического воспаления почек. Мы сравнили клинико-лабораторные параметры и данные параклинических методов исследований больных, лечившихся в разных стационарах г. Красноярск в соответствии с опытом работы этих отделений и техническими возможностями больниц. Был проведен ретроспективный анализ результатов лечения 1) больных с необструктивным острым гнойным воспалением почек (НОГП), подвергнутых оперативному вмешательству в урологическом отделении Красноярской ГБСМП (27 человек; и 2) больных острым пиелонефритом в Красноярской ККБ (30 человек; группа ОПКБ), поступивших с подозрением на НОГП, в терапии заболевания которых была применена ДВАИА, в 2004 г. Все больные — женщины детородного возраста (средний возраст больных 1-й группы ОНГП в БСМП — $26,23 \pm 1,51$ года; 2-й группы — $25,9 \pm 1,98$ лет; $P > 0,05$). Принципиальное различие сравниваемых групп в том, что в ле-

чении больных II группы использована ДВАИА: цефалоспорины III поколения вводились на уровне а. renalis через трансфеморально установленный по Сельдингеру катетер (33 мл/час; около 20 час. в сутки) в комбинации с реополиглюкином 400 мл/сут. и гепарином 5 000 ед./сут. (около 4 часов в сутки). Оперативное лечение (люмботомия, декапсуляция почки, нефростомия и пр.) им, в отличие от I группы, не применялось. Сравнение проводилось по критериям t (Стьюдента) и ².

Различий в проценте больных НОП, подвергнутых оперативному лечению, в I группе (25,1%) и во II группе (20,2%; $P > 0,05$) нет. Различий в жалобах больных, сроках заболевания, количестве больных с «урологическим» анамнезом, температуре при поступлении, количестве больных, поступивших с артериальной гипотонией и тахикардией, данных осмотра врачом в сравниваемых группах не было. Имеющиеся различия (локализация процесса, сопутствующие данные анализов крови и мочи, данные УЗИ и рентгенологического обследования и пр.) в группах крайне несущественны.

В I группе гнойное поражение почки было интраоперационно обнаружено в 26 случаях (96,3%). Нефрэктомия выполнена 2 больным (7,41%), остальным — люмботомия, декапсуляция почки, в 19 случаях (70,37%) с нефростомией. Во II группе консервативное лечение проводилось в среднем в течение $5,8 \pm 1,16$ суток. Никто из больных НОП в указанный период (2004 г.) оперативному лечению не подвергался. Среднее пребывание больных в стационаре составило $12,73 \pm 0,45$ дня во II группе и $23,81 \pm 1,14$ — в I группе ($P < 0,01$).

ДВАИА в среднесуточных дозах является эффективнейшим средством терапии НОП. Можно с высокой степенью вероятности говорить о консервативной терапии именно НОП, возможной, с учетом рисков, по нашему мнению, безальтернативно только с применением ДВАИА. Именно она позволила избежать операции или, во всяком случае, предотвратила развитие НОП. Следовательно, ДВАИА является высокоэффективным способом лечения необструктивного острого пиелонефрита, в максимально возможной степени сохраняющим функционирующую паренхиму почки.

Считаем оправданным начинать проведение эмпирической дезэскалационной антибактериальной терапии необструктивного острого пиелонефрита при тяжелом клиническом течении именно с внутриаортального введения препаратов. При определенных условиях (отсутствии явлений ИТШ, больших очагов деструкции) ДВАИА вполне может быть альтернативой оперативному лечению необструктивного острого гнойного пиелонефрита, позволяющей экономить значительные количества лекарственных средств.

Применение лидокаинового геля в урологии

М. Е. Андрейчук, А. Т. Поликутина, В. В. Пушкин, В. А. Макаров

Кемерово

Широкое применение в урологии при трансуретральных вмешательствах получили лидокаиновые гели. Гели представляют собой прозрачные, бесцветные вязкие жидкости с добавлением различных антисептиков, обладающую смазочными свойствами. Широко применяются при трансуретральных вмешательствах: катетеризации, цистоскопии, непродолжительных трансуретральных манипуляциях в просвете мочевого пузыря, могут также использоваться для обезболивания при уретероскопии, проводимых под местной анестезией.

Распространение трансуретральных вмешательств открыло новые возможности использования геля. Ali и соавт. (2004), Mohseni и соавт. (2006) описали способ предотвращения миграции в полостную систему почки камня при контактной уретеролитотрипсии. Перед началом дробления в мочеточник выше камня по катетеру вводится 1–2 мл геля. Вязкость геля препятствует продвижению камня вверх при использовании электрогидравлических или баллистических (пневматических) литотрипторов.

Мы использовали «Катеджел» («Montavit», Австрия) для улучшения оптических свойств среды при контактной уретеролитотрипсии у 6 пациентов. При дроблении камня пневматическим литотриптором в месте стояния камня возможно возникновение кровотечения из слизистой мочеточника, препятствующее визуализации камня. Усиление ирригации промывной жидкостью может вызвать повышение внутрилоханочного давления, растет угроза развития пиелонефрита, при этом возможна миграция камня в вышележащие отделы. Дробное введение геля по 2 мл создает оптические условия, достаточные для проведения литотрипсии. Небольшое количество геля не увеличивает риск миграции камня. Использование геля при уретеролитотрипсии повышает эффективность метода, особенно при дроблении камней в верхней трети мочеточника.

Абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат, имитирующий острый гнойный паранефрит

Н. Ю. Антоньева, И. В. Вишняков, А. М. Суковатицин, М. Я. Гаткин

Барнаул

Интерес данного наблюдения — в трудности дифференциальной диагностики, с которой постоянно приходится сталкиваться у урологических больных, исключая у них тяжелую хирургическую, терапевтическую и даже травматическую патологию.

Пациентка К., 28 лет, поступила в отделение урологии с подозрением на острый паранефрит справа. Основные жалобы — на боль в правой подреберно-подвздошной области, слабость, лихорадку до 39 °С, сухость во рту, ознобы, тошноту, усиление боли при наклоне тела влево и глубоком вдохе. Болея 2 недели, когда после перенесенной ангины с гипертермией до 39 °С в течение 3 дней отметила появление боли в эпигастрии, а затем в правой подреберно-подвздошной области, тошноту, субфебрилитет 37,2–37,3 °С в течение 3 суток, затем временное улучшение с нормализацией температуры. Никуда не обращалась, самостоятельно принимала спарфло. За 5 суток до поступления вновь появились боли в правой половине живота, пояснице, более интенсивные, с повышением температуры до 38,5–39,0 °С с ознобом. При обращении в поликлинику направлена в урологическое отделение с подозрением на острый гнойный пиелонефрит.

При осмотре: выраженная бледность кожных покровов, положение тела вынужденное, немного наклонившись вправо и вперед. При глубоком вдохе и наклоне влево — гримаса боли; кожа сухая, горячая. Пульс 120 в минуту, АД 120/80 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. В правой подреберно-подвздошной области пальпируется образование 10 на 6 см, плотное, малоподвижное, болезненное. Симптомов раздражения брюшины нет, живот в других отделах мягкий, безболезненный. Анализ крови: Hb 94 г/л, L —16,0 · 10⁹, СОЭ 60 мм/час, без палочкоядерного сдвига. Анализ мочи без патологии.

Заподозрено наличие правостороннего паранефрита, хотя было подозрение об аномально расположенном аппендикулярном инфильтрате.

Произведены УЗИ почек, печени. Заключение: гнойный очаг в паранефральной клетчатке справа, возможно — подпеченочный абсцесс 77 50 мм. На связь гнойника с брюшной полостью указаний нет. В связи с трудностями в диагностике произведена КТ брюшной полости и забрюшинного пространства. Заключение: объемное образование брюшной полости, вероятно с нагноением.

В связи с имеющимися данными у больной заподозрен аппендикулярный инфильтрат с абсцедированием, расположенный забрюшинно и даже подпеченочно. После консультации с хирургом больная переведена в хирургическое отделение горбольницы № 1 г. Барнаула и прооперирована. Перед операцией произведена лапароскопия, червеобразный отросток на своем обычном месте не обнаружен.

Таким образом, дифференциальная диагностика между аппендикулярным инфильтратом и гнойным паранефритом справа может быть крайне затруднена при аномальном расположении червеобразного отростка (ретроперитонеальное, ретроцекальное, подпеченочное), а также

при опущении правой почки. Уточнению диагноза помогут УЗИ, КТ и ирригоскопия (отсутствие аппендикса на обычном месте, наличие опущения почки). Если учесть различие тактики ведения больных (консервативное — аппендикулярного инфильтрата и оперативное — гнойного паранефрита), в сомнительных случаях показано раннее оперативное вмешательство.

Патогенетические факторы эректильной дисфункции

В. В. Борисов

Москва

По данным ВОЗ, в развитых странах средняя продолжительность жизни неуклонно растет. К концу XX в. она увеличилась до 79 лет, к 2010 г., по прогнозу, достигнет 85, что, в свою очередь, увеличит число работающих мужчин в возрасте 60 лет и старше. В 1965 г. средняя продолжительность жизни мужчин в СССР была всего на 2–4 года ниже, чем в развитых странах, а у женщин разница была еще меньше. Сегодня в России продолжительность жизни уменьшилась на 15–19 лет для мужчин, на 11–13 лет для женщин, число смертей в 1,7 раза превышает число рождений. Тем не менее стареющая популяция мужчин в России, как и во всем мире, неуклонно увеличивается.

Эректильная дисфункция (ЭД) является наиболее частым расстройством мужской сексуальной сферы. В России 21% мужчин старше 35 лет (6,6 млн. чел.) хотели бы улучшить свои сексуальные способности, поскольку отмечают признаки ЭД. Среди патогенетических факторов ее возникновения и развития есть и психогенные, и соматические, однако в большинстве случаев ЭД имеет смешанный характер, поскольку соматические факторы неизбежно накладывают отпечаток на психо-эмоциональную сферу больного. Основными психогенными факторами развития ЭД являются острый и хронический стресс, психическая травма и невроз «ожидания неудачи», а также опасение ухудшения в течении сопутствующих соматических заболеваний (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, хроническая почечная и печеночная недостаточность, поражения нервной системы и пр.). Особое место в сложном генезе ЭД занимает возрастной дефицит андрогенов, который в психоэмоциональной сфере мужчин приводит не только к снижению и потере либидо, но и к депрессивным проявлениям, потере жизненного тонуса, интереса к жизни, познанию нового, стремления к общению, в том числе и сексуальным контактам и пр.

Среди соматических факторов патогенеза ЭД ведущее место по праву занимают сосудистые. Это прежде всего нарушение притока артери-

альной крови к органам таза вследствие спастического состояния сосудов при артериальной гипертензии, нарушении их проходимости при атеросклерозе, вторичном артериоспазме и перестройке кровообращения на фоне хронической венозной тазовой конгестии. Важное место в генезе ЭД сосудистого плана имеет диабетическая ангиопатия. Само по себе отсутствие адекватных спонтанных и индуцированных эрекций обуславливает появление и прогрессирование диффузного кавернозного фиброза вследствие хронической гипоксии кавернозной ткани. Не секрет, что ее оксигенация при эрекции способна в норме возрасти в 5,5 раз, а при отсутствии эрекции адекватной частоты и продолжительности процессы «дыхания» и эергообеспечения кавернозной ткани редуцируются, приводя к ее фиброзу и склерозу, что замыкает порочный патогенетический круг. Аналогичный генез ЭД наблюдается при склерозе кавернозной ткани после перенесенного приапизма.

Локальные формы склероза кавернозной ткани на фоне болезни Ла Пейрони, последствий повреждений и перелома полового члена в силу искривлений и боли не только препятствуют coitus, но также обуславливают ЭД. Особое место среди сосудистых факторов занимает веноокклюзивная недостаточность. Помимо первичной, она может быть следствием дефицита андрогенов, при котором возникают жировые скопления под белочной оболочкой вокруг перфорантных вен, препятствующие их адекватному сдавлению при эрекции. Сосудистое «протекание» при этом может быть успешно ликвидировано адекватной гормонзаместительной терапией. Среди нейрогенных факторов важное место принадлежит повреждениям тазовых нервных структур при операциях (радикальная простатэктомия, цистэктомия), а также центральным поражениям нервной системы при болезни Альцгеймера или периферическими процессами при корешковых нарушениях и рассеянном склерозе.

Если в середине XX в. положительным результатом коррекции эректильных расстройств считалось любое, даже небольшое улучшение, то к концу века успехом стало считаться успешное достижение нормальных эрекций. В терапии XXI в. следует стремиться к нормализации сексуальной жизни пациентов. Именно знание и творческое распознавание патогенетических факторов ЭД позволит каждому практикующему врачу индивидуально подойти к обследованию, поиску путей патогенетических воздействий и, следовательно, к успешному лечению каждого больного.

Эректильная дисфункция при соматических заболеваниях

В. В. Борисов

Москва

Согласно определению ВОЗ, эректильная дисфункция (ЭД) — это сохраняющаяся неспособность достижения и/или сохранения эрекции, достаточной для удовлетворительной сексуальной активности. Понятие ЭД более точно характеризует природу сексуальных расстройств, чем термин «импотенция». Для уролога как врача-специалиста ЭД — «болезнь», болезненные проявления, требующие диагностических и лечебных действий. В сущности, ЭД — это симптомокомплекс, «симптом», входящий в клиническую картину целого ряда соматических и нервно-психических заболеваний, по своей выраженности и тяжести непосредственно зависимый от них. Именно поэтому сегодня успешное лечение эректильной дисфункции и сексуальных расстройств в целом — сложная проблема, требующая от врача-специалиста значительных мультидисциплинарных знаний.

К заболеваниям психической природы, одним из проявлений которых является ЭД, следует относить психические травмы, невроз «ожидания неудачи», острый и хронический стресс, депрессии, опасения ухудшения существующих тяжелых соматических заболеваний. В основе ЭД нередко лежат сердечная, почечная и печеночная недостаточность, сахарный диабет. Боязнь их прогрессирования способна усугублять ЭД. Как ни парадоксально, но прием лекарственных препаратов, призванных помогать при этих заболеваниях (сердечные гликозиды, -адреноблокаторы, тиазидные диуретики, гипогликемические средства и пр.), способствует возникновению и прогрессированию ЭД.

Не последнее место в генезе ЭД занимают снижение либидо при андрогенодефиците, гипотиреоз, гипертиреоз, гиперпролактинемия. Не вызывает сомнения роль диабетической ангиопатии и нейропатии. Среди сосудистых факторов патогенеза ЭД — нарушение артериального притока к органам таза и хронический венозный застой тазовых органов с вторичным артериоспазмом, ремоделированием артерий и вторичной ишемией, а также веноокклюзивная недостаточность. Местными факторами ЭД, связанными с изменениями полового члена, являются кавернозный фиброз вследствие локальных (травма, болезнь Ла Пейрони, операции) и диффузных изменений (перенесенный приапизм, длительное полное или почти полное отсутствие эрекций). Факторами, обуславливающими нарушения иннервации полового члена, являются повреждения тазовых нервов при операциях, центральное поражение нервной ткани (болезнь Альцгеймера) и проводниковые изменения (рассеянный склероз).

Исследования последних лет доказали, что ЭД — это проявление эндотелиальной дисфункции, предшественниками которой служат эмоциональный стресс, артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия и сахарный диабет, особенно на фоне курения. Она, в свою очередь, обуславливает дальнейшую вазоконстрикцию и прогрессирование АГ, атеросклероз, их ишемические и тромботические осложнения (ИБС, инфаркт миокарда, мозговой инсульт и пр.). ЭД при этом, как правило, является предиктором заболевания. Без комбинации лекарственных средств (ингибиторы ФДЭ5 с α_1 -адреноблокаторами и гиполипидемическими препаратами) надеяться на успех бывает трудно. В этом отношении связь ЭД с наиболее распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями мужчин зрелого возраста не является исключением. В условиях возрастного дефицита андрогенов эндотелиальная дисфункция обуславливает дислипидемию и артериальную гипертензию, что с присоединением абдоминального ожирения ведет к развитию метаболического синдрома, а с развитием проявлений сахарного диабета 2-го типа еще больше усугубляет ЭД. Отечественные данные убеждают в необходимости комплексного подхода к терапии ЭД на фоне возрастного дефицита андрогенов и метаболического синдрома. Помимо ингибиторов ФДЭ5, он должен непременно включать заместительную гормонотерапию гонадотропинами или препаратами тестостерона. С учетом тесной связи возрастного дефицита андрогенов не только с ЭД, но и с большинством наиболее распространенных заболеваний мужчин зрелого возраста определение уровня сывороточного тестостерона у мужчин старше 40 лет следует рассматривать как необходимый скрининг-тест в их ранней диагностике.

Пристальное изучение заболеваний и механизмов развития ЭД при соматической патологии, с нашей точки зрения, позволит урологу идти не только к восстановлению эрекции у больного как цели терапии ЭД (как это было в конце XX в.), а к эффективному улучшению и восстановлению нормальной сексуальной функции и повышению качества жизни наших пациентов, как этого требует медицина нового столетия.

Роль возрастного дефицита андрогенов при заболеваниях мужчин

В. В. Борисов, С. Ю. Калинин, М. С. Новикова

Москва

Стареющая популяция мужчин в России, как и во всем мире, неуклонно увеличивается. Тестостерон — основной половой гормон, поддерживающий многие жизненно важные функции мужского организма. С возрастом частота его дефицита увеличивается от 7% в 40–60 лет, до

21% в 60–80 и до 35% у лиц старше 80 лет. Клиническими проявлениями возрастного андрогенного дефицита и поводом к обращению за помощью являются прежде всего снижение полового влечения (либидо) и эректильная дисфункция (ЭД). Эти больные составляют 18,3% среди больных ЭД. Ей сопутствуют сахарный диабет (СД; 35%), артериальная гипертензия (АГ; 31%), проявления гиперплазии простаты (ГП; 29%), дислипидемия (21%), метаболический синдром. На фоне эмоционального стресса развивается стойкая вазоконстрикция, обуславливающая АГ, ишемическую болезнь сердца (ИБС), дислипидемию, создающую условия прогрессирования атеросклероза, усугубляющего АГ и ИБС. Атеросклероз, АГ и СД – частые причины развития ХПН, требующего участия нефролога. Исходом хронического стресса являются многообразные депрессивные проявления. Анализ клинических проявлений возрастного дефицита андрогенов: ухудшения общего самочувствия, депрессивного настроения, потери интереса к жизни и познанию, ЭД на фоне абдоминального ожирения, нарушений липидного обмена, АГ (метаболический синдром), прогрессирующего атеросклероза, ИБС, СД со всеми осложнениями, анемии, миодистрофии, остеопороза – демонстрирует их сходство с признаками наиболее распространенных заболеваний мужчин зрелого и пожилого возраста. С ними обращаются не только к урологу, но и к терапевту, кардиологу, эндокринологу, нефрологу, психоневрологу. Нарастающему андрогенодефициту способствуют хронические заболевания (ХПН, цирроз печени, печеночная недостаточность, ХОБЛ, СД, анемия и пр.). 70% мужчин – больных терапевтического профиля – имеют сниженный уровень тестостерона.

Симптоматика возрастного андрогенодефицита неоднозначна, поскольку в разные возрастные периоды интенсивность метаболических процессов, их проявления в системах организма различны и во многом индивидуальны, подобно тому, как психоэмоциональным особенностям человека, описанным еще Гиппократом, свойственно порой неравномерное, асимметричное преобладание возбуждательных и тормозных проявлений (сангвиник, холерик, флегматик, меланхолик) на фоне возникающего с возрастом дефицита андрогенов. Патологическими процессами в неравной мере могут быть поражены органы и системы мужского организма, конгенитальная «прочность» которых различна, вследствие чего с возрастом во многом формируется то, что характеризует сугубо индивидуальные возрастные проявления разных сочетаний болезней каждого мужчины.

Именно поэтому в обследование больного необходимо включать оценку уровня тестостерона, а при подтверждении андрогенодефицита в комплексе лечения должна присутствовать заместительная гормонотерапия

(ЗГТ). Систематическое исследование сывороточного тестостерона у мужчин старше 40 лет (подобно исследованию ПСА для ранней диагностики рака простаты), по-видимому, может оказать существенную помощь в оценке риска развития не только ЭД, но и широкого круга соматических заболеваний. На основе ранней диагностики станет возможным значительное повышение эффективности гипотензивной терапии, лечения ожирения, дислипидемии, сахарного диабета 2-го типа, метаболического синдрома, ИБС, анемии, остеопороза. Урологу и интернисту следует проводить ЗГТ совместно с эндокринологом под контролем уровня ПСА и размеров простаты. Наиболее комплаентными сегодня следует считать накожные аппликации тестостеронового геля (АндроГель), действующего в течение 1 суток, не требующего инвазивных вмешательств, позволяющего эффективно компенсировать дефицит андрогенов, коренным образом улучшить лечение ЭД, уменьшить массу жировой ткани, предотвращать прогрессирование атеросклероза, ИБС и артериальной гипертензии, развитие ХПН, увеличивать минеральную плотность костей, бороться с депрессией и тем самым улучшать качество жизни мужчин в зрелом и пожилом возрасте.

Способ повышения эффективности элиминации урогенитальной флоры при патоспермии

Ю. В. Васильев, Л. Н. Светлова

Иркутск

Причины патоспермии у мужчин репродуктивного возраста разнообразны. По данным литературы, в настоящее время в 70% случаев причиной нарушений репродуктивной функции у мужчин является инфекционно-воспалительные заболевания мочеполовых органов (Тиктинский О. Л., 2006). Известно, что тестостерон (ТС) принимает участие в поддержании нормальной репродуктивной функции и мужчин. Вопрос о регионарном повышении гемодинамики для более эффективного действия лекарственных препаратов при воспалительных заболеваниях у мужчин в литературе освещен недостаточно. Вопросы лечения воспалительных заболеваний у мужчин остаются по-прежнему актуальными, к тому же число этих пациентов ежегодно возрастает.

Цель работы — повышение эффективности элиминации урогенитальной инфекции при патоспермии.

Нами были обследованы 108 мужчин в возрасте от 20 до 45 лет с различными нарушениями показателей спермограммы. У всех больных проводилась оценка уровня тестостерона сыворотки крови, ГСПГ, цитологическое исследование мазка из ладьевидной ямки уретры, исследование

показателей спермограммы и посев эякулята. Уровень тестостерона крови был чуть ниже нормы или на нижней границе нормы и составил в среднем $9,6 \pm 1,7$ ммоль/л, ГСПГ в среднем составил $110 \pm 3,8$ ммоль/л.

У всех пациентов исключены ЗППП методом ПЦР; при исследовании спермограмм были выявлены различные нарушения сперматогенеза (астенозооспермия, олигозооспермия и др.). Всем пациентам проводилась микробиологическая диагностика, идентификация и определение антибиотикорезистентности микроорганизмов, наиболее часто встречающихся в эякуляте. Видовой спектр микроорганизмов при посеве эякулята: *Staphylococcus haemolyticus* — 41,33%, *Enterococcus faecium* — 28,13%, *Enterococcus faecalis* — 22,17%, *Corynebacterium* — 9,44%, *Micrococcus lylae* — 5,12%. Титр составил не более 1000 КОЕ/мл. При цитологическом исследовании соскоба из ладьевидной ямки уретры у всех пациентов была выявлена плоскоклеточная метаплазия уроэпителия. Все больные были разделены на 2 группы с использованием метода случайных чисел: первую составили 58 человек, вторую — 50 человек. Пациентам первой группы проводили лечение общепринятыми методами (антибактериальное, противовоспалительное лечение, массаж простаты). Больные второй группы дополнительно получали коррекцию гормонального фона и сеансы переменного зонального баровоздействия (ПЗБВ) воздухом. Ранее проведенными исследованиями (Вайсман Я. М., 1973; Васильев Ю. В., 1984) доказано, что ПЗБВ усиливает кровоток, уменьшает явления эндотелиальной дисфункции в области малого таза, что необходимо для более эффективного действия лекарственных препаратов.

Все пациенты через 2 недели, 3 месяца, 6 месяцев проходили контрольное обследование. Критериями эффективности терапии были данные спермограмм и нормализация гормонального фона. Улучшение показателей спермограммы у 49 (92,41%) больных основной группы отмечались после курса проведенной терапии; уровень ТС после лечения составил $14,7 \pm 1,2$ ммоль/л; ГСПГ — $60,5 \pm 3,1$ ммоль/л; при цитологическом исследовании установлено, что цилиндрический эпителий восстановился и оставался в пределах нормы в течение 6 месяцев наблюдений. У 40 (72,72%) пациентов группы сравнения сохранялись изменения в спермограмме; уровень ТС после лечения составил $12,3 \pm 0,9$ ммоль/л; ГСПГ — $79,5 \pm 2,8$ ммоль/л; по данным цитологического исследования сохранялась плоскоклеточная метаплазия уроэпителия. Сроки ремиссии у этих пациентов колебались от 1 до 3 месяцев.

Таким образом, полученные данные доказывают, что применение переменного зонального баровоздействия усиливает кровоток в области малого таза и способствует купированию регионарной эндотелиальной дисфункции в комплексной терапии больных с патоспермией. Цитологи-

ческое исследование уроэпителия из ладьевидной ямки может являться скрининговым методом обследования больных с патоспермией, так как дает возможность диагностировать андрогенодефицит.

Туберкулез и рак почки

А. А. Волков, О. Н. Зубань

Ростов-на-Дону, Санкт-Петербург

Существование рака и туберкулеза в одном органе ранее считалось невозможным. На этом представлении основан метод иммунотерапии и иммунопрофилактики поверхностного рака мочевого пузыря вакциной BCG. На фоне увеличения заболеваемости опухолями почки, прирост которой за последние 5 лет составил 5,3%, возросло число публикаций о сочетанном поражении органов мочевой системы раком и туберкулезом. При этом, как правило, манифестируют симптомы лишь одного из заболеваний, что существенно затрудняет диагностику сочетанной патологии.

Диагноз у этих больных нередко устанавливается интраоперационно или на основании последующего гистологического исследования препарата. Основные симптомы, характерные для опухоли почки, такие как макрогематурия, болевой синдром, артериальная гипертензия, гиперпирексия, общее недомогание, повышение СОЭ и анемия, зачастую сопутствуют туберкулезу мочевой системы. Такая же клиническая картина может наблюдаться при опухолевом распаде.

За период 2000–2006 гг. мы наблюдали сочетание злокачественной опухоли и специфического поражения в одной почке у 5 пациентов. У четверых пациентов диагноз туберкулеза мочевой системы установлен до операции, из них у двоих — бактериологическим методом. Один больной оперирован с предварительным диагнозом опухоли почки. Во всех случаях наблюдался активный нефротуберкулез.

Всех пациентов беспокоили боли в пояснице со стороны поражения, выраженная общая слабость была у 2 больных, гиперпирексия — также у 2, артериальная гипертензия — у 1, макрогематурия — у 1, дизурия — у 1.

Всем больным выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и экскреторная урография, четверым — радиоизотопное исследование. КТ почек проведено у одного пациента, МРТ почек — также у одного больного.

УЗИ выявило наличие округлых гипер- (2 больных), гипо- (1) или анэхогенных образований (1) размерами от 32 до 35 мм, в том числе с обызвествленными стенками (1), гидронефроза с резким истончением паренхимы (1). По данным экскреторной урографии и изотопных иссле-

дований в 2 случаях установлено отсутствие функции почки, в одном — тень обызвествления, у одного больного — признаки инфраренальной компрессии, у одного изменений не выявлено. Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография почек подтвердили наличие объемного образования и позволили оценить состояние близлежащих тканей и регионарных лимфатических узлов.

Всем больным выполнена нефрэктомия. У одного больного нефрэктомии предшествовала резекция полюса почки, у другого после верификации диагноза «рак лоханки» произведена уретерэктомия с резекцией устья.

Гистологическое исследование подтвердило злокачественную опухоль почки во всех случаях. У одного из пациентов при наличии светлоклеточного переходноклеточного рака с плоскоклеточной дифференцировкой G3 в воротах почки, в стенке мочеточника, с инвазией в собственную капсулу почки, в паренхиме обнаружено большое количество специфических гранул с очагами казеозного некроза и микобактерий туберкулеза.

Таким образом, и на современном этапе развития фтизиоурологии диагностика злокачественных образований почек у больных нефротуберкулезом представляет значительные трудности. С целью установления диагноза необходимо использовать не только стандартные методы исследования (УЗИ, экскреторная урография), но и такие, как МРТ и КТ почек. После гистологического подтверждения диагноза требуется проведение курса специфической антибактериальной терапии и параллельное наблюдение онкоуролога.

Случай инкрустации стента солями на фоне его длительного пребывания в мочевых путях

М. Я. Гаткин, А. В. Симашкевич, А. А. Осташевский

Барнаул

Обструкция верхних мочевых путей — актуальная проблема сегодняшнего дня в практике уролога. Обструкция может быть вызвана урологическими заболеваниями или сдавлением мочеточника извне (камни почки и мочеточника, беременность, опухоли и т. д.). Особого внимания заслуживает нарушение пассажа мочи при беременности, так как более чем у 80% женщин во время беременности диагностируется расширение верхних мочевых путей. Нарушение уродинамики обусловлено гормональными изменениями, а также механическим сдавлением беременной матки мочеточников. По мнению А. Л. Шабада, Л. Ю. Коткина (1987), даже незначительные как по времени, так и по степени изменения пасса-

жа мочи по верхним мочевым путям приводят к быстрому размножению микроорганизмов, а мощная антибактериальная терапия в этих условиях неэффективна.

Важным шагом к решению этой проблемы явилась предложенная в 1960-е гг. немецкими урологами методика внутреннего дренирования верхних мочевых путей стентами. Существует мнение, что длительное внутреннее дренирование показано даже при отсутствии хромоцистоскопических признаков нарушения пассажа мочи в случаях повторяющихся атак пиелонефрита с отсутствием стойкого эффекта от консервативной терапии.

Наиболее частыми осложнениями, возникающими в поздние сроки внутреннего дренирования, являются миграция стента и инкрустация его солями. Важную роль в патогенезе камнеобразования на стенте играет гиперкристаллурия и длительность его нахождения в мочеточнике. Пребывание стента в мочевых путях более 2–3 месяцев является опасным.

Приводим собственное наблюдение.

Больная Д., 24 лет, в середине апреля 2006 г. находилась на стационарном лечении в условиях урологического отделения ГБ № 11 с диагнозом «гестационный пиелонефрит справа. Беременность 25 недель». Из анамнеза выяснено, что данная беременность вторая, первая закончилась родами в срок 38 недель. В течение настоящей беременности это третья госпитализация в урологическое отделение с диагнозом «гестационный пиелонефрит справа». По результатам УЗИ почек выявлена гидронефротическая трансформация справа. Конкрементов не обнаружено. В предыдущие госпитализации расширений полостных систем почек не определялось. С целью восстановления пассажа мочи больной проведена установка стента № 5, антибактериальная терапия. Выписана в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано удаление стента в послеродовом периоде. В августе 2006 г. женщина благополучно родила. В условиях роддома проведено УЗИ почек, обнаружены два конкремента правой почки, размером 1,0 и 0,7 см. Для удаления стента больная обратилась только в начале декабря 2006 г.

На момент обращения больная жалоб не предъявляла. При обследовании по данным обзорной и внутривенной урографии в лоханочно-мочеточниковом сегменте правой почки определялась тень конкремента диаметром 1,7 0,7 см. В проекции нижней трети правого мочеточника по ходу стента определялись две тени, подозрительные на конкремент, размерами 0,6 0,4 см и 0,5 0,3 см. На пузырьном завитке стента также определялась тень конкремента диаметром 0,6 0,3 см. Выделительная функция почек сохранена с обеих сторон на 10 и 12 минутах.

По данным УЗИ почек — гидронефротическая трансформация справа. Камень правой почки. Стент правой почки.

Первым этапом больной проведено два сеанса дистанционной литотрипсии на аппарате «Эконолит-2000». На контрольной урограмме тень конкремента уменьшилась в размерах, фрагментирована, стент с конкрементами не связан. По ходу правого мочеточника определялась «каменная дорожка». В послеоперационном периоде отмечалось отхождение с мочой фрагментов конкремента диаметром 0,2–0,4 см. Через три дня в условиях эндооперационной больной произведено удаление стента с последующей контактной литотрипсией и литоэкстракцией из нижней трети правого мочеточника. Конкремент на пузырьном завитке был удален целиком, совместно со стентом. Установлен новый стент с целью профилактики обструктивной уropатии, и больная выписана на амбулаторное долечивание.

В течение 3 недель после выписки из стационара зарегистрировано отхождение большого количества фрагментов конкремента. На контрольной урограмме справа явных теней, подозрительных на конкремент, не выявлено. Проведено удаление стента.

Таким образом, применение мочеточниковых стентов является методом выбора в лечении многих заболеваний, проявляющихся обструкцией верхних мочевых путей. Однако с целью профилактики и раннего выявления осложнений внутреннего дренирования почек необходимо проводить динамический контроль за его состоянием, а также применять стенты длительного стояния и осуществлять их своевременное удаление.

Комплексное лечение пациенток с лейкоплакией мочевого пузыря

А. В. Гудков, А. В. Царева

Томск

В последние годы отмечается неуклонный рост числа пациенток с различными формами дизурии. Стойкие расстройства мочеиспускания у женщин являются частыми проявлениями хронических воспалительных процессов нижних мочевых путей. Значительную часть этих изменений составляет лейкоплакия мочевого пузыря — плоскоклеточная метаплазия эпителия с различной степенью ороговения.

Цель исследования — оценить эффективность применения комплексного лечения лейкоплакии мочевого пузыря как способ реабилитации пациентов, страдающих этим заболеванием.

Объектом исследования явились 30 пациенток с лейкоплакией мочевого пузыря, находившиеся на лечении и дальнейшем наблюдении в уро-

логическом отделении госпитальных клиник СибГМУ в период с сентября 2004 г. по декабрь 2006 г. Диагноз был поставлен на основании данных цистоскопии и результатов биопсии интраоперационного материала. В клинической картине преобладали тянущая боль внизу живота и симптомы дизурии. Продолжительность заболевания варьировала от 2 до 10 лет. Средний возраст составил $32,8 \pm 11,4$ лет (от 12 до 55 лет). Для сравнения различных способов оперативного лечения лейкоплакии мочевого пузыря пациентки были разделены на 2 группы: 1-я группа (6 человек) — больные, которым была выполнена ТУР мочевого пузыря или электрокоагуляция измененной слизистой шариковым электродом «Storz»; 2-я группа (24 человека) — больные, которым была выполнена аргонкоагуляция лейкоплакии мочевого пузыря электродом электрохирургического скальпеля «Электропульс С-350 РЧ» с блоком подачи инертного газа «Электропульс С-350 РЧПА» в режиме искровой коагуляции.

В послеоперационном периоде всем пациенткам проводилась антибактериальная и противогрибковая терапия с учетом ПЦР влагалищного секрета и бактериального посева мочи, так как риск рецидивирования заболевания связан с неэффективной санацией уrogenитального тракта. С целью обезболивания и достижения противовоспалительного эффекта пациенткам 2-й группы назначались НПВС (индометацин, мовалис) в терапевтической дозировке в течение 2 недель и в поддерживающей дозировке до 1 месяца. Антигистаминный препарат (кларитин), обладающий антисеротониновым и антихолинэстеразным действием, был рекомендован в поддерживающей дозировке до 1 месяца. Учитывая выраженные застойные явления в микроциркуляторном русле стенки мочевого пузыря, пациенткам со стойкой дизурией назначали α_1 -адреноблокаторы. Для профилактики и купирования местного иммунодефицита использовался полиоксидоний в виде вагинальных суппозиториях. В качестве физиотерапевтической методики использовалась лазеротерапия на область мочевого пузыря, оказывающая противовоспалительное действие и активирующая процессы микроциркуляции и трофики ткани.

При контрольном обследовании через 3 месяца после оперативного лечения у 3 пациенток из 1-й группы (50%) симптомы дизурии были менее выражены, чем до операции. При цистоскопии определялся слой измененной слизистой мочевого пузыря, преимущественно в области шейки, по типу лейкоплакии. Периодический дискомфорт при мочеиспускании отмечали 3 пациентки (50%). При цистоскопии в области резекции и коагуляции визуализировался белесоватый рубец без сосудистого рисунка.

Среди пациенток 2-й группы клиническое улучшение отметили 24 (100%), из них 18 (75%) жалоб не предъявляли. При цистоскопическом ис-

следовании слизистая мочевого пузыря светлая, слегка бугристая, без признаков наличия струпа и грубых рубцовых изменений, сосудистый рисунок прослеживается слабо. У 6 пациенток (25%) сохранялись умеренные дизурические проявления. При цистоскопии слизистая мочевого пузыря в области коагуляции была с признаками подострого воспаления (отек, умеренная гиперемия). Всем пациенткам с клинико-лабораторными изменениями было назначено дополнительное противовоспалительное лечение. При контрольном обследовании через 4 месяца лишь у 2 пациенток (8,3%) сохранялись умеренные жалобы, обусловленные дисгормональными изменениями, требующими коррекции у эндокринолога.

Следовательно, применение аргонкоагуляции лейкоплакии мочевого пузыря как малоинвазивного, безопасного способа оперативного лечения, позволяющего заметно сократить срок эпителизации слизистой без грубой рубцовой ткани, в сочетании с патогенетически обусловленной консервативной терапией, улучшающей функциональное состояние стенки мочевого пузыря, позволяет значительно повысить эффективность лечения и сократить сроки послеоперационной реабилитации.

Вторичная профилактика заболеваний предстательной железы в условиях мегаполиса Москвы

Е. Н. Давыдова, В. А. Максимов

Москва

Заболевания предстательной железы занимают значимое место во всей урологической практике. Частота обращений к урологу из-за проблем со стороны предстательной железы ежегодно возрастает. Вместе с тем диагностика и лечение ряда заболеваний, таких как рак и аденома, представляют собой не только серьезную медицинскую, но и большую социальную проблему. На настоящем этапе развития урологии и современного общества особенно важным становится совершенствование вторичной профилактики, и в первую очередь организация профилактических осмотров, а впоследствии и диспансерного наблюдения. В связи с этим особую значимость приобретает роль амбулаторно-поликлинических учреждений, где проходят обследование и лечение. более 90% больных с заболеваниями предстательной железы. Вместе с тем догоспитальный этап является наиболее слабым в оказании медицинской помощи всем категориям больных, в том числе и с заболеваниями предстательной железы. Низкий уровень профилактики и низкое качество диспансеризации являются причиной позднего обращения за медицинской помощью больных с наличием жалоб на расстройство мочеиспускание. Основной причиной недостаточного охвата диспансерным наблюдением

больных с урологической патологией является и то, что врачи-урологи больше внимания уделяют лечебной работе, чем профилактической; последнее объясняется неукомплектованностью, большим процентом совместительства, разным уровнем профессиональной подготовки врачей-специалистов.

В 2002 г. в рамках выполнения целевой программы диспансеризации населения города Москвы была разработана подпрограмма по ранней диагностике заболеваний предстательной железы. Для унификации последовательности и объема обследований был создан алгоритм с учетом недоуккомплектованности врачами-урологами амбулаторного звена, недостаточной материально-технической базы поликлиник и стационаров города. В алгоритме «ключевым» исследованием стало определение общего ПСА у мужчин, обратившихся в поликлиники города к любым специалистам. Лицам с уровнем ПСА более 4 нг/мл в последующем выполнялась полифокальная биопсия простаты. Пациентам, имевшим жалобы на расстройство мочеиспускания, амбулаторно проводилось комплексное обследование: определение уровня ПСА, пальцевое ректальное исследование, УЗИ предстательной железы или ТрУЗИ, урофлоуметрия. При подозрительных изменениях, выявленных в результате применения одного из методов обследования, для дифференциации заболевания выполнялась полифокальная биопсия простаты.

В результате проводимых мероприятий отмечен рост количества впервые выявленных случаев заболеваний предстательной железы, таких как хронический простатит и аденома простаты, с 15 470 в 2001 г. до 31 411 в 2005 г. Вместе с этим общее количество зарегистрированных случаев болезней предстательной железы выросло почти в 2 раза. Ежегодно стало увеличиваться и количество больных, взятых на диспансерный учет. Так, до начала реализации программы в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения департамента здравоохранения г. Москвы состояло 12 976 человек, тогда как в 2005 г. — уже 34 656 (прирост составил 167%). За период реализации программы количество осложненных случаев при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) снизилось, в результате в 3 раза уменьшилось количество случаев обращения в «скорую помощь» с острой задержкой мочеиспускания. Длительность пребывания больных с ДГПЖ в стационаре снизилась на 4 койко-дня — с 18,2 в 2001 г. до 14,2 в 2005 г., летальность — с 1,5‰ в 2001 г. до 1,0‰ в 2005 г. (в 1,5 раза). Экономический эффект для каждого случая ДГПЖ составил 4 койко-дня, что эквивалентно 22 тыс. руб.

Протоколы ведения больных мочекаменной болезнью: медицинская, юридическая и экономическая необходимость

Н. К. Дзеранов, Д. А. Бешлиев, О. И. Аполихин, А. В. Казаченко

Москва

Не секрет, что переход отечественного здравоохранения на страховую форму неизбежен и бюджетное финансирование уже сегодня не отвечает затратам, необходимым для лечения больных. Рассмотрим для примера больного с мочекаменной болезнью (МКБ). До настоящего времени нет нормативных актов, согласно которым страховые компании могли бы рассчитать среднюю стоимость лечения больных с различными формами МКБ. Все шире развивающаяся частная практика зачастую обеспечивает лишь часть лечения (в основном малоинвазивную), предоставляя ликвидировать осложнения и дальнейшее лечение ведомственным ЛПУ. До настоящего времени поликлиники и стационары не имеют четко разграниченного объема обязательного и дополнительного обследования и лечения, тогда как положительный конечный результат лечения зависит от преемственности и взаимодействия поликлиник и стационаров.

Все чаще происходят судебные тяжбы по поводу некачественного лечения, при этом отсутствуют какие-либо минимально необходимые нормативные стандарты, которые могли бы юридически защитить медицинский персонал. В различных регионах применяются самые разнообразные схемы и временные нормативы, созданные местными страховыми компаниями, которые не всегда отражают современный подход к лечению больных МКБ. Даже страны Евросоюза после объединения приступили к созданию единых требований к системам ЛПУ.

При создании протоколов ведения больных МКБ предполагается решить следующие задачи:

- создание единых и согласованных современных базовых рекомендаций по диагностике и комплексному лечению больных МКБ во всех ЛПУ независимо от их форм собственности;
- разработка этапов и разграничение обязанностей в диагностике и лечении больных МКБ в стационарных и амбулаторных условиях;
- объективизация для страховых компаний материальных расходов на лечение различных форм МКБ;
- определение критериев соответствия ЛПУ данному виду деятельности при лицензировании и сертификации;

Разработка протоколов комплексного лечения мочекаменной болезни совсем не исключает традиционного для отечественной урологии индивидуального подхода к лечению больного в зависимости от тяжести клинического течения МКБ, сопутствующих заболеваний.

Ретрокавальный мочеточник: диагностика и лечение

Ю. И. Журавлев, С. А. Худяшов, М. В. Кондратьев, О. А. Устинова

Кемерово

Ретрокавальный мочеточник — довольно редкая аномалия, которая характеризуется тем, что верхняя треть мочеточника справа спиралеобразно охватывает нижнюю полую вену, а начиная со средней трети приобретает нормальное анатомическое расположение. В результате компрессии мочеточника полую вену нарушается отток мочи, что всегда приводит к развитию гидронефроза.

В клинике наблюдали 2 пациентов с ретрокавальным расположением мочеточника. У одного больного правильный диагноз был установлен до операции.

Больной В., 28 лет, поступил в клинику 23.12.68 г. с жалобами на постоянные ноющие боли в поясничной области справа. Болен три года. Общее состояние удовлетворительное, артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Пальпируется нижний полюс правой почки, гладкий, безболезненный. Анализ крови и мочи без изменений. На экскреторной урограмме определяется правосторонний гидронефроз. Произведена ретроградная уретеропиелография справа: мочеточник в с/3 образует петлеобразный изгиб, имеет вид буквы «J» в обратном изображении, в в/3 расширен. Диагноз: ретрокавальный мочеточник, правосторонний гидронефроз. 28.12.68 операция: мочеточник в в/3 пересечен, периферический конец освобожден и выведен из-под полую вены, наложен уретероуретероанастомоз, пиелостомия. Выздоровление. Осмотрен через 2 года. Жалоб нет. Работает слесарем на машиностроительном заводе.

У второго пациента ретрокавальный мочеточник был выявлен во время операции. Больной К., 40 лет, поступил 17.07.06. с жалобами на боли в поясничной области справа, гематурию. По УЗИ почек — явления гидронефроза справа, при уретеропиелоскопии обнаружена опухоль лоханки, произведена биопсия. ПГИ: переходноклеточный рак лоханки G3. На операции лапаротомии справа выявлено ретрокавальное расположение мочеточника. Произведены нефруретерэктомия, лимфаденэктомия.

В заключение следует отметить, что решающим методом диагностики ретрокавального мочеточника является ретроградная уретеропиелография. Лечение этой аномалии мочеточника оперативное, восстановление пассажа мочи — уретероуретероанастомоз; при опухоли почки или почечной лоханки — нефруретерэктомия.

Лейкоплакия мочевого пузыря и иммунный статус пациенток

Е. В. Ильинская, Р. Н. Лебедева

Новокузнецк

Поврежденная поверхность эпителиального пласта при лейкоплакии мочевого пузыря легко колонизируется бактериями, которые в условиях ослабления защитных факторов получают возможность для размножения. Эта микрофлора быстро проникает во внутреннюю среду, где захватывается антиген-презентирующими клетками и презентруется Т-клетками. Однако в случае бактериальной инфекции максимально эффективная защита обеспечивается гуморальным иммунным ответом, связанным с активацией СД 4+ Т-хелперов-2 и стимуляцией В-клеток к продукции антител. Закладающийся гуморальный ответ требует секретиции противовоспалительных медиаторов, главным из которых является IL-4.

Особенности локализации лейкоплакического очага, течение воспалительного процесса, иммунологические механизмы защиты, проблемы диагностики и лечения лейкоплакии слизистой оболочки мочевого пузыря привлекают внимание широкого круга специалистов. В этой связи представляет интерес уточнение иммунопатогенетических особенностей течения лейкоплакии мочевого пузыря в зависимости от формы воспаления. Целью настоящего исследования явилось сопоставление результатов комплексного клинико-лабораторного обследования больных с лейкоплакией мочевого пузыря с иммунологической динамикой.

Клинический материал составили 60 пациенток с лейкоплакией мочевого пузыря в возрасте от 16 до 60 лет. Возбудители ИППП были выявлены в соскобе из цервикального канала и в биоптате методом исследования на культуре клеток. Специфические антитела (Ig G, Ig M) выявлялись в периферической крови методом иммуноферментного анализа. Иммунологический профиль включал определение экспрессии поверхностных антигенов на лимфоцитах периферической крови (СД 3+, СД 4+, СД 8+, СД 16+, СД 20+), определение концентрации сывороточных иммуноглобулинов (Ig A, Ig M, Ig G) методом радиальной иммунодиффузии по Манчини, показатели биоцидности и фагоцитарной активности нейтрофилов (НСТ спонтанный и НСТ стимулированный), способность к поглощению и киллингу патогенов (фагоцитарное число).

По результатам клинико-anamnestического исследования инфекционный иммунопатологический синдром в целом по группе составил 56,9%. С учетом эпидемиологических, анамnestических и клинико-лабораторных результатов обследования при оценке лабораторного иммунологического исследования пациентки были разделены на группы.

В первой группе наблюдаются умеренно выраженные сдвиги основных показателей клеточного звена иммунной системы (количественное снижение Т-лимфоцитов и их субпопуляций, напряжение гуморального иммунитета с преимущественным увеличением Ig A ($p < 0,05$), мелкодисперсных ЦИК ($p < 0,05$) и тенденцией к увеличению Ig M, Ig G. В неспецифическом звене иммунитета отмечалось снижение (в 1,3 раза) индуцибельной переваривающей способности нейтрофилов. Во второй группе отмечались высокие показатели уровня ЦИК — до $107,56 \pm 4,15$, имелись признаки антигенной стимуляции и напряжения гуморального иммунитета в виде накопления в периферической крови продукции сывороточных иммуноглобулинов Ig A, Ig E ($p < 0,05$), тенденции к увеличению Ig M.

Таким образом, комплексное обследование больных с лейкоплакией мочевого пузыря показало, что при хронических формах ИППП у большинства пациентов имеются фоновые иммунные нарушения. Иммунопатогенез инфекций и фоновый иммунодефицит обуславливают преимущественную активацию Th-2 опосредованного гуморального иммунитета с гиперпродукцией сывороточных иммуноглобулинов и накоплением ЦИК. В этой связи нельзя исключить вероятность того, что при данной патологии имеется определенный риск развития количественно-качественной недостаточности клеточных факторов и предпосылки к развитию аутоиммунных (иммуннокомплексных) заболеваний.

Комплексный подход к проблеме различных нарушений половой функции у подростков

Е. А. Колесников, А. В. Газаматов, Д. В. Розаев, И. С. Попов, И. В. Трунов
Барнаул

Примерно 5% подростков вступают в половую жизнь уже в 12 лет и более 70% — к 18 годам. Около 50% из них имеют какую-либо патологию половой сферы, что является не только серьезной медицинской, но и, если учесть распространенность заболеваний, их отрицательное влияние на качество жизни, психический статус и прочность межличностных отношений, социальной проблемой. Наиболее часто подростки сталкиваются с двумя синдромами эректильной дисфункции (ЭД): синдромом тревожного ожидания неудачи и синдромом ускоренного семяизвержения.

Некоторые исследователи сообщают, что частота органической ЭД у больных составляет 75–85%, другие считают, что эти больные не подверглись адекватному психологическому исследованию, и утверждают, что более 90% из них страдают ЭД, обусловленной психогенными факторами. Отмечается также преобладание в молодом возрасте психогенных, а в более зрелом возрасте — органических и смешанных форм.

ЭД начинается с диспропорции между степенью сексуальной возбудимости и частотой удовлетворения сексуальных потребностей. Эмоциональная напряженность (опасение, что половое сношение снова закончится неудачей, боязнь скомпрометировать себя), усиливая напряженность, связанную с сексуальным возбуждением, еще более снижает потенцию или ускоряет эякуляцию. В дальнейшем это приводит к фиксации на сексуальной сфере со стойкой ЭД. Отличительные черты психогенной эректильной дисфункции: начало половой жизни; редкая, нерегулярная половая жизнь; наличие утренней и спонтанной эрекции, а также эрекции при мастурбации; различная продолжительность полового акта с разными партнершами; ускоренная эякуляция часто имеют место одновременно с проблемами с эрекцией; иногда увеличению продолжительности полового акта способствуют мысли на отвлеченные темы (часто о неприятных вещах, иногда такие мысли приводят к исчезновению эрекции); небольшое количество алкоголя обычно улучшает ситуацию.

После физикальных, лабораторных и психологических обследований нами было отобрано 73 подростка в возрасте 15–17 лет, живущих половой жизнью не менее 6 месяцев. По результатам обследования подростки, имеющие признаки органической патологии, из исследования были исключены. Таким образом, была выбрана группа юношей с психогенной формой ЭД, составившая 48 человек, из них 16 (1-я группа) получали лечение в виде поведенческой и рациональной психотерапии; 32 человека (2-я группа) в комплексе с поведенческой терапией принимали антидепрессант группы СИОЗС — препарат Асентра (фирма KRKA) по 1/2 таблетки в сутки независимо от приема пищи, через неделю 1 таблетку в сутки в течение 5 недель. Основным преимуществом использования Асентра является отсутствие побочных эффектов, улучшение когнитивных функций, отсутствие передозировки, он разрешен детям с 6 лет. При его применении одновременно улучшается общее самочувствие.

Были получены следующие результаты: в первой группе у 2 пациентов (12,5%) наступило выздоровление, у 3 (19%) — уменьшение степени выраженности ЭД, у 6 подростков (37,5%) степень ЭД оставалась прежней, а 5 человек (31%) через некоторое время отказались от лечения из-за различных неудобств методики. Во второй группе у 29 подростков (90,5%) отмечалось выздоровление, у 2 человек (6,5%) — степень выраженности ЭД уменьшилась, и у 1 (3%) осталось без изменений.

Таким образом, по результатам проведенного исследования, можно сделать вывод об эффективности действия препарата Асентра в комплексной консервативной терапии у юношей с психогенными формами ЭД.

Инфекция мочевых путей у лиц пожилого возраста, страдающих задержкой мочеиспускания

Г. П. Красильников, Е. В. Помешкин, Д. В. Троегубов, Г. В. Светикова
Кемерово

В последние годы отмечается увеличение частоты тяжелых форм острого пиелонефрита, причиной которого являются нарушение пассажа мочи, общая генерализованная инфекция на фоне сниженного иммунитета. Инфекция мочевых путей у лиц пожилого возраста, по данным А. П. Красильникова (2001), составляет 23–30%, а по данным Н. А. Ефименко с соавт. (2004) — 35–40% от всех инфекций. После однократной катетеризации мочевого пузыря у 26,5% пациентов развивается стойкая бактериурия (Красильников А. П., 2001). Наиболее распространенной формой являются стафилококковые инфекции, но в последнее время рост бактериурии связан с неферментирующими грамотрицательными бактериями.

Особенности течения острого пиелонефрита в пожилом возрасте носят отпечаток изменений, который происходит в организме человека в возрасте после 60 лет. У пожилых людей реакция организма на острый воспалительный процесс в почке может оказаться слабовыраженной. Острейшая форма острого пиелонефрита может протекать у них без повышения температуры тела. Общие симптомы заболевания бывают столь нечеткими, что не заставляют думать о гнойном процессе в почках или мочевых путях. Поэтому важнейшим элементом как в подготовке к операции, так и в послеоперационном периоде являются дренирующие операции для создания оттока мочи, а также использование в комплексном лечении рациональной антибиотикотерапии.

Целью нашего исследования явилось изучение частоты инфекции мочевыводящих путей у лиц пожилого возраста, поступивших в урологическое отделение МУЗ ГKB № 2 г. Кемерово.

За период 2002–2006 гг. с нарушением пассажа мочи из нижних мочевых путей обратилось 265 мужчин и 25 женщин, средний возраст которых составил 63 ± 5 лет. У 204 мужчин при обследовании выявлена ДППЖ, у 18 — опухоль мочевого пузыря; у 39 больных после биопсии простаты выявлен рак предстательной железы, у 4 больных — нарушение функции спинного мозга. При обследовании у 8 женщин выявлено прорастание опухоли матки в паравезикальное пространство, мочевого пузырь со сдавлением устьев мочеточников или шейки мочевого пузыря; у 10 — опухоль мочевого пузыря; у 4 — недержание мочи с явлениями цистита; у 3 женщин выявлены метастазы опухоли в позвоночник с нарушением функции тазовых органов.

У всех больных при поступлении, после курса антибактериальной терапии и перед выпиской проводился посев мочи на микрофлору. Наличие инфицированной мочи выявлено у 62,4% больных. Из посева мочи наиболее часто высевались *Staphylococcus epidermidis* (32,5%), *Staphylococcus aureus* (22,5%). В последние 2 года рост инфекции связан с неферментирующими грамотрицательными бактероидами. Среди представителей этой группы наибольший удельный вес и клиническое значение представляют бактерии *Escherichia coli* (38%), *Pseudomonas aeruginosa* (21%), *Klebsiella pneumoniae* (31,4%), *Proteus mirabilis* (4,6%), *Proteus vulgaris* (3,8%) и др. Заслуживает пристального внимания выявление в посевах мочи грибковых инфекций: частота кандидурии составила в среднем около 5%.

Основным осложнением нарушения пассажа мочи из мочевого пузыря был острый восходящий пиелонефрит, который выявлен у 62,4% больных и подтвержден клинически и лабораторно. Для купирования воспалительного процесса мы применяли комплексный метод.

С целью создания оттока мочи из мочевого пузыря троакарная эпистомия выполнена 205 больным, среди них было 199 мужчин и 6 женщин; катетеризация мочевого пузыря выполнена 64 мужчинам и 12 женщинам. С целью создания оттока мочи от почки одно- или двустороннее стентирование выполнено у 2 мужчин и у 5 женщин, перкутанная нефростомия — у 15 больных. В основном это больные с прорастанием или сдавлением мочеочечников опухолью. У большинства больных эти операции и манипуляции явились одним из этапов подготовки к радикальным операциям и носили роль санирующих процедур. В последующем ТУР опухоли мочевого пузыря выполнена у 35 больных, ТУР аденомы простаты — у 117, чреспузырная аденомэктомия — у 19.

Антибактериальная терапия включала в себя 2, а в тяжелых случаях — 3 антимикробных препарата, к которым были чувствительны высеваемые из мочи микробы. Чаще всего использовалась группа фторхинолонов (норфлоксацин, цiproфлоксацин, офлоксацин, таваник), группа цефалоспоринов (цефазолин, цефтриаксон и др.) и метронидазол, который, как правило, вводился 3 раза в день капельно.

Для усиления детоксикационной терапии и создания неспецифического иммунитета в комплексном лечении использовали квантовые методы гемотерапии: внутрисосудистое лазерное облучение крови и ультрафиолетовое облучение крови. После проведения квантовой гемотерапии на 2–3 сутки улучшалось общее состояние больных, уменьшалась температура тела, улучшались показатели анализов крови и мочи.

Таким образом, проведенные исследования показали, что у 62,4% больных с обструкцией мочевыводящих путей из посева мочи высеваются микроорганизмы. Предварительная катетеризация мочевого пузыря

увеличивает наличие бактериурии до 85,9%. Наиболее часто встречающимися штаммами микроорганизмов за последние 5 лет в нашей клинике стали неферментирующие грамотрицательные бактерии, стафилококки и грибы. Лечение больных с нарушением оттока мочи, осложненным инфекцией мочевыводящих путей, должно быть комплексным и включать в себя ликвидацию нарушений оттока мочи, рациональную антибактериальную терапию и современные методы детоксикации.

Синдром хронической тазовой боли у больных с андрогенодефицитом

Д. Г. Курбатов, Ю. Я. Кузнецкий, М. И. Петричко

Москва

Известно, что у значительной части мужчин, страдающих хроническим простатитом, имеется дефицит выработки эндогенного тестостерона (Т). В отечественной литературе (Юнда И. Ф., 1978; Тиктинский О. Л., 1991) данный аспект рассматривался неоднократно. В разные годы было установлено, что снижение андрогенного фона наступает у 17–60% пациентов с длительным течением хронических воспалительных заболеваний предстательной железы (ПЖ) за счет нарушения метаболизма половых гормонов. Как правило, эндокринные нарушения являются вторичными и дополнительно приводят к копулятивным и генеративным дисфункциям. Однако андрогенная недостаточность может быть и первичной. Гипогонадизм оказывает негативное влияние на уровень психоэмоциональных расстройств, выраженность астении, вегетативных нарушений, сексуальную функцию и, соответственно, качество жизни пациентов.

В то же время в клинических наблюдениях и на экспериментальных животных установлено, что Т обладает противовоспалительным влиянием на ПЖ. Так, у больных с гипогонадизмом на фоне терапии Т уменьшается уровень провоспалительных цитокинов в крови, а у кастрированных животных воспалительный процесс при хроническом небактериальном простатите блокируется после терапии Т (Harris M., 2000; Malkin C, 2004).

Нами обследованы 48 пациентов с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ) в возрасте от 28 до 50 лет. В 31,2% случаев уровень общего Т был равен или меньше 12 нмоль/л. Этим пациентам проводилась заместительная терапия препаратами Т, среди которых приоритетным был тестостерона ундеканоат «Небидо» (Schering AG). Во всех случаях отмечена положительная динамика, заключающаяся в улучшении профиля боли, уменьшении выраженности психоэмоциональных расстройств, улучшении сексуальной функции и качества жизни пациентов.

Наш первый опыт свидетельствует о целесообразности и перспективности дальнейшего изучения взаимосвязи андрогенодефицита и СХТБ.

Особенности туберкулеза мочеполовых органов в Иркутской области

К. Б. Лелявин, Е. М. Лебедь, Л. В. Михалева

Иркутск

Туберкулез продолжает занимать ведущее место в структуре инфекционной патологии по уровню наносимого социального и экономического ущерба, являясь в последние годы приоритетным направлением профилактики в области. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу в Восточной Сибири превышают республиканские в 1,5 и более раз (Маслаускене Т. П., 2004; Зоркальцева Е. Ю., 2006). Значительный рост остропрогрессирующих форм туберкулеза (Никитина О. И., 2004), высокие показатели смертности в первый год заболевания (Ленский Е. В., Цыганкова Г. Е., 2005) отражают напряженность эпидемиологической ситуации в регионе. Во всех регионах Российской Федерации доля больных мочеполовым туберкулезом среди вновь выявленных больных с внелегочными локализациями занимает первое место и составляет 30–40% (Краснов В. А. и соавт., 2000).

Цель исследования — проанализировать структуру и клинико-эпидемиологические особенности мочеполового туберкулеза по данным Иркутского областного противотуберкулезного диспансера за период с 2001 до 2005 гг.

Заболеваемость внелегочными формами туберкулеза в Иркутской области по ф. 8 (по территории) и ф. 33 (по подчинению) составила: 2001 г. — 3,8 и 3,6; 2002 г. — 4,6 и 4,6; 2003 г. — 3,8 и 3,7; 2004 г. — 3,2 и 3,0; 2005 г. — 3,6 и 3,6 на 100 тыс. населения. В структуре внелегочного туберкулеза туберкулез мочеполовых органов (ТМПО) занимал первое место и его доля составила: в 2001 г. — 1,0%; 2002 г. — 1,1%; 2003 г. — 1,3; 2004 г. — 1,2%; 2005 г. — 1,2%. В клинической структуре больных ТМПО с впервые в жизни установленным диагнозом преобладал туберкулезный папиллит — у 54,5%, туберкулез женских половых органов — у 31,2%, туберкулез паренхимы почек — у 7,2%, кавернозный туберкулез почек — у 5,1%, эпидидимит, простатит — у 2,0%. Результаты исследования показали преобладание женщин (74,2±1,9%) среди лиц, заболевших ТМПО и находившихся на стационарном лечении; наличие значительного числа лиц трудоспособного и экономически продуктивного возраста — 30–59 лет (70,1±2,0%). В социальной структуре преобладали социально незащищенные слои населения (не работающие лица трудоспособного возраста,

студенты, пенсионеры, инвалиды) — они составили $\frac{2}{3}$ пациентов ($66,0 \pm 2,1\%$). Среди женщин наибольший удельный вес составляли пенсионерки ($38,6 \pm 4,2\%$), а среди мужчин — безработные ($36,3 \pm 2,5\%$), что можно объяснить значительно более низкой продолжительностью жизни мужчин. Для большей части обследованных характерен низкий уровень образования: у $\frac{1}{2}$ больных ($51,0 \pm 2,2\%$) он был общим средним, около $\frac{1}{3}$ пациентов ($35,4 \pm 2,1\%$) имели среднее специальное образование. Анализ семейного положения показал, что $\frac{1}{2}$ пациентов ($52,9 \pm 2,2\%$) состояла в браке, как среди мужчин, так и среди женщин.

Таким образом, несмотря на то, что в последние 5 лет наблюдается некоторое снижение заболеваемости ТМПО, состояние проблемы продолжает оставаться крайне тревожным, продолжает возрастать удельный вес больных, выявленных уже с деструктивными формами. Низкая активность профилактической работы по выявлению ТМПО в общей лечебной сети, неудовлетворительное внедрение бактериоскопического метода, требуют дальнейшего решения проблемы.

Оптимизация питания гериатрических больных онкоурологического профиля в период хирургического лечения

Д. И. Маликов, М. В. Кондратьев, А. А. Осинцев

Кемерово

Изучено влияние питания, обогащенного полноценными белками и пищевыми веществами антиоксидантного (АО) действия, на течение послеоперационного периода у 102 больных пожилого и старческого возраста. Цель работы — оптимизация питания больных, направленное на усиление алиментарной защиты в период хирургического стресса.

Среди пациентов, участвовавших в исследовании, 84 были оперированы по поводу злокачественных новообразований мочеполовой системы, 18 — гиперплазии предстательной железы. Основную группу больных (61 человек) составили лица, получавшие в период хирургического лечения белковый коктейль «Витамакс» (производитель — ООО «Современные технологии», Москва) и БАД «Персифен» (ООО «Артлайф», Томск). С этими продуктами больные основной группы получали дополнительно к обычному рациону 30 г смеси сывороточного и соевого белков, а также витамины группы В, С, Е, α -каротин, микроэлементы (марганец, цинк, селен) в физиологических дозах. Контрольная группа (41 больной) находилась на обычном рационе согласно лечебным столам. Забор крови осуществлялся перед операцией, на 5-е, 10-е и 15-е сутки послеоперационного периода; определялись концентрации альбумина, церулоплазмينا, активность супероксиддисмутазы (СОД), каталазы в плазме.

В контрольной группе выявлено достоверное снижение концентрации альбумина к 15-м суткам: с $38,3 \pm 3,4$ г/л до $28,0 \pm 3,5$ г/л (при $p < 0,05$). В основной группе больных достоверного уменьшения концентрации альбумина не произошло ($40,4 \pm 2,6$ г/л и $34,8 \pm 2,4$ г/л соответственно), при этом на 15-е сутки после операции концентрация альбумина у больных основной группы оказалась в среднем на 24,3% выше, чем в контрольной. На 10-е сутки активность каталазы в основной группе повысилась на 28,1% от исходного уровня, в контрольной — только на 5,1%. К 15-м суткам активность каталазы у больных основной группы ($28,2 \pm 3,5$ усл. ед.) оказалась достоверно выше, чем контрольной ($17,5 \pm 3,7$ усл. ед.) при $p < 0,05$. Аналогичные тенденции отмечены в изменении активности СОД: на 15-е сутки послеоперационного периода у больных основной группы она составила $19,8 \pm 3,4$ усл. ед, контрольной — $14,7 \pm 2,9$ усл. ед. Воспалительные изменения в основной группе были менее выраженными: так, концентрация церулоплазмينا на 15-е сутки после операции составила $271,6 \pm 42,9$ мг/л у больных основной группы, $345,7 \pm 60,7$ мг/л — контрольной.

Таким образом, в условиях урологического стационара обогащение пищевого рациона больных дополнительным количеством полноценного белка и микронутриентами АО-действия позволяет стабилизировать содержание альбумина в плазме, активизировать ферментное звено АО защиты организма, уменьшить активность воспалительных реакций в раннем послеоперационном периоде.

Возможности и перспективы лечения эректильной дисфункции аппаратом АБТУ-01 «Андро-Мед»

А. В. Марков

Москва

Эректильная дисфункция (ЭД) является важной социальной и медицинской проблемой во всем мире. По данным ВОЗ, в возрасте 40–50 лет ЭД выявляется у 40% мужчин, в возрасте 50–60 лет — практически у половины обследованных (48–57%), а в старшей возрастной группе этим расстройством страдают 70% мужчин (WHO: World Health Report. Geneva. 1998). По прогнозам I. Aytas и соавт. (2000), к 2025 г. ЭД будут страдать более 300 млн мужчин.

Вакуум-констрикторные устройства наряду с пероральной медикаментозной терапией относятся к первой линии лечения ЭД (Guidelines on erectile dysfunction. EAU). Показаниями к применению вакуумных устройств считают наличие противопоказаний к лекарственной терапии или ее неэффективность, а также предпочтения пациента (Recommendations of the 1st International Consultation on Erectile Dysfunction, 2000).

Эффективность метода составляет 40–50%, частота осложнений (подкожные кровоизлияния, болевой синдром) – 5%.

В нашем исследовании была проведена оценка клинической эффективности и безопасности применения баротерапевтического комплекса АБТУ-01 «Андро-Мед» у пациентов с ЭД разной этиологии. Проведено лечение 26 человек, из них мужчин в возрасте 30–65 лет с ЭД – 21 человек; мужчин в возрасте 56–67 лет, перенесшие оперативное лечение в объеме радикальной простатэктомии по поводу рака предстательной железы, имеющие тяжелую степень эректильной дисфункции как основное осложнение данной операции, – 5 человек. Курс терапии состоял из 13–15 процедур. После проведенной терапии эректильная функция восстановилась у 10 (47,6%) пациентов из 21 и значительно улучшилась у 6 (28,5%). У пациентов после радикальной простатэктомии использование аппарата АБТУ-01 «Андро-Мед» являлось дополнением к пероральной фармакотерапии ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа, которая являлась базовой. До применения аппарата АБТУ-01 «Андро-Мед» фармакологическая терапия у 3 из 5 пациентов была неэффективна. У двух пациентов, оперированных по методике сохранения сосудисто-нервных пучков, отмечалась умеренная эффективность пероральной фармакотерапии. После курса лечения оба пациента отметили значительное улучшение эректильной функции. Остальные три пациента на фоне лечения отметили появление эпизодических спонтанных эрекций, однако в целом эректильная функция у них оставалась неудовлетворительной.

Таким образом, наш небольшой опыт применения АБТУ-01 «Андро-Мед» показал хорошую эффективность этого комплекса при лечении ЭД различной этиологии. Отдельным перспективным направлением использования прибора является реабилитация пациентов и коррекция их эректильной функции после проведения масштабных хирургических вмешательств на органах малого таза. Осложнений в процессе лечения на аппарате АБТУ-01 «Андро-Мед» не отмечено.

Влияние строения чашечно-лоханочной системы на образование камней чашечек у детей

Я. С. Наджимитдинов

Ташкент

Уролитиаз – частое заболевание, поражающее 2–3% населения различного возраста, в том числе детей. Метаболические и анатомические аномалии составляют два наиболее значительных причинных фактора при камнеобразовании. Влияние анатомии чашечно-лоханочной системы на образование камней до настоящего времени изучено недостаточно. Ес-

ли предположить, что все факторы риска влияют на образование камней в обеих почках одинаково, то наличие камня в отдельной чашечке необходимо объяснить. С этой точки зрения определенную роль могут играть особенности анатомии ЧЛС. Целью нашего исследования было изучение влияния особенностей анатомического строения ЧЛС на возникновение камней у детей с единичными камнями верхних чашечек.

Ретроспективно за период с 2001 по 2006 гг. были изучены результаты внутривенной экскреторной урографии пациентов до 15 лет с единичными камнями верхних чашечек. При анализе данных обследования были исключены больные с обструкцией лоханочно-мочеточникового и уретерovesикального сегмента, аномалиями мочевыделительной системы, метаболическими нарушениям, рецидивными и множественными камнями. Анализ рентгенограмм проведен у 24 пациентов (14 мальчиков и 10 девочек). В группу сравнения были включены 42 здоровых ребенка. Измеряли шеечно-лоханочный угол верхнего полюса (ШЛУ), длину шейки чашечки (ДШЧ) и ее ширину (ШШЧ), чашечно-лоханочный объем почек имеющих камень и контрлатеральной нормальной, здоровых детей.

Средний размер камня составил 1,3 см (от 1,0 до 1,6 см). Было обнаружено, что у пациентов с наличием камня в верхней чашечке длина ее шейки составляет в среднем $4,7 \pm 0,3$ см, а у пациентов, у которых камень отсутствует, — $4,3 \pm 0,2$ см. Площадь ЧЛС за счет расширения чашечки с камнем, расположенным в ее шейке и создающим обструкцию, была больше у больных с мочекаменной болезнью. Ширина шейки чашечки была меньше у больных с камнями, однако различия оказались незначительными. Показатели шеечно-лоханочного угла у больных и в контрольной группе были в одинаковых пределах.

Объяснить причину возникновения камней верхних чашечек анатомическими особенностями весьма сложно, и использованные для этого параметры строения ЧЛС (ШЛУ, ДШЧ, ШШЧ), возможно, не являются значительным фактором риска у данной группы пациентов. Однако эти показатели могут сыграть определенную роль при подготовке больных к оперативным вмешательствам.

Причины неэффективности диспансеризации пациентов при нефролитиазе

Т. Н. Назаров

Санкт-Петербург

Мочекаменная болезнь (нефролитиаз) продолжает оставаться важной медико-социальной проблемой. Уровень инвалидизации больных достаточно высок, несмотря на появление новых методов диагностики

и лечения. К сожалению, в большинстве случаев после удаления камней больных выписывают с заключением «здоров», и дальнейшая судьба их неизвестна. Следует еще раз напомнить, что обычно камень в почках и мочевых путях рассматривают как клиническое проявление болезни, хотя сама причина МКБ в организме появляется гораздо раньше (иногда до 25 лет). По нашему мнению, профилактические осмотры и диспансеризация больных МКБ могут решить вопрос о ранней диагностике, лечении и снижении уровня инвалидизации.

Совместно с несколькими поликлиниками города нами проанализированы результаты диспансерного наблюдения 200 больных с разными клиническими формами нефролитиаза. Возраст пациентов составлял от 28 до 62 лет, мужчин было 87, женщин — 113. Диспансерное наблюдение длительностью от 1 до 3 лет проводилось у 200 человек, 4–6 лет — у 146, 7–10 лет — у 69 и более 10 лет — у 23.

В период наблюдения у большинства больных неоднократно различными методами были удалены камни: однократно — у 115 (57,5%), 2 раза — у 79 (39,5%), 3 и больше раз — у 35 (17,5%).

По диспансерному назначению урологический кабинет регулярно (2–4 раз в год) посещали 127 пациентов (63,5%) и только 17 (8,5%) не придерживались назначений. Все пациенты получали противорецидивное профилактическое лечение нефролитиаза и сопутствующего хронического калькулезного пиелонефрита, в зависимости от результатов клинико-биохимических анализов мочи и крови (минералограмм), состава камней и посева мочи. В профилактическое противорецидивное лечение включали физиотерапию, соответствующую диету, регуляцию pH мочи, повышение количества потребляемой жидкости, лечение хронического калькулезного пиелонефрита.

Несмотря на проводимую диспансеризацию, результаты ретроспективного анализа показали недостаточную эффективность профилактических мер. Диету соблюдали 107 (53,5%) больных, продолжительную физиотерапию проводили 59 (29,5%), увеличение количества потребляемой жидкости — 89 (45,5%); медикаментозную противорецидивную профилактику разных форм нефролитиаза целенаправленно проводили только 77 (38,5%) пациентов.

Таким образом, полученные результаты в определенной степени указывают на одну из причин рецидивов нефролитиаза — несоблюдение профилактических мер, назначаемых при диспансеризации пациентов. Улучшения профилактического лечения можно добиться путем тесного контакта пациента с медперсоналом, точного указания профилактических мер, ведения календарной таблицы самоконтроля проводимого лечения.

Особенности дифференциальной диагностики при кистозных образованиях почек

К. Г. Нотов, И. Г. Уфинцева

Новосибирск

Наиболее часто встречающиеся кистозные заболевания почек — это простая киста почки и аутосомно-доминантный поликистоз почек. При диагностике этих заболеваний возникают определенные сложности как в дифференциальной диагностике между простыми кистами и поликистозом, так иногда и между кистозными заболеваниями и опухолью почки. Нельзя забывать, что кисты почек могут осложниться малигнизацией, и, наоборот, опухоли почек могут сочетаться с образованием кист.

Диагностика кистозных и опухолевых образований почек основана на ультразвуковом исследовании почек и компьютерной томографии (рентгеновской компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии). При этом определяются размеры образований, их локализация, форма, взаимоотношения с почкой, окружающими органами и тканями. Одними из наиболее важных показателей, которые оцениваются при этих исследованиях, являются плотность и структура содержимого образования, а также характер накопления контраста образованием после внутривенного контрастирования. При плотности, соответствующей плотности ткани, предполагается опухолевый характер образования, устанавливается диагноз «опухоль почки», что в дальнейшем определяет тактику ведения больного. Эта тактика в большинстве случаев активная, заключается в хирургической ревизии почки, интраоперационной биопсии, проведении нефрэктомии или резекции почки. При кистах почки плотность содержимого соответствует плотности жидкости, что и помогает поставить правильный диагноз. Однако отмечается, что при изменении плотности и структуры жидкостного содержимого кисты, что происходит при кровоизлиянии в полость кисты, нагноении кисты, при оценке данных УЗИ и КТ возникает ошибочное впечатление о тканевом характере образования. Проводится операция, во время которой выявляется киста почки с густым геморрагическим содержимым. У всех прооперированных нами больных с аутосомно-доминантным поликистозом почек часть иссеченных кист имела геморрагическое содержимое. В зависимости от давности кровоизлияния это была густая жидкость различных оттенков, от желтого до коричневого. Кровоизлияния в полость кист при простых кистах встречаются относительно редко, а при поликистозе это весьма характерное проявление заболевания, что подтверждается нашими данными. Поэтому именно при поликистозе возможно наибольшее количество диагностических ошибок в дифференциальной

диагностике с опухолевыми поражениями, что необходимо учитывать при интерпретации данных.

Избежать неоправданных операций или неоправданно травматичных доступов в данном случае удастся за счет проведения чрескожной пункционной биопсии, лапароскопической ревизии почки, применения минидоступа (набор «мини-ассистент»). При оценке результатов компьютерной томографии мы применяли внутривенное контрастирование с последующей оценкой контрастирования образования и его структуры, что в большинстве случаев (80%) позволило установить точный диагноз.

Предварительные результаты исследования распространенности заболеваний предстательной железы среди сотрудников крупного промышленного предприятия г. Казани (по результатам специализированного урологического осмотра)

И.Р. Нуриев, И.М.Каримов, Н. И. Нуриев

Казань

По данным Госкомстата, в Российской Федерации происходит увеличение распространенности заболеваний мочеполовой системы. Так, если в начале 1990-х гг. доля данного класса болезней от общей заболеваемости населения России составляла 4,5%, то к 2006 г. в среднем она превысила 8%. Наибольшее увеличение показателя наблюдалось при заболеваниях предстательной железы — 9,4%.

Силами клиники было проведено обследование 360 мужчин промышленного предприятия г. Казани в возрасте 20–65 лет. Обследование включало анкетирование, клинический осмотр наружных половых органов, ректальное пальцевое исследование, клиническое исследование мочи и секрета предстательной железы, анализ крови на простатспецифический антиген (ПСА), трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы (ТрУЗИ), консультации уролога и онколога. Получены следующие предварительные результаты.

Уровень ПСА (онкомаркер) оказался выше нормы у 11,5% обследованных, в том числе в возрастной группе от 20 до 34 лет высокий уровень ПСА был выявлен у 5,9%; в группе от 35 до 54 — у 50%, среди работников старше 54 лет — у 44,1%. При проведении ТрУЗИ увеличение объема предстательной железы более 20 см³ выявлено у 72% обследованных. В первой группе их число составило 7,7%, во второй — 76,3%, в третьей — 16%. У 38% обследованных было выявлено наличие воспалительно-го процесса в предстательной железе, по группам их количество составило 14,2; 70,0 и 15,8% соответственно. Таким образом, полученные результаты показали высокую распространенность заболеваний мочеполовой

сферы (в частности, предстательной железы) среди работников промышленного предприятия.

Эффективность и качество медицинских осмотров напрямую зависят от объема применения высокотехнологичных методов обследования. Результаты обследования экономически активного мужского населения показали необходимость проведения регулярных урологических профилактических осмотров с организацией дальнейших лечебно-профилактических мероприятий.

Острая уратная нефропатия: диагностика, лечение, профилактика осложнений

З. А. Павловская, И. В. Кульга, С. В. Павловский, В. И. Москов, Н. Н. Цветкова
Красноярск

Острая уратная нефропатия (ОУН) чаще всего наблюдается при применении химиотерапевтических препаратов у больных с миелопролиферативными или лимфопролиферативными заболеваниями. В результате специфического лечения данной патологии происходит быстрое разрушение злокачественной ткани. Из нуклеиновых кислот клеток, подвергшихся лизису, образуется большое количество мочевой кислоты (МК) — развивается вторичная гиперурикемия (ВГУ). Ее мишенью являются канальцы и интерстиций почки. Естественно, в условиях массивной имбибиции почечной паренхимы МК повышается выделение ее почками. На этом фоне нередко возникает острый метаболический некроз канальцев, наблюдается диффузное выпадение в их просвет кристаллов МК. Развитие вторичной воспалительной реакции в ответ на имбибицию почечной паренхимы кристаллами МК ухудшает отток мочи по внутривнутрипочечным мочевым путям, тем самым усиливается внутриорганная обструкция, которая может возникать в любом участке почки. Таким образом, в условиях острой уратной нефропатии развитие острой почечной недостаточности (ОПН) имеет многофакторный характер. Актуальность проблемы связана с тем, что вторичная гиперурикемия (ВГУ), обусловленная нарушением обмена нуклеиновых кислот, нередко наблюдается при многих заболеваниях: миеломной болезни, вторичной полицитемии, пернициозной анемии, гемоглобинопатиях, талассемии, инфекционном мононуклеозе. Иногда она регистрируется при псориазе, саркоидозе, микседеме.

В современных условиях поставить диагноз внутривнутрипочечной обтурационной острой недостаточности (ВПОН) трудно даже при использовании широко распространенных инструментальных и лучевых методов исследований. Обычно диагноз ставят, если выявляют условия, способствующие развитию ВГУ и выпадению в осадок кристаллов МК. У 2 боль-

ных мы наблюдали развитие ВПОН на фоне стандартной химиотерапии, проводимой у одного больного по поводу острого миелобластного лейкоза, у второго — по поводу острого лимфолейкоза. Ранее мужчины урологической патологией не страдали. При поступлении на фоне анемии тяжелой степени у них наблюдалась выраженная тромбоцитопения, высокие показатели СОЭ, но уровень креатинина, мочевины, концентрация мочевой кислоты в сыворотке крови были нормальными. В анализах мочи патологии не определялось.

Два курса специфической химиотерапии пациенты переносили удовлетворительно, получая дополнительно профилактические дозы аллопуринола и детоксикационную терапию. У больного с острым миелобластным лейкозом на 2-й день лечения наблюдалось умеренное повышение концентрации МК в сыворотке крови — до 674 ммоль/л. После 3-го сеанса у больных появлялось чувство страха, нарушался сон, ухудшалось самочувствие, общее состояние, усиливался гастроинтестинальный синдром, снижался диурез, моча приобретала красноватый цвет. При объективном обследовании состояние больных было тяжелым, отмечалась выраженная бледность кожных покровов, олигурия: за сутки — менее 500 мл темной мочи, содержащей большое количество эритроцитов. Определялась выраженная азотемия, концентрация мочевой кислоты в сыворотке крови увеличивалась до 1 300–1 800 ммоль/л. Почки не пальпировались, симптом XII ребра был отрицательным с обеих сторон. По данным УЗИ обнаружено умеренное увеличение размеров почек, отсутствие четких изменений в их паренхиме (ее толщина не превышала 1,5 см), сохранялась четкость дифференциации «паренхима почки — почечный синус». Наблюдалась умеренная эктазия верхних мочевых путей: чашечек диаметром до 1,5–1,8 см, лоханок — до 3,1–4,0 см, верхней трети мочеточников — до 0,8–1,2 см. На этом фоне выявлялись мелкие конкременты в чашечках, нижней трети мочеточников. Диагностирована острая обтурационная почечная недостаточность.

Проводимая инфузионная и спазмолитическая терапия оказалась неэффективной. Попытка ликвидации острой постренальной анурии путем двусторонней катетеризации лоханок не удалась из-за наличия слепков уратных солей в просвете интрамуральных отделов и устьев мочеточников. На фоне выраженной тромбоцитопении после катетеризационной цистоскопии наблюдалось выраженное пузырное кровотечение, остановленное консервативными мероприятиями. С учетом отсутствия диуретической реакции в ответ на внутривенное введение фуросемида у больных заподозрена обструктивная острая внутрипочечная недостаточность, развившаяся на фоне острой уратной нефропатии. В связи с этим пациентам был проведен гемодиализ. Практически на 2-е сутки у боль-

ного лимфолейкозом восстановился самостоятельный диурез, прогрессивно увеличивающийся в последующие дни. У второго мужчины улучшение наступило после дополнительного сеанса гемодиализа. На фоне восстановленного диуреза пациентам проводилась детоксикационная, антибактериальная терапия, назначался прием аллопуринола. Несмотря на возникшую полиурию, у больных не наблюдалось прогрессирования постренальных уродинамических нарушений, отмечено быстрое уменьшение диаметра мочеточника, более постепенное — объема чашечно-лоханочной системы. Врачи-сонологи при ультразвуковом мониторинге констатировали инкрустацию солями мочевой кислоты мелких сгустков крови в мочевом пузыре. К 5–7-му дню после гемодиализа концентрация мочевой кислоты достигала нормальных показателей, азотемия же уменьшалась медленнее.

Таким образом, на фоне применения химиотерапевтических препаратов у больных миелопролиферативными или лимфопролиферативными заболеваниями развивающаяся острая уратная нефропатия может привести к острой обструкции внутрипочечных мочевыводящих структур. Форсирование диуреза в этих условиях способствует присоединению внепочечного компонента обструкции. С учетом многофакторного характера обструктивной ОПН при этом состоянии показано раннее использование гемодиализа, позволяющего быстро ликвидировать как острую уратную нефропатию, так и обструкцию внутри- и внепочечных мочевых путей и вывести больных из этого тяжелого состояния.

Внутрибольничные инфекции мочевых путей в урологических стационарах

Т. С. Перепанова

Москва

Внутрибольничные (госпитальные) инфекции (ВБИ) мочевых путей (ГИМП) занимают первое место в мире среди всех видов внутрибольничных инфекций. По данным прежних исследований, основанных на данных из отделений реанимации и интенсивной помощи, ВБИ мочевых путей составляла 40% среди всех видов ВБИ. В 2003 и 2004 гг. были проведены паневропейское (PER) и паневроазиатское (PEAP) исследования, в которых впервые были собраны данные о распространенности ГИМИ в урологических стационарах. В этих исследованиях приняли участие 8 российских клиник, в том числе урологическая больница № 47 г. Москвы и клиники института урологии. По данным PER и PEAP, распространенность ГМП в урологических стационарах составила: в PER — 10%, в PEAP — 14%, при комбинированном анализе — в 11% (528 случаев у 4 664

госпитализированных больных). В данных исследованиях (2003 и 2004 гг.) приняли участие 152 больницы из разных стран, в том числе 8 из России. ФГУ НИИ урологии Росздрава и 47 ГКУБ также приняли участие в обоих исследованиях. Среди 6 033 опрошенных пациентов выявлено 727 больных с ГИМП.

Из факторов риска наибольшее значение имеет установка уретрального катетера (74% случаев), длительность катетеризации (6–11 дней), обструкция мочевых путей (49%), предшествующие ИМП (44%), госпитализация в предшествующие 6 месяцев (45%) и наличие камней в мочевых путях (20%). Операциями, наиболее часто приводящими к контаминации, являются так называемые «чистые» и «чисто-контаминированные», как эндоскопические и лапароскопические, так и перкутанные и открытые. Наиболее частыми клиническими проявлениями ГИМП были: асимптоматическая бактериурия (29%), цистит (26%), пиелонефрит (21%), уросепсис (12%); другие проявления составляли 12%. При анализе результатов РЕР-и РЕАР-исследований по странам отмечено, что в России недооценивается тяжесть состояния (не диагностируется уросепсис) у больных с пиелонефритом. Назначение антибиотиков часто осуществляется лишь при предполагаемой ИМП или при асимптоматической бактериурии с минимальными клиническими проявлениями; антибиотики редко назначают перед операциями для профилактики инфекционно-воспалительных осложнений. Возможно, это связано с различиями в интерпретации определений или в методике взятия крови на культуральные исследования. В любом случае необходима гармонизация определений и методик.

Диагностика и лечение климактерического синдрома у мужчин

П. П. Салов, И. В. Салова

Томск, Новосибирск

Под нашим наблюдением в последние 10 лет в различных регионах Сибири находились около 1 000 мужчин с импотенцией различного генеза. Большинство из них были среднего и пожилого возраста и страдали ожирением. Помощь больным с климаксом направлена на выявление и лечение сосудистой и эндокринной патологии, мочеполовых органов, которые поражаются одними из первых.

Определялся гормональный фон: ЛГ, ФСГ, пролактин, общий и активный тестостерон, дигидроэпиандростерона сульфат, эстрадиол, ПСА. С помощью таблиц выявляли наличие климакса и андропаузы. Проводили реографию полового члена, простаты, яичек и компрессионную эндотелиальную пробу. Измеряли тонус интимных мышц (ЭМГ) тазового дна и простаты, бульбо-кавернозный, анальный, оргастический рефлекс и

электрочувствительность зоны Циммермана (простаты), головки полового члена и срамного нерва. Параллельно проводилось УЗИ – уродинамическое исследование мочевой системы. Синдром нижних мочевых путей у 70% мужчин сочетался с половыми дисфункциями. Ведущей жалобой были половые расстройства. Для диагностики степени ожирения, с помощью прибора-«жирометра» «Омрон» определяли процент жира и индекс массы тела мужчины. Измеряли степень абдоминального ожирения (окружность талии более 94 см) и контролировали его в динамике.

Гормональное лечение проводили *ex juvantibus* от 1 до 3 месяцев, контролируя его по таблицам. Для этого использовали «триплекс-тест» и «терапию крючка или запуска» половой функции по Тиктинскому. Есть прямая взаимосвязь между рецепторными клетками носовой перегородки (vomer), идентифицирующими феромоны, и гипоталамусом, которая нарушается при травме носа и хроническом воспалении, что отражается на потенции пациента. В данном случае мы проводили местную лазеротерапию и ультразвуковой фонофорез с гидрокортизоном на vomer, что способствовало улучшению половой активности. Использовали общую и местную гормонотерапию с Т: введение хорионического гонадотропина в паховый канал, Андриол, Омнадрен 250, Небидо и мастурбационный массаж с гелем Т, фонофорез с тестостероном на половой член.

Общепринятые массивные дозы Т (от 250 до 1 000 мг) позволяли преодолеть оптимальный (на данный момент времени) уровень гормональной чувствительности и барьер неизвестной резистентности андрогенных рецепторов зависимых органов и получить на новом уровне гормонов эффект сексуального возбуждения, либидо, эрекции, эякуляции и оргазма. Дополнительно использовались массаж яичек, тренинг интимных мышц и мио-биореабилитация, ЛОД и жесткий ЛОД, реваскуляризация и рео-биореабилитация. Для активизации выработки тестостерона в мышцах рекомендуем активную физическую нагрузку: длительную ходьбу (джойдинг), бег трусцой, атлетическую гимнастику. Все это позволяет восстановить половую и другие функции у мужчины, резко повысить качество его жизни и предупредить грозные осложнения эндотелиального и метаболического синдромов.

Значение половых гормонов в характере мочеиспускания.

П. П. Салов, И. В. Салова

Томск, Новосибирск

Наш опыт основывается на исследовании более 30 000 детей и взрослых в популяции, из них около 3 000 детей с энурезом и более 1 000 мужчин с импотенцией (в возрасте от 20 до 92 лет), которые исследованы с

помощью урофлоуметрии + УЗИ и др. в различных регионах России. Имеется прямая связь мочеиспускания с уровнем половых гормонов как у детей, так и у мужчин и женщин. При этом у 60% мужчин было отмечено затрудненное мочеиспускание, а у 40% — стремительное или нормальное мочеиспускание.

Имеется прямая взаимосвязь мочеиспускания от уровня половых гормонов. При этом недостаток андрогенов у мужчин проявляется вялой струей мочи, а избыток эстрогенов — стремительным мочеиспусканием (по женскому типу) и гиперрефлексией. Хотя в начале заболевания избыток эстрогенов у мужчин зрелого возраста за счет перераздражения треугольника Льео и простаты может сопровождаться гиперрефлексией (частым мочеиспусканием малого объема, с императивными позывами). Интересно, что при синдроме хронической тазовой боли (простатит) у мужчин часто отмечается снижение мужских и повышение уровня женских половых гормонов. Сопоставление гормонального фона мужчины (тестостерон, активный тестостерон, эстрадиол и соотношение между ними), уродинамики и чувствительности рецепторов подтверждают это.

Начало половой жизни у юношей и активизация половой функции у мужчин в результате лечения (ГЗТ, хорионический гонадотропин, фонофорез тестостерона, ЛОД, нейромодуляция и др.) сопровождается увеличением уровня андрогенов и приводит к нормализации мочеиспускания и половой функции.

Роль факторов апоптоза и пролиферации в прогнозе рака почки

А. В. Серегин, Н. А. Шустницкий, К. Ю. Кашинцев, В. А. Енгай, В. В. Мовсеян

Москва

Заболеваемость раком почки непрерывно увеличивается. Течение рака почки непредсказуемо. Около 50% пациентов в конечном счете имеют метастазы. Медикаментозное лечение распространенного рака почки малоэффективно. В настоящее время в качестве прогностических факторов используются стадия опухоли, ее размер, наличие отдаленных метастазов, поражение лимфатических узлов, степень дифференцировки опухолевых клеток, соматический статус пациентов, а также ряд гематологических показателей. Кроме того, в последнее время интерес вызывает прогностическая ценность некоторых молекулярных маркеров, таких как белок p53, белки семейства BCL-2, карбоангидраза IX, показатели пролиферативной активности клеток и т. д.

Цель работы — определение прогностической значимости факторов апоптоза и пролиферации при проведении иммунотерапии пациентам,

страдающим раком почки, в группах высокого риска и метастатического поражения.

В исследование на данный момент включены 18 человек, из них 8 страдают местно-распространенным раком почки (T3, N+), 10 – метастатическим (M+). Экспрессия P53, CD 95, BCL-2, BCL-X, BAX, BAK, PCNA и HER2/neu определялась иммуногистохимическим методом с использованием моноклональных антител производства фирмы «ДАКО» (Дания). Всем больным проводилась иммунотерапия препаратом «Роферон» в дозе 6 млн. ед. подкожно 10 раз в месяц.

Распределение экспрессии изучаемых маркеров было следующим.

Группна	CD95, %			P53, %		BCL-2, %			BCL-X, %		BAX, %			BAK, %		PCNA, %			HER2/ neu, %	
	–	1+	2+	–	+	–	1+	2+	–	1+	–	1+	2+	–	+	1+	2+	3+	–	+
T3, N+	12,5	62,5	25	100		75	12,5	12,5	75	25	62,5	12,5	25	50	50		37,5	62,5	87,5	12,5
M+	20	60	20	50	50	50	50		100		70	30		30	70	30	30	40	90	10

Обозначения: «–» – нет экспрессии, «+» – слабая экспрессия, «2+» – умеренная экспрессия, «3+» – выраженная экспрессия

Достоверные отличия в исследуемых группах пациентов наблюдаются по экспрессии белка p53 ($p < 0,05$). Получены предварительные результаты, свидетельствующие о наличии корреляции между степенью апоптотической и пролиферативной активности и результатами проводимой иммунотерапии, что диктует необходимость продолжать исследования.

Подпузырный лигатурный абсцесс

И. Э. Сибуль

Барнаул

Больная С., 54 лет, поступала в урологическое отделение ГБ № 11 для планового обследования с клиникой длительной бессимптомной лейкоцитурии и направительным диагнозом «единственная правая почка, хронический пиелонефрит, латентное течение». В анамнезе – нефрэктомия слева 5 лет назад по поводу коралловидного нефролитиаза и ампутация матки по поводу быстрорастущей миомы год назад. После ампутации матки в раннем послеоперационном периоде отмечала эпизод дизурических расстройств в течение недели. В дальнейшем при сдаче анализов мочи в динамике определялась стойкая лейкоцитурия. Неоднократные курсы антибактериальной терапии и инстилляций в мочевого пузырь, проводимые амбулаторно, были неэффективны.

При проведении урографии (обзорной и экскреторной) и УЗИ почек патологии не выявлено. Цистоскопически над треугольником Льюто определяется участок гиперемированной слизистой с крупнобуллезным отеком до 2 см в диаметре, значительно выступающий над поверхностью. С учетом образования пузыря и анамнестической связи с гинекологической операцией заподозрен ятрогенный характер изменений (лигатура?). Решено провести ТУР образования. Под внутривенным наркозом однократным срезом выполнена трансуретральная резекция воспалительной опухоли (подтверждена гистологически), после чего открылось отверстие с обильным гнойным отделяемым. При ревизии уретероскопом — короткая фистула идет под пузырь и сообщается с полостью до 4 см в диаметре, на дне которой определяются 5 шелковых лигатур с узлами. Лигатуры удалены щипцами, полость промыта антисептиками, фистульный ход расширен. В связи с широким сообщением с пузырем дренирование полости не проводилось. Больная выписана на 5-й день после операции.

Контрольный осмотр через 3 месяца: общий анализ мочи не изменен, при проведении цистоскопии патологии не обнаружено. Ретроспективно предположено, что во время ампутации матки была прошита стенка мочевого пузыря с формированием в дальнейшем лигатурного абсцесса с фистулой в пузырную полость.

Баланопостит сегодня: его собенности

М. А. Уйманова, О. К. Яценко

Кемерово

Баланопостит, воспаление кожи головки полового члена и внутренней поверхности крайней плоти, — довольно распространенное заболевание (Khoo et Cheong, 2003 г.). Установлено, что баланопостит имеет полимикробную этиологию, но в ряде случаев может быть обусловлен моноинфекцией (например, гемолитическим стафилококком). В подавляющем большинстве случаев инфекция попадает на головку полового члена при половом акте. Травматизации слизистой крайней плоти и головки способствует жесткие лобковые волосы женщины при отсутствии гигиенического ухода за гениталиями. Пирсинг, тем более в половых губах у женщины, как и вся демонстративная обнаженность, напоминают о символах бесстыдства, описанных еще у Гете («Фауст», «Вальпургиева ночь»).

Нами обследованы 467 мужчин с проявлениями баланопостита. У 136 (29,1%) мужчин среднего возраста воспалительному процессу предшествовала травма пирсингами при интенсивно либидонозном контакте с молоденькими партнерами. Дерматозы половых органов диагности-

рованы у 215 человек (46%): у 67 (31%) — пенальные папулы, у 16 (7,4%) — гиперплазия сальных желез с их воспалением, у 32 (14,8%) — тизоновых желез с признаками воспаления, у 13 (6%) на фоне пениального меланоза — поверхностное воспаление окружающих тканей. У 252 (54%) обнаружены следующие патологические состояния: посттравматические язвы — у 30 (11,9%), кандидозы — у 120 (48%), экземы — у 83 (32,9%), фурункулез — у 19 (7,5%). У 81 пациента (32%) были поверхностные рассечения слизистой крайней плоти и головки полового члена, которые обратившиеся объясняли «пышностью волосяного покрова» вульвы у их темпераментных партнерш.

У обследованных больных можно выделить типичные инфекционные воспаления, а также условно связанные с активной микрофлорой. Признаки баланопостита (исключив венерические заболевания) необходимо дифференцировать с красным плоским лишаем, пузырчаткой, болезнью Бехчета, то есть случаями, когда дерматозы способствуют развитию дерматита. Клиническая картина патологического процесса проявляется дискомфортом, зудом, жжением в области головки полового члена, отеком крайней плоти. При наличии клинической картины воспаления в области *glans penis* признаки уретрита отсутствуют. При баланопостите (инфекционном, бактериальном, аллергическом, посттравматическом и т. д.) показано обследование на скрытые формы диабета, нарушения обменных процессов, заболевания крови, соединительной ткани, изучение иммунного профиля больного. Прежде чем принять решение о хирургическом вмешательстве (*circumcisio*), уролог обязан проконсультировать больного у дерматолога.

Нами отслежен случай ущемления головки полового члена дебютанта — юноши с конусовидной головкой полового члена, который попал в кольцевой пирсинг, вставленный в левую половую губу у 34-летней женщины, решившей научить юнца «искусству любви». Проблема разрешалась бригадой врачей на дому, поскольку ушедшее в отеки половых органов партнеров инородное тело невозможно было изначально пальпаторно определить. Ущемляющее кольцо рассечено с помощью аппарата с дистанционным фиксирующим излучением на твердые металлы, применяемого в современной российской военной технике.

Следовательно, психогигиена половых отношений, гигиена половых органов остается и всегда будет служить профилактикой воспалительных, равно как и других заболеваний наружных и внутренних гениталий у мужчин и женщин. Часто этиология баланопостита остается в рамках идиопатического состояния, поскольку этиология основного заболевания неизвестна, а взаимоотношения мужчины и женщины остаются интимными.

Качество жизни больных локализованным раком предстательной железы в зависимости от вида проводимой терапии

Н. А. Хурсевич, В. Р. Латыпов, Е. М. Слонимская

Томск

Цель настоящей работы — сравнительный анализ качества жизни больных локализованным раком предстательной железы (РПЖ) в зависимости от вида терапии: радикальной простатэктомии и дистанционной лучевой терапии.

В исследование включены 62 пациента с локализованным РПЖ в возрасте 42–72 лет (ср. $64 \pm 3,5$ года): исследуемая группа — 34 пациента, которым была выполнена позадилодная радикальная простатэктомия с сохранением шейки мочевого пузыря, контрольная — 28 пациентов, которым по поводу основного заболевания была проведена ДЛТ на область простаты в СОД = 68 Гр. Оценку качества жизни проводили с помощью протокола EORTS QLQ-30, IPSS и QOL. Урофлоурометрия проводилась по стандартной методике.

Показатели общего статуса здоровья снижались через 1 месяц после оперативного лечения, при этом через 12 месяцев уровень КЖ оценивался как высокий. Средний балл по IPSS до начала лечения составил $22 \pm 4,7$, а для QOL — $3,5 \pm 0,5$. Через 3 месяца после РПЭ уровень значений IPSS составил $18,4 \pm 5,1$ и был ниже, чем у больных после ДЛТ. Через 12 месяцев после окончания лечения различий между группами практически не отмечалось ($p > 0,05$). По данным урофлоурометрии через 3 месяца после операции значения $Q_{\max}$ были выше в исследуемой группе, но уже к 12-му месяцу после оперативного лечения они практически не отличались от контроля. Таким образом, выполнение РПЭ у больных с локализованными формами РПЖ не ухудшает качества жизни пациентов и одновременно обеспечивает проведение радикального лечения и улучшает прогноз заболевания.

Мужское бесплодие — проблема междисциплинарная

Р. Х. Чекушин, Н. Л. Медведева, И. И. Титяев

Кемерово, Новосибирск

Бесплодие в браке — одна из важных и сложных медико-социальных проблем. Бесплодием страдают мужчины и женщины во всем мире. В настоящее время профессиональной ассоциацией андрологов (2000 г.) принято считать, что в 50–55% случаев бесплодие в браке обусловлено нарушениями репродуктивной функции женщины, в 40–50% — мужчины.

Одним из ведущих факторов в генезе мужского бесплодия является инфекционно-воспалительный процесс в мочеполовых органах при инфекциях, передаваемых половым путем (ИППП) бактериальной или вирусной природы. Воспалительные гонококковые, хламидийные, микоплазменные и другие бактериальные процессы в мочеполовой сфере мужчин (уретре, предстательной железе, семенных пузырьках, придатках яичек, собственно яичках) могут спровоцировать количественное и качественное изменение семенной жидкости, что приводит к снижению оплодотворяющей способности спермы. Кроме того, в паренхиме предстательной железы после перенесенных ИППП выявляются воспалительные инфильтраты с фиброзом и атрофией желез, разрастанием волокнистой соединительной ткани (Мавров И. И., 2004). Такие морфологические изменения снижают секреторную функцию простаты, уменьшают объем эякулята, влияют на буферные и ферментные свойства спермы, что приводит к снижению ее оплодотворяющей способности.

Целью нашего исследования явилась оценка частоты выявляемости ИППП у мужчин, страдающих бесплодием. Под наблюдением находились 329 мужчин, обратившихся к урологу по поводу бесплодия в браке от 3 до 10 лет. Женский фактор бесплодия был исключен при обследовании партнерш пациентов врачами-гинекологами.

При исследовании эякулята у 281 (85,41±3,66%) пациента отмечались различные отклонения от нормальных показателей спермы (ВОЗ, 2004) качественного и количественного характера. Наиболее часто выявлялись следующие варианты нарушений: астенозооспермия — у 183 (65,12±7,4%) человек, олигозооспермия — у 114 (40,57±2,17%), лейкоспермия — у 59 (20,96±1,56%), тератоспермия — у 47 (16,73±1,96%). Выявленные отклонения, как правило, встречались сочетанно в различных вариантах. Всем пациентам было проведено комплексное обследование на ИППП (культуральное, серологическое, ПЦР) в соответствии с «Методическими материалами по диагностике и лечению наиболее распространенных ИППП» под ред. А. А. Кубановой, 2003) и действующими приказами МЗ России.

В результате исследования у 256 (91,1±1,77%) пациентов были выявлены различные ИППП, в том числе гонорея — у 18 (6,41±3,27%), хламидийная инфекция — у 169 (60,17±7,33%), микоплазменная инфекция — у 91 (32,38±4,54%), уреаплазменная инфекция — у 39 (13,88±2,11%), трихомоноз — у 29 (10,32±1,96%), сифилис скрытый ранний — у 6 (3,14±5,61%), сифилис скрытый поздний — у 2 (0,71±6,11%). Данные инфекции, как правило, встречались в виде микст-инфекции.

Таким образом, отклонения от нормальных показателей спермы указывают на возможность наличие у пациента какой-либо ИППП. В соот-

ветствии с этим мужское бесплодие представляется как проблема междисциплинарная, требующая консультации дерматовенеролога и более тщательного исследования на ИППП мужчин, страдающих бесплодием.

Социальная реабилитация геронтологических больных с надлобковыми мочевыми дренажами

А. Ю. Цуканов, П. А. Макаров, А. Б. Курицын, А. В. Стороженко

Омск

С увеличением продолжительности жизни населения увеличивается и доля пациентов в возрасте старше 60 лет. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы является одним из наиболее частых заболеваний мужской части пожилого населения. В зависимости от объема простаты риск наступления задержки мочеиспускания составляет 7,9–19,9%. Значительной части таких пациентов накладывается цистостома. В последующем закономерно встает вопрос о радикальном хирургическом лечении, к которому в части случаев относятся настороженно в связи с наличием сопутствующей патологии: ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, атеросклероза, сахарного диабета, инсульта и др. Эта настороженность является обоснованной в связи с возрастающим риском анестезиологического пособия и оперативного вмешательства, ростом частоты послеоперационных осложнений. В связи с отказом в оперативном пособии и оставлении мочевого дренажа развиваются такие осложнения, как микроцистит, инфекция мочевыводящих путей, мочекаменная болезнь, значительно ухудшается качество жизни пациентов.

С 2003 по 2007 гг. в клинике выполнено 46 парциальных трансуретральных резекций предстательной железы у лиц в возрасте 65–87 лет (в среднем $79,5 \pm 3,1$ лет). Срок стояния мочевого дренажа составил 2–4 месяца (в среднем $2,3 \pm 0,7$ месяца). За 10 дней до момента операции в течение 10 суток пациенту предлагали принимать уроантисептики. В ходе оперативного вмешательства формировали «мочевую дорожку», проводя резекцию аденоматозной ткани в секторе от 10 до 14 часов условного циферблата. В качестве обезболивания проведено 20 спинномозговых анестезий, 16 эндотрахеальных наркозов, 10 внутривенных наркозов. В пред- и послеоперационном периодах все пациенты получали доксазолин в дозе 2–6 мг в комбинации с финастеридом. За 15 минут до начала вмешательства внутривенно вводили антибактериальный препарат широкого спектра действия. Вазорезекцию не проводили.

Длительность вмешательства составила 15–25 минут, в среднем $18,4 \pm 2,2$ минуты. Уретральный катетер удаляли на третьи сутки, цистостому — на 5–7-е. Нормализация температуры происходила на 3–4-е су-

тки после операции. В шести случаях отмечена фебрильная лихорадка. В 43 случаях (89,1%) мочеиспускание было восстановлено. Трем пациентам выполнена повторная парциальная резекция предстательной железы с положительным результатом.

Таким образом, сочетанное использование возможностей современной консервативной терапии и малоинвазивной хирургии простаты позволяет существенно повысить качество жизни геронтологических пациентов с надлобковыми мочевыми дренажами, наложенными по поводу задержки мочеиспускания на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Тканевая инженерия: допустимо ли применение вакуумных устройств после операции?

П. А. Щеплев, Н. Н. Гарин, Б. Р. Гвасалия

Москва

Развитие тканевой инженерии привело к появлению множества новых материалов для пластической хирургии, в том числе эстетической генитальной хирургии. Биорассасывающиеся матрицы зарекомендовали себя как безопасный и эффективный материал для утолщения полового члена. Однако еще не выработаны четкие рекомендации по ведению этой группы пациентов в послеоперационном периоде. Некоторые пациенты с целью увеличения полового члена применяют вакуумные устройства как до, так и после увеличительной пластики полового члена с применением биорассасывающихся матриц.

Мы наблюдали 6 пациентов, использовавших устройства после операции по утолщению полового члена с применением биорассасывающихся матриц. Средний возраст составил 32,6 года. Пациенты начинали применять вакуумные устройства в среднем через 18 суток после операции. У двоих пациентов (33%) был отмечен выраженный отек полового члена за счет скопления жидкости между кожей и матрицей, при этом не наблюдалось каких-либо воспалительных изменений и болевых ощущений.

Для купирования отека мы применяли пункционную аспирацию жидкости и тугое бинтование полового члена. В одном случае мы повторили эту процедуру три раза за три недели, прежде чем отек окончательно купировался. Во втором случае отек купировался через 2 недели после однократной аспирации 40 мл жидкости. Оба пациента получили короткий курс антибиотиков. Полное рассасывание матриц у них наблюдалось через 5 месяцев после операции.

Полученные результаты дают основание воздерживаться от применения вакуумных устройств в послеоперационном периоде после утолще-

ния полового члена биорассасывающимися матрицами. Вероятно, вакуумные устройства вызывают гиперсекрецию тканевой жидкости. В любом случае необходимы дальнейшие исследования для оценки механизмов подобных послеоперационных осложнений.

Клиника, диагностика и лечение сексуальных дисфункций, сопровождающихся психологическими реакциями

О. К. Яценко

Кемерово

Для исследования отобрано 50 пациентов. Средний возраст группы — $48,5 \pm 1,4$ года. Высшее и неполное высшее образование имели 78% обследуемых мужчин, что, возможно, свидетельствует о большей вероятности развития сексуальных дисфункций (СД) у лиц, занимающихся умственным трудом. 70% пациентов женаты. Средняя продолжительность СД — $22,4 \pm 2,7$ месяцев, что можно считать незатяжным периодом. Критерии включения в группу: СД выступают в качестве основного психотравмирующего фактора и психологических реакций; имеются органические нарушения (абактериальный процесс в простате, переходная стадия, венозная конгестия), подтвержденные результатами лабораторно-инструментальных исследований.

Выделены три подгруппы пациентов с психологическими реакциями на СД: пациенты с ситуационно обусловленными СД — 10 (20%); с соматогенными СД — 28 (56,0%); с сексуальной дисгармонией в паре — 12 (24%). Сомато-биологический преморбид: 50% — слабый и ослабленный вариант и 50% — средний и сильный вариант средней половой конституции. Известно, что возникновение СД во многом определяется акцентуациями личности. Определены следующие типы акцентуаций: экзальтированный (28%), гипертимный (26%), возбудимый (8%), демонстративный (6%). Преобладание выявленных черт личности препятствовало возникновению СД в молодом возрасте, вызывало менее болезненное реагирование при их возникновении.

Исходный дефицит нейрогуморального обеспечения (слабая половая конституция) предрасполагали к облегченному возникновению сексуальной дезадаптации в старшем возрасте. Супружеские отношения у женатых мужчин в 15,4% случаев охарактеризованы как «частично удовлетворительные», а 84,6% — как «удовлетворительные». Опасность ятрогенного внушения со стороны врача «простатит» и манипуляций, противоречащих эстетическим представлениям интеллектуальных пациентов, усугубляют ситуацию. В сравнительной характеристике негативное воздействие врача (изучено по шкале Гамильтона) более тревожно переживает-

ся мужчинами после 40 лет, чем при первой сексуальной неудачной попытке с другой женщиной, например после смерти жены, развода или при случайной встрече с другой женщиной на фоне удовлетворительных семейно-сексуальных отношений. Первая попытка половой связи с другой женщиной требует определенной перестройки условнорефлекторных регуляторных комплексов, которые соответствовали особенностям жены. Потерпев одну или несколько неудач, мужчины обращаются к врачам за помощью и получают «железобетонный пресс»: «у вас простатит».

При ультразвуковом сканировании пениальных артерий с фармакологической нагрузкой легкие (компенсированные) нарушения кровоснабжения кавернозных тел были выявлены у 15 (30%) пациентов. При этом психотравматизация личности результатами исследования со стороны врача исключается.

У неженатых мужчин сила связи с ситуационными факторами СД (либидо, эрекция, преждевременная эякуляция) очень высока и составляет $R = 0,24 \pm 0,20$ ($p < 0,05$). Психологические реакции характеризовались эмоциональной напряженностью, аффективной фиксацией на психотравмирующую ситуацию с чувствами обиды, гнева, стыда и беспомощности, что отражалось на творческой работе.

На первом этапе работы с пациентом создается положительное информационное поле, а не внушение «ожидания эффекта от массивной лекарственной терапии», который закономерно перейдет в «фиксированное ожидание неудачи». Режим дня, утренняя зарядка, контрастный душ, обтирание жестким полотенцем до покраснения кожи, а затем нанесение Андрогеля (1% тестостерон в дозе 5 мг, так как половая конституция ослаблена) на кожу плеча в течение месяца. Пациент втягивается в обязательные для творческого человека биоритмы. Улучшение сексуальной активности, как и предприимчивости в других сферах жизни, мы получили (при средней длительности лечения $1,2 \pm 0,3$ месяца) у 80% пациентов. Остальные за это время не нашли адаптивной партнерши, но все отмечали улучшение качества жизни, работоспособности. 72% относили свое состояние к воздействию Андрогеля.

Следовательно, снижение полового влечения обследованной категории мужчин-личностей обусловлено возрастным угасанием сексуальной активности, в преморбиде которой — слабая половая конституция (отнюдь не гипогонадизм), особенностями акцентуации личности, высокой ценностью труда при нарушении биоритмов, уходом от поддержания тренинга сексуальных стереотипов, утраты тонкостей интимных партнерских отношений. Определение компенсированного пениального кровотока требует динамического наблюдения с целью ранней диагностики

и профилактики развития атеросклероза у людей умственного труда. Преобладание гармоничных, гипертимных, экзальтированных черт у творческой личности на фоне стабильных и доброжелательных семейных отношений способствует более медленному развитию сексуальных дисфункций и длительному сохранению сексуальной активности, дальнейшей реализации жизнеутверждающего творческого потенциала.

Диагностика, лечение и реабилитация мужчин с сексуальными дисфункциями, сопровождающимися невротическими расстройствами

О. К. Яценко

Кемерово

Обследованы 110 пациентов. Средний возраст — $33,8 \pm 0,8$ года ($p < 0,001$). Средняя продолжительность сексуальных дисфункций (СД) — $46,6 \pm 1,17$ месяцев. Все периодически лечились у урологов, венерологов и т. д. по поводу простатита. В 44% случаев наступало кратковременное улучшение. Критерии включения: СД выступают в качестве основного психотравмирующего фактора, способствующего возникновению невротической симптоматики ситуацией интимной близости; продолжительность СД преобладает над продолжительностью невротических расстройств. Выделены три подгруппы: ситуационно обусловленные СД — 90 (82,7%) мужчин, соматогенные СД — 7 (6,4%), сексуальная дисгармония в паре — 13 (10,9%). Полученные данные подтверждают мнение о том, что СД, полученные в молодом возрасте, могут свидетельствовать о серьезных интрапсихических нарушениях. Неполное высшее и среднее образование имели 72,7%. Не состояли в браке 50,9%. Из состоящих в браке супружеские отношения «неудовлетворительны» у 55,1% пациентов и «частично неудовлетворительные» — у 44,9%.

Анализ показывает уязвимость пациентов по отношению к различным ситуационным факторам и дисгармоничные отношения в семье у пациентов со значительным болезненным реагированием на СД. Слабый вариант половой конституции — у 71,8%, что свидетельствует о задержке соматосексуального и психосексуального развития, предрасполагающей к СД. Определены акцентуации личности: тревожный тип (43,6%), педантичный (20,9%), эмотивный (10%), дистимический (8,2%). Типами личности во многом определяются как возникновение СД, так и особенности невротических реакций на них. При анализе ситуационных факторов установлены: невозможность полного уединения с боязнью быть застигнутым врасплох, постабстинентная ускоренная эякуляция, страх пе-

ред нежелательной беременностью партнерши, повышенная физическая усталость, психическое переутомление, алкогольное опьянение. СД наступала после межличностных конфликтов в паре, неадекватного поведения женщины. У больных в переживаниях после сексуального срыва преобладали болезненные воспоминания о предшествующих сексуальных неудачах, навязчивые опасения по поводу своей способности удовлетворить женщину, тревожные переживания и страх перед возможной неудачей половой близости из-за потери эрекции либо ускоренной эякуляции.

У преобладающей части пациентов наблюдались затруднения в наступлении или поддержании эрекции, достаточной для совершения полового акта при отсутствии органической патологии сексуальной сферы, что соответствует критериям МКБ-10 «отсутствие генитальной реакции» (F52.2). У пациентов вырабатывался гиперконтроль интимного сближения, способствующий дезавтоматизации половой функции. Лечебно-реабилитационные факторы строились с учетом выявленных факторов, способствующих формированию невротических расстройств. На всех этапах использовались психотерапевтические мероприятия. Для устранения тревожного гиперконтроля применялась парадоксальная тактика «мнимого запрета». Сложность лечения больных в том, что у них годами складывался весьма узкий и ригидный сексуальный репертуар. Трудности коммуникации связаны с отсутствием необходимых навыков общения с противоположным полом.

Из лекарственных препаратов большинству показаны антидепрессанты, в частности тритико (50–150 мг), обязательно длительное применение Андрогеля (до 10 мг) в условиях здорового образа жизни до появления «мышечной радости». К концу лечебных мероприятий (средняя продолжительность 2,6±0,5 месяца) у 61,6% пациентов отмечено повышение сексуальной активности на фоне редукции невротической симптоматики.

Следовательно, достижение положительного эффекта при лечении обследованных нами лиц — весьма сложная профессиональная задача. Ближайшая оценка, ориентированная на «активность», не гарантирует от соскальзывания больных в привычное для них невротическое состояние в рамках их акцентуаций при любой психотравмирующей ситуации (например, просмотре порнофильма). За этим следуют алкоголизация, переход на наркотики, девиантное поведение.

Содержание

Предисловие.....	3
------------------	---

Диагностика урологических заболеваний

<i>Ю. М. Ахмедов, Ф. Ш. Мавлянов, Д. Д. Курбанов</i> Рентгенпланиметрия почек в отдаленные сроки после реконструктивно-пластических операций при гидронефрозе у детей.....	4
<i>Р. Р. Бороян</i> Прогрессия доброкачественной гиперплазии предстательной железы в зависимости от концентрации основного фактора роста фибробластов (bFGF) сыворотке крови.....	5
<i>А. Б. Бочкарев</i> Эффективность спиральной компьютерной томографии и ультразвукового исследования (В-режим) в диагностике аномалий развития почек.....	6
<i>Д. Н. Величко, А. А. Еркович, М. А. Юров, Н. Д. Темников</i> Роль нетрадиционных возбудителей в патогенезе хронического простатита.....	7
<i>А. А. Волков, Ю. В. Терентьев, Ю. Г. Кириченко</i> Патоморфологическая картина при туберкулезном эпидидимите.....	8
<i>Н. К. Дзеранов, А. Ю. Павлов, Е. В. Черепанова, О. В. Константинова</i> Предварительные результаты сравнительного обследования состояния обменных нарушений у детей, страдающих МКБ, и их родителей...	10
<i>Н. К. Дзеранов, С. С. Шишкин, О. Б. Лоран, Л. И. Ковалев, Л. С. Еремина, И. Ю. Торопыгин, А. В. Казаченко, А. А. Серегин, К. И. Тотров</i> Диагностическая значимость протеомных технологий в молекулярной диагностике рака простаты — AGR2, тимозин-B15.....	11
<i>С. И. Драцкий, А. В. Андрейчиков, М. А. Фирсов</i> Новый принцип определения физиологической, избыточной и патологической подвижности почек.....	13
<i>С. А. Дубский, Д. Г. Курбатов</i> Неотложная ультрасонография в диагностике уретеролитиаза.....	14
<i>В. В. Дутов, К. И. Савицкая, М. Ф. Трапезникова, Е. В. Русанова, А. А. Галько, И. М. Бейзеров</i> Некоторые аспекты диагностики калькулезного пиелонефрита.....	16

В. В. Дутов, К. И. Савицкая, М. Ф. Трапезникова, Е. В. Русанова, А. А. Галько, И. М. Бейзеров	
Структура микробного пейзажа у пациентов с хроническим калькулезным пиелонефритом	17
О. Н. Зубань, А. С. Мельников	
Роль трансуретральной резекции мочевого пузыря в ходе флуоресцентной цистоскопии в диагностике туберкулеза	18
М. И. Козан, И. И. Белоусов, А. В. Шангичев, А. В. Паленый	
Внутрипростатическая артериальная гемодинамика простаты у пациентов с хроническим простатитом форм IIIA и IIIB	20
М. И. Козан, А. Ю. Киреев, И. И. Белоусов	
Оценка корреляции уровня андрогенов, сексуальности и мочевых симптомов у пациентов с симптоматической ДГПЖ	22
Ю. Я. Кузнецкий, Д. Г. Курбатов	
Нейро-мышечная тазовая дисфункция у пациентов с невоспалительным синдромом хронической тазовой боли	23
Н. Н. Кузнецова, Е. В. Помешкин, Г. А. Макрушин, К. К. Антонов, Г. И. Тимошук, Л. М. Медведева, Л. А. Мазур, И. А. Туркина	
Подвижность и морфология сперматозоидов у пациентов с хроническим простатитом	24
В. В. Кузьменко, Б. В. Семенов, М. В. Кочетов	
Перекисное окисление липидов и антиоксидантная терапия при резекции предстательной железы в эксперименте	26
Е. В. Кульчавеня, М. Н. Щербань, Е. В. Брижатюк, Н. В. Щербань	
Оценка копулятивной функции мужчин, страдающих туберкулезом легких, и влияние проводимой терапии на сперматогенез	27
О. Б. Лоран, Е. И. Велиев, Е. В. Пуздрач	
Урофлоуметрический мониторинг как способ диагностики расстройств мочеиспускания у больных после радикальной простатэктомии	29
А. В. Малышев	
Патогенетическое значение локального эндогенного протеолиза при острых воспалительных процессах в мочевыводящих путях	30
А. Г. Мартов, Ш. Ш. Гурбанов, С. А. Маслов, Р. В. Салюков, А. А. Лисенок, Д. С. Меринов, А. П. Кобзарев	
Рентгеноэндоскопия в лечении ятрогенных повреждений мочеточника	31
А. Г. Мартов, Р. В. Салюков, С. А. Серебряный	
Эндоскопическая диагностика облитерации мочеточника и лоханочно-мочеточникового сегмента	32

<i>Л. Ю. Моргунов</i>	
Безопасность применения препаратов тестостерона у пациентов с андрогендефицитом и эректильной дисфункцией.	33
<i>А. И. Неймарк, А. В. Давыдов, Е. Ф. Левицкий</i>	
Возможности лазерной доплеровской флоуметрии в оценке микроциркуляции почек у больных хроническим пиелонефритом.	34
<i>Б. А. Неймарк, М. А. Клыжин, И. В. Снегирев, Г. А. Белошапкина</i>	
Пункционная биопсия под УЗ-контролем в диагностике заболеваний предстательной железы.	36
<i>А. И. Неймарк, Е. А. Клыжина, Б. А. Неймарк</i>	
Особенности функционирования вегетативной нервной системы у пациентов с симптомами гиперактивного мочевого пузыря.	37
<i>Е. Г. Новикова, А. И. Мосунов</i>	
Современный подход к обследованию пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.	38
<i>С. А. Прохоров</i>	
Цитологическая картина предстательной железы при различных формах ее воспаления.	39
<i>З. Р. Рашидов</i>	
Возможности магнитно-резонансной томографии в диагностике туберкулеза почек.	41
<i>А. В. Серегин, К. Ю. Кашинцев, В. А. Енгай, Н. А. Шустикский, А. А. Серегин</i>	
Прогностическое значение PLA полиморфизма гена GP3A при раке почки.	42
<i>М. Ф. Трапезникова, А. В. Ватазин, А. Г. Янковой, А. А. Подойницын, К. В. Головченко</i>	
Роль комплексного уродинамического исследования при трансплантации почки.	43
<i>И. В. Чернышев, Т. В. Буланова, П. Е. Луценко</i>	
Низкопольная магнитно-резонансной томография в оценке местной распространенности рака мочевого пузыря.	44
<i>П. И. Цвет, В. А. Ананьев</i>	
Диагностика и анализ посещаемости больных с хроническим простатитом на примере амбулаторного приема в краевой консультативной поликлинике.	46
<i>А. Ю. Цуканов</i>	
Вариоцеле как проявление дисплазии соединительной ткани.	48

Методы хирургического лечения урологических заболеваний. Вопросы литотрипсии

<i>Н. Ю. Антоньева, В. П. Мисюренко, М. Я. Гаткин</i> Уретероцистонеоанастомоз с последующей аденомэктомией у больного с МКБ и гигантской аденомой простаты I степени	49
<i>В. Я. Афонин, Е. Л. Гафтер, Е. А. Дурас, В. В. Фролова</i> Опыт лапароскопических операций в урологии.	50
<i>Ю. М. Ахмедов, Б. У. Бекмурадов</i> Результаты лечения посттравматических стриктур уретры.	53
<i>Э. С. Гадельшин, Р. Т. Кабиров, И. М. Калимуллин, А. Ф. Султангужин</i> Проксимальный тестикулосафенный венозный анастомоз при хирургической коррекции варикоцеле у детей	54
<i>Э. С. Гадельшин, Р. Б. Сагитов, Т. Т. Сабиров, Р. Т. Кабиров, И. М. Калимуллин, А. Ф. Султангужин</i> Лапароскопическая орхипексия при абдоминальном крипторхизме у детей	55
<i>А. В. Гудков, В. Я. Афонин</i> Электроимпульсная контактная литотрипсия при резидуальных камнях почек	57
<i>А. В. Гудков, В. С. Бощенко, В. Я. Афонин, Э. М. Тилашов</i> Оценка эффективности электроимпульсной литотрипсии	58
<i>А. В. Гудков, А. В. Царева</i> Транспозиция наружного отверстия мочеиспускательного канала в комплексном лечении хронической рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей у женщин.	60
<i>В. А. Давыдов, Д. В. Давыдов, В. Э. Гюнтер, В. Я. Афонин, А. В. Гудков, А. В. Проскурин, А. Н. Иванов</i> Коррекция пузырно-уретрального сегмента конструкцией из никелида титана при недержании мочи	62
<i>А. П. Данилков, Н. К. Дзеранов, В. Н. Синюхин, В. В. Иващенко, Л. А. Харламова, В. Р. Шадури</i> Профилактика воспалительных осложнений при дистанционной литотрипсии.	65
<i>Н. Е. Дзеранов, А. В. Казаченко, В. Р. Шадури</i> Дистанционная литотрипсия резидуальных камней почек после различных оперативных вмешательств	66
<i>Н. К. Дзеранов, С. А. Москаленко, А. В. Казаченко</i> Дистанционная ударноволновая литотрипсия в лечении уролитиаза у пациентов с аномалиями развития почек	67

В. В. Дутов, В. В. Макурин, А. Г. Московкин, А. А. Галько, В. Б. Пащенко Сравнительный анализ современных методов лечения осложненных форм мочекаменной болезни.	69
В. В. Дутов, С. Б. Уренков, Л. М. Колобова, А. Б. Соболевский Опыт применения суправезикального отведения мочи у детей	70
Ю. И. Журавлев, С. А. Худяшов, М. В. Кондратьев Органосохраняющие операции при лечении опухолей почек и верх- них мочевых путей	71
О. Н. Зубань, Б. К. Комяков, А. Ф. Семченко Поздние осложнения энтероцистопластики при микроцистисе спе- цифической и другой этиологии	72
О. Н. Зубань, А. А. Лебедев Способ хирургического лечения спастического мочевого пузыря ту- беркулезной этиологии.	74
О. Н. Зубань, А. Н. Муравьев Чрескожная пункционная нефростомия у больных туберкулезом почки и мочеточника	75
А. П. Иванов, И. А. Тюзиков, И. В. Чернышов Осложнения после органосохраняющих операций на почке по пово- ду почечноклеточного рака	77
М. Ю. Лазарев, М. Н. Коткина, И. В. Плуталов, О. В. Абаимов Опыт хирургического лечения варикоцеле методом лапароскопиче- ского иссечения внутренней семенной вены	80
А. В. Казаченко, Н. К. Дзеранов Контактная электроимпульсная литотрипсия с применением аппара- та «Уролит-105М» в лечении уролитиаза	81
Ф. П. Капсаргин, А. Г. Бережной, В. Ю. Бургарт Оптимальные методы лечения простых и осложненных кист почек.	82
Г. В. Коржавин, А. Д. Кравец Модифицированная техника коррекции ротационной деформации полового члена.	83
Г. В. Коржавин, С. В. Безруков, А. Д. Кравец Пути улучшения качества жизни пациентов с нефропиелостомой	85
И. С. Кунин, А. М. Шкурин, А. М. Горицкий, В. Н. Бессонов, С. В. Ярмошук, А. Ю. Юрочкин Опыт органосохраняющих операций у больных с почечноклеточным раком по материалам работы онкоурологического отделения 1-й МКБ г. Новосибирска.	86

<i>Д. Г. Курбатов, А. А. Еркович, Р. Т. Алиев, В. В. Мусохранов</i> Новые технологии в реконструктивно-пластической хирургии поло- вого члена.	88
<i>С. М. Кустов, Ю. В. Савин, Н. И. Черепанов</i> Результаты оперативного лечения стрессовой инконтиненции.	89
<i>М. Ю. Лазарев, С. З. Емельянов</i> Опыт применения ультразвуковой контактной литотрипсии и опти- ческой литоэкстракции камней в нижней трети мочеоточника на базе урологического отделения МУЗ НМКБСМП № 2.	91
<i>В. Р. Латыпов, Г. Ц. Дамбаев, А. Н. Вусик, Н. А. Хурсевич, Е. А. Усынин</i> Реабилитация пациентов с нарушением мочеиспускания после орто- топической кишечной (необладдер) деривации мочи.	92
<i>Д. В. Лобанов, А. Н. Буцких, В. Г. Аристархов, А. Г. Мартов</i> Возможность выполнения двусторонней нефропексии.	93
<i>Д. В. Лобанов, Ю. Б. Кириллов, А. Г. Мартов</i> Сравнение травматичности лапароскопического и мини-доступа.	95
<i>Д. В. Лобанов, В. А. Ярцев, А. Г. Мартов</i> Дренирование чашечно-лоханочной системы при проведении пла- стики лоханочно-мочеточникового сегмента лапароскопическим доступом.	96
<i>Н. А. Лопаткин, Н. К. Дзеранов</i> Согласованная терминология — критерий объективной характери- стики метода и результатов дистанционной ударно-волновой литот- рипсии.	97
<i>Н. А. Лопаткин, Э. К. Яненко</i> Оперативное лечение больных с коралловидным камнем в единст- венной почке.	100
<i>А. В. Гудков, В. С. Бощенко</i> Позднее кровотечение из пунктированной кисты почки.	101
<i>О. Б. Лоран, Д. А. Мазуренко, И. И. Габдурахманов, И. В. Косова, Е. В. Берников</i> Лечение внутриорганных кист почек пункционным методом.	102
<i>В. А. Маслов, М. В. Девятков, С. В. Маслов</i> Тактика оперативного лечения при ятрогенных повреждениях моче- вых органов в акушерской и гинекологической практике.	103
<i>А. Ю. Нагибин, А. Н. Окулов</i> Сравнительный анализ хирургических методов лечения доброкаче- ственной гиперплазии предстательной железы.	105
<i>Б. А. Неймарк, М. В. Ряполова, А. В. Мазырко, М. А. Мельник</i> Хирургическое лечение стрессового недержания мочи у женщин.	107

<i>С. Н. Нестеров, Б. В. Ханалиев, А. В. Бабыкин</i> Сравнительная оценка эффективности лапароскопических и открытых оперативных доступов.	108
<i>А. Ю. Окладников, Г. А. Волкова, З. А. Павловская, А. В. Романенко, А. В. Капкан, П. В. Говорушкин, Л. П. Трушкова</i> Значение эндоскопических вмешательств в лечении больных мочекаменной болезнью и возможные осложнения при этом.	109
<i>А. Ю. Окладников, А. В., Капкан, Л. Н. Окладникова</i> Использование изотонического раствора мочевины при проведении ТУР аденомы простаты.	110
<i>В. Ф. Онопко</i> Пути устранения обструктивной нефропатии у больных раком шейки матки.	111
<i>А. Ю. Павлов, С. А. Маслов, Н. В. Поляков</i> Выбор лечебной тактики при двустороннем пузырно-мочеточниковом рефлюксе у детей.	113
<i>А. Ю. Павлов, Н. В. Поляков, С. А. Маслов</i> Двусторонний экстравезикальный уретероцистоанастомоз при пузырно-мочеточниковом рефлюксе у мальчиков.	115
<i>З. Р. Рашидов</i> Анализ эффективности различных оперативных методов в лечении больных туберкулезом мочевой системы.	117
<i>А. Б. Соболевский, В. В. Дутов, Л. М. Колобова</i> Опыт эндоскопического лечения клапанов уретры у мальчиков.	118
<i>О. В. Теодорович, Н. Б. Забродина, А. Б. Бочкарев</i> Чрескожное пункционное лечение гидронефроза и нефролитиаза при сосудистых аномалиях развития почек (клиническое наблюдение).	119
<i>М. Ф. Трапезникова, В. В. Дутов, И. М. Бейзеров, А. В. Московкин, А. И. Половинчук, А. И. Галько, В. Б. Пашенко</i> Мочекаменная болезнь аномалийных почек: сравнительный анализ применения дистанционной ударно-волновой литотрипсии.	121
<i>М. Ф. Трапезникова, В. В. Дутов, И. М. Бейзеров, С. М. Кулачков, В. В. Базаев, А. А. Галько, А. А. Половинчук</i> Факторы, определяющие результативность уретеролитотрипсии.	122
<i>М. Ф. Трапезникова, В. В. Дутов, Л. М. Колобова</i> Неблагоприятные факторы, определяющие исход оперативного лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса в гипоплазированную почку у детей.	123

<i>М. Ф. Трапезникова, В. В. Дутов, С. Б. Уренков, А. Московкин, А. А. Галько</i> Тактика лечения пациентов при сочетании уролитиаза с простыми и окололоханочными кистами почек.	125
<i>В. Я. Фарбирович, А. В. Соловьев, А. Я. Пыжов, А. А. Осинцев</i> Применение различных методов деривации мочи после радикальной цистэктомии при раке мочевого пузыря.	126
<i>В. Я. Фарбирович, А. В. Соловьев, А. Я. Пыжов, А. А. Осинцев</i> Резекция мочевого пузыря или цистэктомия?	127
<i>Р. Р. Фатихов, А. Г. Мартов, Н. К. Дзеранов, Д. С. Меринов, А.П. Кобзарев</i> Новые малоинвазивные технологии в лечении камней почек	128
<i>И. В. Феофилов, В. И. Исаенко</i> К хирургии коралловидного нефролитиаза	128
<i>И. В. Феофилов, В. И. Исаенко, С. И. Шкуратов</i> Никелид-титановые имплантаты в хирургии простых кист почек	130
<i>С. А. Худяшов, Ю. И. Журавлев, М. В. Кондратьев, О. А. Устинова</i> Хирургическое лечение уретероцеле.	131
<i>С. А. Худяшов, В. Я. Фарбирович, О. А. Устинова</i> Осложнения и ошибки при выполнении ТУР мочевого пузыря.	132
<i>А. Ю. Цуканов</i> Транспаховая перевязка внутренней семенной вены на уровне внут- реннего пахового кольца из открытого мини-доступа с лучевой нави- гацией при варикоцеле	134
<i>И. Ю. Чудновец</i> Лапароскопический метод в урологической практике	135
<i>Л. В. Шаплыгин, Д. В. Фурашов, А. С. Девятков</i> Эффективность хирургического и консервативного лечения больным местно-распространенным раком простаты.	138
<i>П. А. Щеплев, Б. Р. Гвасалия, Н. Н. Гарин</i> Повторная анастомотическая уретропластика.	139

Методы медикаментозной терапии урологических заболеваний

<i>В. В. Борисов</i> Эффективность растительного лечебного комплекса Ликопрофит при заболеваниях простаты	141
<i>В. С. Бощенко, А. В. Гудков</i> Наш опыт лечения гиперактивного мочевого пузыря препаратом «Ве- зикар»	143

А. В. Давыдов Фторированные хинолоны: проблема выбора и применения в урологии	144
Н. К. Дзеранов, Р. И. Багиров Литолитическая терапия уратного нефролитиаза	146
В. В. Дутов, С. Б. Уренков, Н. В. Бычкова, Л. М. Колобова, Д. М. Попов, К. В. Головченко Вобэнзим в комплексной терапии хронического пиелонефрита.	147
А. А. Еркович, В. И. Исаенко, Н. Д. Темников, О. В. Абаимов Тамсулон-ФС в лечении больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы	149
О. Н. Зубань, А. С. Мельников Антибактериальная фотодинамическая терапия гнойных осложнений в хирургии нефротуберкулеза	150
В. И. Исаенко, Т. Н. Моисеенко Опыт применения биологически активной добавки к пище «Уролизин» при мочекаменной болезни	151
В. И. Исаенко, С. А. Степаненков Афала при доброкачественной гиперплазии простаты.	155
Ф. П. Капсаргин, Н. Н. Ковригина Результаты диагностики и лечения интерстициального цистита	156
Г. В. Коржавин, А. Д. Кравец Роль локального применения антибактериальных химиотерапевтических средств в профилактике послеоперационных инфекционно-воспалительных поражений семявыносящих путей	158
М. Ю. Лазарев, О. В. Абаимов Оценка эффективности и переносимости селективного α_1 -адреноблокатора «Сетегис» у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Клиническое исследование	159
В. В. Михайличенко, В. Н. Фесенко, В. П. Александров, Д. Г. Кореньков, Т. Н. Назаров, Е. В. Николаева Комбинированная терапия в реабилитации больных с ДГПЖ	160
А. Н. Мунгалов, К. В. Вершинский, Н. П. Мунгалов Комбинированное лечение рака простаты	161
Т. Н. Назаров Рациональная антибактериальная терапия воспалительного процесса при нефролитиазе	162
Т. Н. Назаров, В. П. Александров, О. Л. Тиктинский, В. В. Михайличенко Послеоперационная метафилактика коралловидного нефролитиаза . . .	164

<i>Т. Н. Назаров, Д. Г. Кореньков, С. Н. Калинина, Г. Н. Скрыбин</i> Комплексная литокинетическая терапия после ДУВЛ.	165
<i>А. И. Неймарк, М. А. Мельник, М. В. Ряполова</i> Применение Везикара у больных с ГАМП.	167
<i>А. И. Неймарк, Я. В. Яковец</i> Возможности комплексной этиопатогенетической терапии в лечении больных доброкачественной гиперплазии простаты.	168
<i>Т. С. Перепанова</i> Фармакоэкономический анализ оперативного и медикаментозного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы.	170
<i>М. И. Петричко, Д. Г. Курбатов</i> Современные подходы к консервативному лечению больных добро- качественной гиперплазией предстательной железы.	171
<i>И. С. Попов, А. В. Газаматов, Д. В. Розаев, И. В. Трунов</i> Опыт применения препарата Детралекс в комплексной терапии ва- рикоцеле у подростков.	172
<i>Д. В. Розаев, А. В. Газаматов, И. С. Попов, И. В. Трунов</i> Опыт применения препарата «Верона» в реабилитации подростков с варикоцеле в послеоперационном периоде.	174
<i>И. Д. Сазонова, К. Г. Нотов</i> Некоторые аспекты лечения хронических циститов.	175
<i>П. П. Салов, И. В. Салова</i> Лечение синдрома хронической тазовой боли.	177
<i>М. Ю. Солуянов, М. А. Шкурин, В. П. Пospelов, В. В. Нимаев</i> Лимфотропная антибактериальная терапия в лечении острого эпи- дидимита.	179
<i>М. Ф. Трапезникова, В. В. Дутов, К. В. Поздняков</i> Применение Теразозина в лечении хронического бактериального простатита.	180
<i>И. В. Трунов, А. В. Газаматов, Д. В. Розаев, И. С. Попов</i> Применения препарата Дриптан в лечении нарушений мочеиспуска- ния у детей.	181
<i>В. Я. Фарбирович, О. А. Устинова, М. В. Кондратьев</i> Первый опыт применения Везикара в комплексной терапии ДГПЖ.	182
<i>В. Я. Фарбирович, О. А. Устинова, М. В. Кондратьев</i> Применение -блокаторов в консервативной терапии камней дис- тального отдела мочеточника.	183

Я. В. Яковец, А. И. Неймарк, Е. А. Яковец

Некlostридиальная инфекция — консервативная этиотропная терапия в лечении больных с доброкачественной гиперплазией простаты. . . 184

Я. В. Яковец, А. И. Неймарк, Е. А. Яковец, Г. Н. Бозук

К возможностям консервативной терапии пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты с учетом роли α -факторов роста фибробластов 186

Методы эфферентной терапии, физиотерапии и курортной реабилитации в лечении урологических больных

В. А. Востров, А. Ю. Нагибин

Комплексное лечение эректильной дисфункции с метамерным введением ноотропных препаратов 189

А. В. Гудков, Э. М. Тилашов, В. С. Бощенко, В. К. Чигорьев

Оценка эффективности использования сочетанного применения препарата «Пролит» и минеральной воды «Серебряный ключ» в комплексной терапии мочекаменной болезни 190

А. В. Гудков, В. К. Чигорьев, В. С. Бощенко, Э. М. Тилашов, В. Я. Афонин, В. А. Давыдов, К. И. Ефремов

Применение прямой электростимуляции мочеоточника и лоханки при оперативных вмешательствах на проксимальном отделе мочеотводящих путей. 192

А. В. Гудков, В. К. Чигорьев, В. С. Бощенко, В. Я. Афонин, В. А. Давыдов

Прямая электростимуляция мочеоточника с электромиографическим контролем у больных с мочекаменной болезнью 194

А. В. Давыдов, И. В. Каблова, Л. М. Украинская, З. П. Булатова

Методики восстановительного лечения больных нефролитиазом в условиях санатория «Сибирь» ЗАО «Курорт Белокуриха» 196

В. В. Дутов, И. М. Бейзеров, Л. М. Колобова, А. Б. Соболевский, К. В. Поздняков

Применение внутривенного лазерного облучения крови в комплексной терапии у детей с острым пиелонефритом 198

И. А. Колмацуй, Е. Ф. Левицкий, С. В. Алайцева

Комплексная физиотерапия эректильной дисфункции ассоциированной с гипертонической болезнью у больных с патологией предстательной железы 199

И. А. Колмацуй, Е. Ф. Левицкий, М. С. Тицкий, Л. Е. Коновалова

Хронобиологические аспекты оптимизации физиотерапии больных хроническим простатитом 201

Н. А. Лопаткин, О. И. Аполихин, И. В. Чернышев, Д. В. Алтунин

Место фотодинамических методов диагностики и терапии в современной онкоурологии 202

<i>А. Н. Мунгалов, Н. П. Мунгалов</i> Лечение «каменной дорожки» кукинской минеральной водой.	203
<i>А. И. Неймарк, Р. Т. Алиев, С. В. Крайниченко, Н. А. Ноздрачев, О. В. Беспалова, Л. А. Ляшенко</i> Использование природных лечебных факторов в реабилитации больных с хроническим абактериальным простатитом	204
<i>А. И. Неймарк, Р. Т. Алиев, С. В. Крайниченко, О. В. Беспалова, Л. А. Ляшенко, Н. А. Ноздрачев</i> Применение пелоидотерапии в комплексном лечении астенозооспермии.	206
<i>А. И. Неймарк, А. В. Давыдов, Е. Ф. Левицкий, Е. В. Лебедев</i> К изучению механизма действия минеральной воды «Серебряный ключ».	208
<i>А. И. Неймарк, М. А. Мельник, М. В. Ряполова, И. В. Снегирев</i> Транскраниальная магнитотерапия в лечении гиперактивного мочевого пузыря у женщин	210
<i>А. И. Неймарк, Б. А. Неймарк, Л. М. Украинская</i> Реабилитационная терапия пациентов с хроническим циститом в санатории «Сибирь», ЗАО «Курорт Белокуриха»	212
<i>А. В. Подорогин, Б. А. Неймарк, Е. Ю. Бергельсон, Н. Е. Валяева, Л. П. Егорова, В. М. Шалагин</i> Опыт применения андрогеля у больных возрастным андрогенодефицитом в условиях курорта	216
<i>Н. И. Тарасов, А. А. Патрикеев</i> Трансректальная микроволновая гипертермия в коррекции расстройств мочеиспускания после трансуретральной резекции по поводу ДГПЖ	218
<i>И. В. Чернышев, О. И. Аполихин, А. В. Сивков, Д. В. Алтунин, Ю. В. Самсонов</i> Фотодинамическое воздействие на нормальную ткань предстательной железы в экспериментальном исследовании.	220
<i>И. В. Чернышев, А. В. Сивков, Д. В. Алтунин</i> Применение метода радиочастотной абляции при комбинированной нефрэктомии	221
Разное	
<i>Р. Т. Алиев, Н. И. Музалевская, К. С. Андрейцев</i> Современные компьютерные технологии в практике врача уролога-андролога	223

<i>А. В. Андрейчиков, Е. В. Дябкин, Н. В. Савватеева, М. А. Фирсов</i> Длительная внутриаортальная инфузия антибиотиков — альтернатива оперативному лечению необструктивного острого гнойного пиелонефрита.	225
<i>М. Е. Андрейчук, А. Т. Поликутина, В. В. Пушков, В. А. Макаров</i> Применение лидокаинового геля в урологии.	227
<i>Н. Ю. Антоньева, И. В. Вишняков, А. М. Суковатицин, М. Я. Гаткин</i> Абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат, имитирующий острый гнойный паранефрит.	227
<i>В. В. Борисов</i> Патогенетические факторы эректильной дисфункции.	229
<i>В. В. Борисов</i> Эректильная дисфункция при соматических заболеваниях.	231
<i>В. В. Борисов, С. Ю. Калинин, М. С. Новикова</i> Роль возрастного дефицита андрогенов при заболеваниях мужчин. ...	232
<i>Ю. В. Васильев, Л. Н. Светлова</i> Способ повышения эффективности элиминации урогенитальной флоры при патоспермии.	234
<i>А. А. Волков, О. Н. Зубань</i> Туберкулез и рак почки.	236
<i>М. Я. Гаткин, А. В. Симашкевич, А. А. Осташевский</i> Случай инкрустации стента солями на фоне его длительного пребывания в мочевых путях.	237
<i>А. В. Гудков, А. В. Царева</i> Комплексное лечение пациенток с лейкоплакией мочевого пузыря. ...	239
<i>Е. Н. Давыдова, В. А. Максимов</i> Вторичная профилактика заболеваний предстательной железы в условиях мегаполиса Москвы.	241
<i>Н. К. Дзеранов, Д. А. Бешлиев, О. И. Аполихин, А. В. Казаченко</i> Протоколы ведения больных мочекаменной болезнью: медицинская, юридическая и экономическая необходимость.	243
<i>Ю. И. Журавлев, С. А. Худяшов, М. В. Кондратьев, О. А. Устинова</i> Ретрокавальный мочеточник: диагностика и лечение.	244
<i>Е. В. Ильинская, Р. Н. Лебедева</i> Лейкоплакия мочевого пузыря и иммунный статус пациенток.	245
<i>Е. А. Колесников, А. В. Газаматов, Д. В. Розаев, И. С. Попов, И. В. Трунов</i> Комплексный подход к проблеме различных нарушений половой функции у подростков.	246

<i>Г. П. Красильников, Е. В. Помешкин, Д. В. Троегузов, Г. В. Светикова</i> Инфекция мочевых путей у лиц пожилого возраста, страдающих за- держкой мочеиспускания	248
<i>Д. Г. Курбатов, Ю. Я. Кузнецкий, М. И. Петричко</i> Синдром хронической тазовой боли у больных с андрогенодефици- том.	250
<i>К. Б. Лелявин, Е. М. Лебедь, Л. В. Михалева</i> Особенности туберкулеза мочеполовых органов в Иркутской обла- сти	251
<i>Д. И. Маликов, М. В. Кондратьев, А. А. Осинцев</i> Оптимизация питания гериатрических больных онкоурологического профиля в период хирургического лечения	252
<i>А. В. Марков</i> Возможности и перспективы лечения эректильной дисфункции ап- паратом АБТУ-01 «Андро-Мед»	253
<i>Я. С. Наджимитдинов</i> Влияние строения чашечно-лоханочной системы на образование камней чашечек у детей	254
<i>Т. Н. Назаров</i> Причины неэффективности диспансеризации пациентов при нефро- литиазе	255
<i>К. Г. Нотов, И. Г. Уфинцева</i> Особенности дифференциальной диагностики при кистозных обра- зованиях почек.	257
<i>И. Р. Нуриев, И. М. Каримов, Н. И. Нуриев</i> Предварительные результаты исследования распространенности за- болеваний предстательной железы среди сотрудников крупного про- мышленного предприятия г. Казани (по результатам специализиро- ванного урологического осмотра)	258
<i>З. А. Павловская, И. В. Кульга, С. В. Павловский, В. И. Москов, Н. Н. Цветкова</i> Острая уратная нефропатия: диагностика, лечение, профилактика осложнений	259
<i>Т. С. Перепанова</i> Внутрибольничные инфекции мочевых путей в урологических ста- ционарах	261
<i>П. П. Салов, И. В. Салова</i> Диагностика и лечение климактерического синдрома у мужчин	262
<i>П. П. Салов, И. В. Салова</i> Значение половых гормонов в характере мочеиспускания.	263

<i>А. В. Серегин, Н. А. Шустецкий, К. Ю. Кашинцев, В. А. Енгай, В. В. Мовсисян</i>	
Роль факторов апоптоза и пролиферации в прогнозе рака почки.	264
<i>И. Э. Сибуль</i>	
Подпузырный лигатурный абсцесс	265
<i>М. А. Уйманова, О. К. Яценко</i>	
Баланопостит сегодня: его собенности	266
<i>Н. А. Хурсевич, В. Р. Латыпов, Е. М. Слонимская</i>	
Качество жизни больных локализованным раком предстательной железы в зависимости от вида проводимой терапии	268
<i>Р. Х. Чекушин, Н. Л. Медведева, И. И. Титяев</i>	
Мужское бесплодие — проблема междисциплинарная.	268
<i>А. Ю. Цуканов, П. А. Макаров, А. Б. Курицын, А. В. Стороженко</i>	
Социальная реабилитация геронтологических больных с надлобко- выми мочевыми дренажами.	270
<i>П. А. Щеплев, Н. Н. Гарин, Б. Р. Гвасалия</i>	
Тканевая инженерия: допустимо ли применение вакуумных устройств после операции?	271
<i>О. К. Яценко</i>	
Клиника, диагностика и лечение сексуальных дисфункций, спрово- ждающихся психологическими реакциями	272
<i>О. К. Яценко</i>	
Диагностика, лечение и реабилитация мужчин с сексуальными дис- функциями, сопровождающимися невротическими расстройствами . . .	274

Научное издание

**Актуальные вопросы диагностики и лечения
урологических заболеваний**

VI региональная
научно-практическая конференция
урологов Западной Сибири

Сборник научных трудов
под редакцией
доктора медицинских наук, профессора
А. И. Неймарка

Формат 60 90/16. Печать офсетная. Тираж 250 экз.
Типография ООО «Корвус»: Барнаул, ул. Северо-Западная, 2. Тел. 75-35-32