МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

WWW.CONGRESS-ROU.RU

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО УРОЛОГОВ

XIII СЪЕЗД, XVII КОНГРЕСС

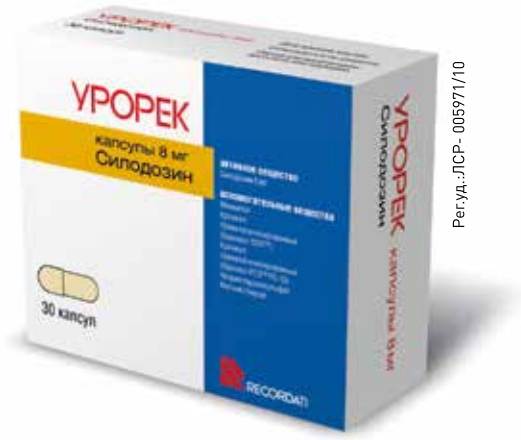
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

«110 лет Российскому обществу урологов»

8-10 ноября 2017, Москва, МВЦ «Крокус Экспо»

Для пациентов с СНМП, вызванными ДГПЖ, Уророк обеспечивает[1-6]:

- быстрое разрешение наиболее мучительных СНМП и устойчивый эффект при лечении ДГПЖ
- высокую эффективность лечения ДГПЖ при минимальном числе СС осложнений



Рег.уд.:ЛСР- 005971/10

СНМП – симптомы нижних мочевыводящих путей
ДГПЖ – доброкачественная гиперплазия предстательной железы
СС – сердечно-сосудистых
ИВО - инфравезикальная обструкция

1. Tatemichi S, et al. Yakugaku Zasshi. 2006;12:209-216. 2. Katzung BG. Basic and Clinical Pharmacology. 6th ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1995. 3. Data on file, Watson Laboratories, Inc. KMD-0005 Study Report. 4. Marks LS, Gittelman MC, Hill LA, Volinn W, Hoel G. J Urol. 2009;181:2634-2640. 5. Montorsi F. Eur Urol Suppl 2010; 9: 491-495. 6. Chapple CR. 25th EAU Congress, Barcelona 2010

ИНСТРУКЦИЯ (информация для специалистов) по медицинскому применению препарата УРОРЕК

Регистрационный номер: ЛСР-005971/10. **Торговое название:** Уророк. **Лекарственная форма:** капсулы. **МНН или группировочное название:** Силодозин. **Состав на одну капсулу:** Активное вещество: силодозин 4 мг или 8 мг. **Описание:** Твердые желатиновые капсулы желтого цвета размер 3 (для дозировки 4 мг). Твердые желатиновые капсулы белого цвета размер 0 (для дозировки 8 мг). **Фармакотерапевтическая группа:** средство лечения доброкачественной гиперплазии простаты. **Код АТХ:** [G04CA04]. **Фармакологические свойства: Фармакодинамика:** *Механизм действия*; Силодозин, высокоселективный конкурентный антагонист альфа$_{1A}$-адренорецепторов, которые в основном расположены в предстательной железе, в тканях дна и шейки мочевого пузыря, капсуле предстательной железы и простатической части мочеиспускательного канала. Блокада альфа$_{1A}$-адренорецепторов снижает тонус гладкой мускулатуры в этих тканях, что ведет к улучшению оттока мочи из мочевого пузыря. **Фармакокинетика:** Силодозин хорошо всасывается после перорального приема, абсорбция пропорциональна дозе. Абсолютная биодоступность составляет около 32 %. Силодозин экскретируется в основном в виде метаболитов и в очень малом количестве в неизмененном виде с мочой. Конечный период полувыведения T1/2 силодозина и глюкуронида составляет 11 часов и 18 часов соответственно. **Показания к применению:** Лечение симптомов доброкачественной гиперплазии предстательной железы. **Противопоказания к применению:** Гиперчувствительность к активному веществу или любому из вспомогательных компонентов или их непереносимость; Дети до 18 лет; Тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина менее 30 мл/мин); Тяжелая печеночная недостаточность (недостаточно клинических данных). **С осторожностью:** При легкой и умеренной почечной недостаточности (клиренс креатинина от 30 до 50 мл/мин). **Способ применения и дозы:** Рекомендуемая доза – 8 мг однократно, одновременно с приемом пищи, предпочтительно в одно и то же время суток. Необходимо проглатывать капсулу целиком, желательно запивать стаканом воды. **Побочное действие:** *Часто:* головокружение, ортостатическая гипотензия, диарея, заложенность носа; очень часто: ретроградная эякуляция, анэякуляция; нечасто: тошнота, сухость во рту, эректильная дисфункция. **Особые указания**: У пациентов, принимающих или принимавших альфа$_1$-адреноблокаторы, во время операции по поводу катаракты может возникать интраоперационный синдром «дряблой» радужки (ИСДР), что может привести к осложнениям во время операции. Пациентам, у которых запланирована операция по поводу катаракты, не рекомендуется начинать лечение силодозином. Рекомендуется прекращение лечения альфа$_1$-адреноблокаторами за 1–2 недели до такой операции. **Форма выпуска:** Капсулы по 4 мг и 8 мг. По 5 или 10 капсул в контурной ячейковой упаковке ПВХ/ПВДХ и алюминиевой фольги. По 1, 2, 3, 5, 9, 10 контурных ячейковых упаковок вместе с инструкцией по применению в картонной пачке. **Условия хранения:** Хранить в защищенном от света месте при температуре не выше 25 °C. Хранить в недоступном для детей месте. **Срок годности:** 3 года. **Условия отпуска из аптек:** По рецепту. **Производитель:** Производится компанией Рекордати химическая и фармацевтическая индустрия С.п.А. от имени Рекордати Ирландия Лтд, по лицензии Киссей Фармасьютикал Ко. Лтд, Мацумото, Япония. **Адрес места производства:** Виа М. Чивитали, 1, 20148, Милан, Италия. **Владелец регистрационного удостоверения:** Рекордати Ирландия Лтд, Ирландия Рахинз Ист, Рингаскидди, Ко. Корк.

Научно-информационный материал для работников здравоохранения

Организация, принимающая претензии:
ООО «Русфик», Россия 123610 г. Москва, Краснопресненская наб., д.12.
Телефон: +7 (495) 225-80-01; факс: +7 (495) 258-20-07, e-mail: info@rusfic.com

RECORDATI GROUP

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата ВИАТАЙЛ. МНН: силденафил. Регистрационное удостоверение: ЛП-003514. Состав: 1 таблетка содержит силденафила цитрата. Показания к

ВИАТАЙЛ®

Силденафил

Вива Танго Любви!

ЭНЕРГИЯ КРАСНОЙ ТАБЛЕТКИ
ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ,
ВКЛЮЧАЯ ПАЦИЕНТОВ С СНМП/ДГПЖ*. [1, 2]

* СНМП – симптомы нижних мочевых путей, ДГПЖ – доброкачественная гиперплазия предстательной железы. 1. Oztürk M et al. Efficacy of alfuzosin and sildenafil combination in male patients with lower urinary tract symptoms. Andrologia. 2012. 44. 791-795. 2. Kaplan, S.A. et. al. Combination of alfuzosin and sildenafil is superior to monotherapy in treating lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction. Eur Urol. 2007 Jun;51(6):1717-23. VIAT-Health-01-07-2017

Представительство компании с ограниченной ответственностью «Сан Фармасьютикал Индастриз Лимитед» (Индия), г. Москва. Адрес: 129223, Москва, Проспект Мира, д. 119, стр. 537/2. Тел.: +7 (495) 234-56-11. www.sunpharma.com/russia

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ. БОЛЕЕ ПОДРОБНУЮ ИНФОРМАЦИЮ СМОТРИТЕ В ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

Pfizer
VIAGRA

Наиболее востребованная дозировка[1]

100 мг

Выгодная стоимость за прием Оригинального Силденафила[2]

12

Препарат лидер в категории средств[3]

1-я ЛИНИЯ ТЕРАПИИ ЭД[4,5]

Решение для «постоянных» пациентов с ЭД

Литература: 1. Продажи в упаковках иФДЭ-5 по дозировкам в России за 2016 год, по данным IMS, предоставляются по требованию. **2.** Средняя цена упаковки за январь 2017 г. по данным IMS, в пересчете на одну таблетку. **3.** Доля рынка в упаковках препаратов иФДЭ-5 в России за 2016 год, по данным IMS, предоставляется по требованию. **4.** European Association of Urologists. Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation, available at: http://uroweb.org/guideline/male-sexual-dysfunction/ **5.** American Urology Association. The Management of Erectile Dysfunction: An Update, available at: http://www.auanet.org/common/pdf/education/clinical-guidance/Erectile-Dysfunction.pdf

Торговое название лекарственного средства: Виагра®. **Международное непатентованное название:** силденафил. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **Состав:** силденафила цитрат (эквивалентно 25 мг, 50 мг или 100 мг силденафила). **Фармакологические свойства:** силденафил – мощный селективный ингибитор циклогуанозинмонофосфат (цГМФ) – специфической фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ5). **Показания к применению:** лечение нарушений эрекции, характеризующихся неспособностью к достижению или сохранению эрекции полового члена, достаточной для удовлетворительного полового акта. Силденафил эффективен только при сексуальной стимуляции. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к силденафилу или к любому другому компоненту препарата; применение у пациентов, получающих постоянно или с перерывами донаторы оксида азота, органические нитраты или нитриты в любых формах, поскольку силденафил усиливает гипотензивное действие нитратов; совместное применение ингибиторов ФДЭ5, включая силденафил, со стимуляторами гуанилатциклазы, такими как риоцигуат, так как это может приводить к симптоматической гипотензии; совместный прием Виагры® с другими средствами лечения нарушений эрекции; непереносимость лактозы, дефицит лактазы, глюкозо-галактозная мальабсорбция; тяжелая печеночная недостаточность (класс С по классификации Чайлд-Пью); одновременный прием ритонавира; тяжелые сердечно-сосудистые заболевания (тяжелая сердечная недостаточность, нестабильная стенокардия, перенесенные в течение последних 6 месяцев инсульт или инфаркт миокарда, жизнеугрожающие аритмии, гипертензия (АД > 170/100 мм рт.ст.) или артериальная гипотензия (АД < 90/50 мм рт.ст.); пациенты с эпизодами развития неартеритной передней ишемической нейропатии зрительного нерва с потерей зрения в одном глазу; наследственный пигментный ретинит, по зарегистрированному показанию препарат Виагра® не предназначен для применения у детей до 18 лет и у женщин. **С осторожностью:** анатомическая деформация полового члена (ангуляция, кавернозный фиброз или болезнь Пейрони); заболевания, предрасполагающие к развитию приапизма (серповидно-клеточная анемия, множественная миелома, лейкоз, тромбоцитемия); заболевания, сопровождающиеся кровотечением; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения; нарушения функции печени; тяжелая почечная недостаточность (КК < 30 мл/мин); пациенты с эпизодом развития передней неартеритной ишемической нейропатии зрительного нерва в анамнезе; одновременный прием блокаторов альфа-адренорецепторов. **Способ применения и дозы:** внутрь. Рекомендуемая доза для большинства взрослых пациентов составляет 50 мг примерно за 1 час до сексуальной активности. С учетом эффективности и переносимости доза может быть увеличена до 100 мг или снижена до 25 мг. Максимальная рекомендуемая доза составляет 100 мг. Максимальная рекомендуемая кратность применения – один раз в сутки. Нарушения функции почек: при тяжелой почечной недостаточности (КК < 30 мл/мин) – дозу силденафила следует снизить до 25 мг. Нарушения функции печени: поскольку выведение силденафила нарушается у пациентов с повреждением печени (в частности, при циррозе), дозу препарата Виагра® следует снизить до 25 мг. Совместное применение с ритонавиром не рекомендуется. В любом случае максимальная доза препарата Виагра® ни при каких обстоятельствах не должна превышать 25 мг, а кратность применения – 1 раз в 48 часов. При совместном применении с эритромицином, саквинавиром, кетоконазолом, итраконазолом начальная доза препарата Виагра® должна составлять 25 мг. **Побочное действие:** обычно побочные эффекты препарата Виагра® слабо или умеренно выражены и носят преходящий характер. В исследованиях с применением фиксированной дозы показано, что частота некоторых нежелательных явлений повышается с увеличением дозы. Наиболее частые побочные явления: головная боль, вазодилатация («приливы» крови к коже лица). Частые побочные явления: головокружение, изменение зрения (затуманенное зрение, изменение чувствительности к свету), хроматопсия (легкая и преходящая, главным образом изменение восприятия оттенков цвета), учащенное сердцебиение, ринит (заложенность носа), диспепсия. При использовании препарата Виагра® в дозах, превышавших рекомендуемые, нежелательные явления были сходными с отмеченными выше, но обычно встречались чаще. **Особые указания:** сексуальная активность представляет определенный риск при наличии заболеваний сердца, поэтому перед началом любой терапии по поводу нарушений эрекции врачу следует направить пациента на обследование состояния сердечно-сосудистой системы.

Более подробную информацию см. в Инструкции (Инструкция по медицинскому применению препарата ВИАГРА® одобрена МЗ РФ П №15875/01)

Pfizer

ООО «Пфайзер: Россия, 123112, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной» (блок С).
Тел.: +7 495 287-50-00. Факс: +7 495 287-53-00. www.pfizerprofi.ru

PP-VIA-RUS-0032 29.03.2017

реклама

РУ: ЛП-003196 от 14.09.2015

Везомни

солифенацин/тамсулозин

Двойная сила в одной таблетке*

Краткая информация из инструкции по применению лекарственного препарата для медицинского применения Везомни РУ: ЛП-003196 от 14.09.2015. **Торговое название препарата**: Везомни. **Группировочное название**: Солифенацин+Тамсулозин. **Показания для применения**: лечение симптомов наполнения (ирритативных симптомов), от умеренных до сильно выраженных (ургентные позывы к мочеиспусканию, учащенное мочеиспускание), и симптомов опорожнения (обструктивных симптомов), связанных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы у мужчин. **Противопоказания**: повышенная чувствительность к активным веществам или любому из вспомогательных веществ, проведение гемодиализа, тяжелая печеночная недостаточность, тяжелая почечная недостаточность или умеренная печеночная недостаточность при одновременном лечении сильными ингибиторами изофермента CYP3A4 (например, кетоконазолом); наличие тяжелых желудочно-кишечных заболеваний (включая токсический мегаколон), миастении и закрытоугольной глаукомы, ортостатическая гипотензия, детский возраст до 18 лет (отсутствие данных по эффективности и безопасности). **С осторожностью**. Везомни следует с осторожностью назначать пациентам с тяжелой почечной недостаточностью, риском задержки мочеиспускания, с желудочно-кишечными обструктивными заболеваниями, с риском пониженной моторики желудочно-кишечного тракта, с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальным рефлюксом и пациентам одновременно принимающим лекарственные препараты (например бисфосфонаты), которые могут вызвать или усилить эзофагит; с автономной нейропатией; у пациентов с такими факторами риска, как синдром удлинения интервала QT и гипокалиемия, наблюдалась пролонгация интервала QT и тахикардия типа «пируэт». У некоторых пациентов, получавших лечение солифенацином после регистрации препарата, была отмечена анафилактическая реакция. При развитии анафилактических реакций лечение Везомни должно быть прекращено и необходимо проведение соответствующего лечения. Как и при использовании других α1-адреноблокаторов, при лечении тамсулозином в отдельных случаях может наблюдаться снижение артериального давления, которое в редких случаях может привести к обморочному состоянию. При первых признаках ортостатической гипотензии (головокружение, слабость) пациент должен сесть или лечь иоставаться в этом положении до тех пор, пока признаки не исчезнут. У некоторых пациентов, принимающих или ранее принимавших тамсулозина гидрохлорид, во время оперативного вмешательства по поводу катаракты и глаукомыотмечалось развитие синдрома интраоперационной нестабильности радужной оболочки глаза (синдром узкого зрачка), который может привести к осложнениям во время операции или в послеоперационном периоде. Не рекомендуется начинать терапию Везомни у пациентов, которым запланирована операция по поводу катаракты или глаукомы. Целесообразность отмены терапии Везомни за 1-2 недели до операции по поводу катаракты или глаукомы до сих пор не доказана. Во время предоперационного обследования пациентов хирург и врач-офтальмолог должны учитывать, принимает или принимал ли данный пациент Везомни. Это необходимо для подготовки к возможности развития во время операции синдрома интраоперационной нестабильности радужной оболочки глаза. Везомни следует использовать с осторожностью в комбинации с сильными и умеренными ингибиторами CYP3A4, например, верапамилом, кетоконазолом, ритонавиром, нелфинавиром, итраконазолом. Препарат не следует использовать у пациентов с нарушением метаболизма изофермента CYP2D6 в комбинации с сильными ингибиторами CYP3A4 или сильными ингибиторами CYP2D6, например, пароксетином. Пациенты с почечной недостаточностью: Везомни может применяться пациентами с легкой и умеренной почечной недостаточностью, но с осторожностью следует применять пациентам с тяжелой почечной недостаточностью. Пациенты с печеночной недостаточностью: Везомни может применяться пациентами с легкой печеночной недостаточностью (балл по шкале Чайлд-Пью ≤ 7). Пациентам с умеренной печеночной недостаточностью (7–9 баллов по шкале Чайлд-Пью) следует принимать препарат с осторожностью. Пациентам с тяжелой печеночной недостаточностью (балл по шкале Чайлд-Пью выше 9) применение Везомни противопоказано. **Способ применения и дозы**. Взрослые старше 18 лет, а также пожилые пациенты: внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки независимо от приема пищи. Таблетка должна быть принята целиком, ее нельзя разжевывать, так как это может повлиять на пролонгированное высвобождение активного вещества. **Побочное действие**. Везомни может вызвать побочные эффекты, связанные с м-холиноблокирующим действием солифенацина, чаще слабой или умеренной выраженности. Наиболее часто в ходе клинических исследований с применением Везомни сообщалось о таких побочных эффектах, как сухость во рту (9,5%), запор (3,2%) и диспепсия (включая боли в животе – 2,4%). К другим общим нежелательным реакциям относятся головокружение (1,4%), нечеткость зрения (1,2%), усталость (1,2%) и расстройства эякуляции (включая ретроградную эякуляцию – 1,5%). Острая задержка мочеиспускания (0,3%, редко) – это наиболее серьезный побочный эффект, который наблюдалсяв ходе лечения препаратом Везомни при проведении клинических исследований. Ниже приведены побочные реакции, зарегистрированные в ходе клинического исследования препарата Везомни. Приведены нежелательные реакции, о которых сообщалось в отношении отдельных компонентов (данные из инструкций лекарственных препаратов солифенацин 5 и 10 мг и тамсулозин 0,4 мг соответственно), и которые потенциально могут возникнуть при приеме препарата Везомни. Частота побочных реакций определяется следующим образом: очень часто (≥1/10); часто (≥1/100 до <1/10); нечасто (≥1/1000 до <1/100); редко (≥1/10000 до <1/1000); очень редко (<1/10000), неизвестно (невозможно оценить на основании имеющихся в наличии данных). ***Частота возникновения НР при приеме Везомни***. Нарушения со стороны нервной системы: головокружение – часто. Нарушения со стороны органов зрения: нечеткость зрения – часто. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: сухость во рту – часто, диспепсия – часто, запор – часто. Нарушения со стороны кожи и подкожной клетчатки: зуд – нечасто. Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей: задержка мочеиспускания – неизвестно. Нарушения со стороны репродуктивной системы: нарушения эякуляции – часто. Нарушения общего состояния: усталость – часто. Частота возникновения НР относительно отдельных активных веществ. *Солифенацин 5 мг и 10 мг.* Инфекции и инвазии: инфекции мочевыводящих путей – нечасто, цистит – нечасто. Нарушения со стороны иммунной системы: анафилактическая реакция – неизвестно*. Нарушения метаболизма и питания: снижение аппетита – неизвестно*, гиперкалиемия – неизвестно*. Психические нарушения: галлюцинации – очень редко*, психоз – очень редко*, бред – неизвестно*. Нарушения со стороны нервной системы: головокружение – редко*, сонливость – нечасто, дисгевзия – нечасто, головная боль – редко*. Нарушения со стороны органов зрения: нечеткость зрения – часто, сухость глаз – нечасто, глаукома – неизвестно*. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: тахикардия типа «пирует» - неизвестно*, удлинение интервала QT на электрокардиограмме – неизвестно*. Нарушения со стороны органов дыхания, грудной клетки и средостения: сухость в носу – нечасто, дисфония – неизвестно*. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: сухость во рту – очень часто, диспепсия – часто, запор – часто, тошнота – часто, боль в животе – часто, ГЭРБ – нечасто, сухость в горле – нечасто, рвота – редко*, толстокишечная непроходимость – редко, копростаз – редко, кишечная непроходимость – неизвестно*, дискомфорт в области живота – неизвестно*. Гепатобилиарные нарушения: нарушение функции печени – неизвестно*, повышение активности «печеночных ферментов» - неизвестно*. Нарушения со стороны кожи и подкожной клетчатки: зуд – редко*, сухость кожи – нечасто, сыпь- редко*, аллергическая сыпь – очень редко*, отек Квинке – очень редко*, мультиформная эритема – очень редко*, эксфолиативный дерматит – неизвестно*. Нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата: мышечная слабость – неизвестно*. Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей: задержка мочеиспускания – редко, затруднение мочеиспускания – нечасто, почечная недостаточность – неизвестно*. Нарушения общего состояния: усталость – нечасто, периферический отек – нечасто. *Тамсулозин 0,4 мг.* Нарушения со стороны нервной системы: головокружение – часто, головная боль – нечасто, обморок – редко. Нарушения со стороны органов зрения: интраоперационная нестабильность радужной оболочки – неизвестно*. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: ощущение сердцебиения – нечасто, фибрилляция предсердий – неизвестно*, аритмия – неизвестно*, тахикардия – неизвестно*, ортостатическая гипотензия – нечасто. Нарушения со стороны органов дыхания, грудной клетки и средостения: ринит – нечасто, одышка – неизвестно*. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: запор – нечасто, тошнота – нечасто, диарея – нечасто, рвота – нечасто. Нарушения со стороны кожи и подкожной клетчатки: зуд – нечасто, сыпь – нечасто, аллергическая сыпь – нечасто, синдром Стивна-Джонсона – очень редко, отек Квинке – редко. Нарушения со стороны репродуктивной системы: нарушения эякуляции – часто, приапизм – очень редко. Нарушения общего состояния: астения – нечасто. *:наблюдались после регистрации препарата. В связи с тем, что данные были получены методом спонтанных сообщений в период после регистрации, определение частоты и причинно-следственной связи с приемом тамсулозина и солифенацина представляется затруднительным.Долгосрочные данные по безопасности Везомни: виды и частота нежелательных реакций, которые наблюдались в ходе лечения в течение 1 года препаратом Везомни, совпадали с данными, которые наблюдались в ходе 12-недельного исследования. Препарат хорошо переносится и не было выявлено особых нежелательных реакций, связанных с длительным приемом препарата. **Взаимодействие с другими лекарственными препаратами и другие виды взаимодействия**. Взаимодействие с ингибиторами CYP3A4 и CYP2D6: одновременное применение солифенацина и кетоконазола (200 мг в день), мощного ингибитора изофермента CYP3A4, вызывало двукратное увеличение AUC солифенацина, а в дозе 400 мг/день – трехкратное увеличение. Одновременное применение тамсулозина с кетоконазолом в дозировке 400 мг/день приводит к увеличению Cmax и AUC тамсулозина в 2,2 и 2,8 раза соответственно. Одновременный прием Везомни с верапамилом (умеренный ингибитор CYP3A4) приводит к увеличению Cmax и AUC тамсулозина в 2,2 раза и увеличению Cmax и AUC солифенацина приблизительно в 1,6 раза. Одновременный прием тамсулозина с сильным ингибитором CYP2D6 пароксетином (20мг/день) приводит к увеличению Cmax и AUC тамсулозина в 1,3 и 1,6 раза соответственно. Поскольку солифенацин и тамсулозин метаболизируются изоферментом CYP3A4, возможны фармакокинетические взаимодействия с индукторами изофермента CYP3A4 (например, рифампицином). Другие взаимодействия. Солифенацин может снизить эффект лекарственных препаратов, стимулирующих моторику желудочно-кишечного тракта, например – метоклопрамида и цизаприда. Исследования *in vitro* показали, что в терапевтических концентрациях солифенацин не ингибирует изоферменты CYP1A1/2, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 или 3A4. Поэтому маловероятно, что солифенацин изменит клиренс лекарств, метаболизируемых этими изоCYP-ферментами. Прием солифенацина не вызывал изменений фармакокинетики R-варфарина или S-варфарина или их влияния на протромбиновое время. Прием солифенацина не оказывает воздействия на фармакокинетику дигоксина. Одновременное назначение других блокаторов α1-адренорецепторов может привести к гипотензивному эффекту. Диазепам, пропранолол, трихлорметиазид, хлормадинон, амитриптилин, диклофенак, глибенкламид, симвастатин и варфарин не изменяют свободную фракцию тамсулозина в плазме человека *in vitro*. В свою очередь, тамсулозин также не изменяет свободные фракции диазепама, пропранолола, трихлорметиазида и хлормадинона. Диклофенак и варфарин могут увеличивать скорость выведения тамсулозина. При одновременном применении с фуросемидом отмечено некоторое снижение концентрации, однако это не требует изменения дозы, поскольку концентрация препарата остается в пределах нормального диапазона. Исследования in vitro показали, что в терапевтических концентрациях тамсулозин не ингибирует изоферменты CYP1A1/2, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 или 3A4. Поэтому маловероятно, что тамсулозин изменит клиренс лекарств, метаболизируемых этими изоCYP-ферментами. При назначении тамсулозина вместе с атенололом, эналаприлом или теофиллином взаимодействий обнаружено не было. **Условия отпуска из аптек**: по рецепту врача.

** Действие двух действующих веществ: солифенацина сукцината 6,0 мг и тамсулозина гидрохлорида 0,4 мг*

Информация для специалистов здравоохранения
Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Везомни РУ: ЛП-003196 от 14.09.2015. С инструкцией можно ознакомиться на сайте www.grls.rosminzdrav.ru

АО «Астеллас Фарма».
109147, Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16.
Тел. +7 (495) 737-07-56. Факс +7 (495) 737-07-50.

astellas

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

реклама
VSO/2017/0010/RU/SEPT/KASHT

- **Таваник® — высокая эффективность эмпирической терапии хронического простатита и инфекций мочевыводящих путей[1-5]**
  - ✓ Высокая концентрация в моче и тканях[5, 6]
  - ✓ Широкий спектр действия[7]
- **Таваник® — антибиотик №1 в назначениях урологов[8]**

ТАВАНИК®. МЕЖДУНАРОДНОЕ НЕПАТЕНТОВАННОЕ НАЗВАНИЕ. Левофлоксацин. **ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ВЕЩЕСТВО.** Левофлоксацин. **ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА.** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА.** Таваник® — синтетический антибактериальный препарат широкого спектра действия из группы фторхинолонов, содержащий в качестве активного вещества левофлоксацин — левовращающий изомер офлоксацина. Левофлоксацин блокирует ДНК-гиразу и топоизомеразу IV, нарушает суперспирализацию и сшивку разрывов ДНК, ингибирует синтез ДНК, вызывает глубокие морфологические изменения в цитоплазме, клеточной стенке и мембранах микробных клеток. Левофлоксацин активен в отношении большинства штаммов микроорганизмов в условиях как in vitro, так и in vivo. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ.** Бактериальные инфекции, чувствительные к левофлоксацину, у взрослых: острый синусит, обострение хронического бронхита, внебольничная пневмония, неосложненные инфекции мочевыводящих путей, осложненные инфекции мочевыводящих путей (включая пиелонефрит), хронический бактериальный простатит, инфекции кожных покровов и мягких тканей, для комплексного лечения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза, профилактика и лечение сибирской язвы при воздушно-капельном пути заражения. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** Гиперчувствительность к левофлоксацину или другим хинолонам, а также к любому из вспомогательных веществ препарата Таваник®; эпилепсия; поражения сухожилий при применении фторхинолонов в анамнезе; псевдопаралитическая миастения (myasthenia gravis); детский и подростковый возраст до 18 лет (в связи с незавершенностью роста скелета, так как нельзя полностью исключить риск поражения хрящевых точек роста); беременность (нельзя полностью исключить риск поражения хрящевых точек роста у плода); период грудного вскармливания (нельзя полностью исключить риск поражения хрящевых точек роста костей у ребенка). **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ.** Таблетки Таваник® 250 мг или 500 мг принимают внутрь один или два раза в сутки. Таблетки следует проглатывать, не разжевывая и запивая достаточным количеством жидкости (от 0,5 до 1 стакана). При необходимости таблетки можно разламывать по разделительной бороздке. Режим дозирования определяется характером и тяжестью инфекции, а также чувствительностью предполагаемого возбудителя. Продолжительность лечения варьирует в зависимости от течения заболевания. Рекомендуемые режим дозирования и продолжительность лечения у пациентов с нормальной функцией почек (КК > 50 мл/мин): острый синусит — по 2 таблетки Таваник® 250 мг или по 1 таблетке Таваник® 500 мг 1 раз в сутки 10–14 дней; обострение хронического бронхита — по 2 таблетки Таваник® 250 мг или по 1 таблетке Таваник® 500 мг 1 раз в сутки 7–10 дней; внебольничная пневмония — по 2 таблетки Таваник® 250 мг или по 1 таблетке Таваник® 500 мг 1–2 раза в сутки 7–14 дней; неосложненные инфекции мочевыводящих путей — по 1 таблетке Таваник® 250 мг 1 раз в сутки 3 дня; осложненные инфекции мочевыводящих путей — по 2 таблетки Таваник® 250 мг 1 раз в сутки или по 1 таблетке Таваник® 500 мг 1 раз в сутки 7–14 дней; пиелонефрит — по 2 таблетки Таваник® 250 мг 1 раз в сутки или по 1 таблетке Таваник® 500 мг 1 раз в сутки 7–10 дней; хронический бактериальный простатит — по 2 таблетки Таваник® 250 мг или по 1 таблетке Таваник® 500 мг 1 раз в сутки 28 дней; инфекции кожных покровов и мягких тканей — по 2 таблетки Таваник® 250 мг или по 1 таблетке Таваник® 500 мг 1–2 раза в сутки 7–14 дней; комплексное лечение лекарственно-устойчивых форм туберкулеза — по 1 таблетке Таваник® 500 мг 1–2 раза в сутки — до 3 месяцев; профилактика и лечение сибирской язвы при воздушно-капельном пути заражения — по 2 таблетки Таваник® 250 мг или по 1 таблетке Таваник® 500 мг 1 раз в сутки в течение 8 недель. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ.** Головная боль, головокружение; диарея, рвота, тошнота; повышение активности печеночных ферментов в крови (например, аланинаминотрансферазы — АлАТ, аспартатаминотрансферазы — АсАТ), увеличение активности щелочной фосфатазы (ЩФ) и гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ); бессонница. Редко возможна острая почечная недостаточность. С неизвестной частотой (постмаркетинговые данные) возможны: токсический эпидермальный некролиз; рабдомиолиз, разрыв сухожилия; гипергликемия, гипогликемическая кома; анафилактический шок, анафилактоидный шок; тяжелая печеночная недостаточность, включая случаи развития острой печеночной недостаточности; нарушения психики с нарушениями поведения с применением себе вреда. Остальные нечастые, редкие и очень редкие побочные эффекты представлены в полной инструкции по медицинскому применению препарата. **ПЕРЕДОЗИРОВКА.** В случае передозировки требуется тщательное наблюдение за пациентом, включая мониторирование электрокардиограммы. Лечение симптоматическое. В случае острой передозировки таблеток Таваник® показано промывание желудка и введение антацидов для защиты слизистой оболочки желудка. Левофлоксацин не выводится посредством диализа (гемодиализа, перитонеального диализа и постоянного амбулаторного перитонеального диализа). Специфического антидота не существует. **ФОРМА ВЫПУСКА.** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг: по 3, 5, 7 или 10 таблеток в блистер из ПВХ/алюминиевой фольги; по 1 блистеру вместе с инструкцией по применению в картонную пачку. Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг: по 5, 7 или 10 таблеток в блистер из ПВХ/алюминиевой фольги; по 1 блистеру вместе с инструкцией по применению в картонную пачку. Срок годности — 5 лет. **УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК.** По рецепту. **РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР.** П N012242/01 от 21.07.15. **Перед приемом необходимо ознакомиться с полной инструкцией по применению препарата.**

* Исходя из клинических данных, указывающих на высокую клиническую и бактериологическую эффективность терапии хронического простатита и инфекций мочевыводящих путей (Cai T. The Journal of Microbiology. 2011; 49(3): 448–454. European Association of Urology, Guidelines on Urological In Infections. 2013). [1] Paglia M. et al. Current Medical Research & Opinion. 2010; 26(6): 1433–1441. [2] Peterson J. et al. Urology. 2008; 71: 17–22. [3] Singh K. P. et al. Antimicrobial Agents and Chemotherapy. 2013; 57(11): 5284–5290. [4] Zhang Z. C. et al. Asian Journal of Andrology. 2012; 14: 870–874. [5] Drusano G. L. et al. Antimicrobial Agents and Chemotherapy. 2000; 44: 2046–2051. [6] Richard G. et al. Infectious Diseases in Clinical Practice. 1998; 9: 323–329. [7] Cai T. The Journal of Microbiology. 2011; 49(3): 448–454. [8] Исследование Prindex «Мониторинг назначений лекарственных препаратов» компании ООО «Синовейт Комком», ноябрь 2015 г. в 11 крупнейших городах РФ (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Новосибирск, Нижний Новгород, Самара, Ростов-на-Дону, Воронеж, Казань, Уфа, Омск).

SANOFI

Представительство АО «Санофи-авентис груп» (Франция) 125009, Москва, ул. Тверская, 22.
Тел.: (495) 721-14-00. Факс: (495) 721-14-11. www.sanofi.ru.
SARU.LEV.16.06.0748

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие 39
110 лет Российскому Обществу Урологов 40

Раздел I: ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ В ВИДЕ ПРЕЗЕНТАЦИЙ

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХНА ПОЧКЕ 47

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРКУТАННОЙ ХИРУРГИИ НЕФРОЛИТИАЗА 65

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ, ХИРУРГИЯ БЫСТРОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ 87

ОСЛОЖНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ С РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ ДЕРИВАЦИИ МОЧИ 109

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПРОТЯЖЕННЫХ ДЕФЕКТОВ МОЧЕТОЧНИКОВ ПОСЛЕ КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ 125

ОСЛОЖНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ РЕЗЕКЦИЙ И ЭВИСЦЕРАЦИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СВОБОДНЫХ И ПЕРЕМЕЩЕННЫХ КОЖНО-МЫШЕЧНО-ФАСЦИАЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ 129

Раздел II: МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

P.Gavrilov , O.Angerri, E.Emiliani , F. Millán, H. Villavicencio
Holmium Laser settings during lithotripsy of different types of kidney stones **148**

И.А. Абоян, К.А. Ширанов, Д.А. Ромоданов, Е.Н. Гуськова, С.М. Пакус, С.В. Павлов
Определение уровня маркеров острого повреждения почки у пациентов после ретроградной уретерореноскопии **148**

Д.В. Абрамов, М.Б. Дырдик, Ф.А.Севрюков, Д.С. Ледяев, И.В. Юдеев, В.А. Атдуев
Сравнительные результаты рентген-контролируемой перкутанной нефролитолапаксии (ПНЛЛ) и нефролитолапаксии, выполняемой исключительно под ультразвуковым (УЗ) контролем. **148**

Д.В. Абрамов, М.Б. Дырдик, Д.С. Ледяев , А.А. Данилов, И.С. Шевелев, В.А. Атдуев
Перкутанная нефролитолапаксии (ПНЛЛ) под ультразвуковым (УЗ) контролем при коралловидном нефролитиазе (КН) **149**

С.М. Алфёров, С.А. Левицкий, М.А. Гришин
Преимущества мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике мочекаменной болезни **149**

С.М. Алфёров, С.А. Левицкий
Апоплексия чашечно-лоханочной системы при почечной колике **150**

Н.А. Амосов, С.Б. Уренков, А.А. Подойницын, С.Г. Есин
Использование наропина для дополнительного обезболивания чрескожного хода при перкутанных операциях. **151**

Н.А. Амосов, С.Б. Уренков, А.А. Подойницын, А.Е. Иванов
Выбор метода для удаления резидуальных фрагментов коралловидного камня после чнлт. **151**

И.В. Баженов, С.Г. Вахлов, С.А. Бурцев, В.О. Данилов, В.В. Егоров, И.В. Поспелов, Д.А. Деминов, А.Д. Семаков
Послеоперационные осложнения после перкутанной нефролитотрипсии у пациентов с мочекаменной болезнью 152

Ф.С. Бова, А.А. Сушков, С.Б. Рычева, А.Х. Ферзаули
Дистанционная литотрипсия, как первая линия в лечении мочекаменной болезни 152

П.В. Веренинов, В.В. Мусохранов, Е.М. Новиков
Дефицит системного стероидного фактора у пациентов с оксалатным типом образования камней. 153

Е.А. Варенцов, П.Н. Соломатников, Е.В. Щуренков, И.С. Лапшин, В.А. Портной
Контактная уретеролитотрипсия у беременных с высоким риском развития обструктивного пиелонефрита на фоне уролитиаза 153

Е.И. Велиев, И.В. Серёгин, Е.В. Филимонов, М.И. Мартынов
Трансуретральная пиелокаликолитотрипсия камней почек ≤ 1см. 154

Е.И. Велиев, И.В. Серёгин, Е.В Филимонов, Н.С. Мулабаев, М.И. Мартынов
Осложнения чрезкожной пункционной нефролитотомии при мочекаменной болезни. 154

Д. Ю. Волков, В. А. Андреев, С. В. Попова, Е. Н. Горбунова, И. Х. Геюшев, И. М. Астафьев
Интегрированнй подход в лечении мочекаменной болезни 155

А.Г. Гамзатов, К.М. Арбулиев, Г.А. Газимагомедов, Н.М. Гусниев
К вопросу лечения гидронефроза. 156

П.В. Глыбочко, Л.М. Рапопорт, М.Э. Еникеев, Д.Г. Цариченко, Е.В. Шпоть, Д.О. Королев, А.А. Воробьев
Лапароскопическая пиелолитотомия в аномалийных почках 156

П.В. Глыбочко, Л.М. Рапопорт, М.Э. Еникеев, Д.Г. Цариченко, Е.В. Шпоть, Д.О. Королев, А.А. Воробьев
Роль лапароскопической пиелолитотомии в современной хирургии нефролитиаза 157

С.А. Голованов, Н.В. Анохин, А.В. Сивков, В.В. Дрожжева, М.Ю. Просянников
Интенсивность экскреции камнеобразующих веществ и метаболический тип мочевого камня 157

С.А. Голованов, М.И. Андрюхин, А.М. Поликарпов, М.Ю. Просянников, Д.С. Меринов, А.В. Сивков, А.В. Казаченко
Многоточечный анализ минерального состава коралловидных камней 158

В.А. Григорян, В.И. Руденко, М.Э. Еникеев, Ж.Ш. Иноятов, Ю.Л. Демидко, И.Г. Краев, Л.С. Демидко
Факторы риска остеопороза при мочекаменной болезни 158

Б.Г. Гулиев, Е.О. Стецик, А.Ю. Заикин
Перкутанное лечение коралловидного нефролитиаза 159

Б.Г. Гулиев, Е.О. Стецик, А.Ю. Заикин
Подкапсульная гематома почки после контактной уретеролитотрипсии 159

Б.Г. Гулиев, Е.О. Стецик, А.Ю. Заикин
Прогнозирование инфекционных осложнений перкутанной нефролитотрипсии 160

С.П. Даренков, Н.В. Зайцев, Д.В. Сачков, Т.А. Мударисов
Осложнения перкутанной нефролитотомии: 10-летний опыт. 161

М.И. Давидов, А.М. Игошев, О.Е. Никонова
Профилактика осложнений дистанционной дистанционной ударно-волновой литотрипсии 161

В.Н. Журавлев, И.В. Баженов, С.Г. Вахлов, В.О. Данилов,
А.А. Макарян, С.Д. Чернышев, И.В. Кочмашев, В.Е. Шерстобитов
Возможности компьютерной томографии в диагностике кровотечения после перкутанной нефролитотрипсии 162

А.Ю. Зубков ,М.Э. Ситдыкова
Воспалительные осложнения контактной уретеролитотрипсии 162

В.Ю. Иванов , В.А. Малхасян, И.В. Семенякин, Р.Ю. Андреев
Анализ осложнений после перкутанных нефролитотрипсий. 163

В.Ю. Иванов, В.А. Малхасян, И.В. Семенякин, Р.Ю. Андреев
Малоинвазивные методы лечения инкрустированных мочеточниковых стентов 163

С.Н. Калинина, О.О. Бурлака, С.А. Маджидов, М.С. Александров, А.Л. Павлов, П.С. Выдрин
Диагностика, лечение и комбинированная метафилактика у больных с мочекаменной болезнью 165

М.И. Коган, И.И. Белоусов, Акеф Яссине Маарyф
Эффективность комбинации ДЛТ с силодозином при камнях проксимального отдела мочеточника. 165

Ф.Г. Колпациниди, А.Г. Мартов, П.С. Кызласов, А.А. Кажера, А.И. Боков, А.Н. Абдулхамидов
Сравнение стадартной чрескожной и миниперкутанной нефролитолапаксии 166

А.И. Корнев, А.А. Борискин
Выбор положения пациента на операционном столе для проведения ретроперитонеоскопической операции. 166

С.В. Котов, С.В. Беломытцев, И.Э. Мамаев, Д.Н. Суренков
Мочекаменная болезнь: оценка случаев госпитализации и эволюция подходов к лечению на примере трех отделений урологии г. Москвы в период 2012-2016 167

А.Г. Коцарь, И.М. Холименко, М.Г. Шумакова
Автоматизированная система поддержки принятия решений по прогнозированию, диагностике, профилактике и лечению мочекаменной болезни 167

Е.В. Кочерова, А.А. Кочеров, О.В. Золотухин, М.В. Лозинский, О.В. Фирсов
Перкутанная нефролитолапаксия как метод лечения крупных и коралловидных камней единственной или единственно-функционирующей почки 168

А.Д. Кочкин, Э.А. Галлямов, В.Л. Медведев, Р.Г.Биктимиров, А.Г. Мартов,
Ф.А. Севрюков , А.В. Кнутов, Д.В. Семёнычев, А.Б. Новиков, А.Е. Санжаров, В.П. Сергеев
Лапароскопическая пиелолитотомия при коралловидном нефролитиазе. Мультицентровое исследование. 168

В.Ф. Куликовский, С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, А.А. Невский
Частота послеоперационных кровотечений после перкутанной хирургии нефролитиаза 169

В.Ф. Куликовский, С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, А.А. Невский
Факторы риска геморрагических осложнений после перкутанной хирургии нефролитиаза 169

М.М. Кутлуев, К.С. Мочалов, Р.Р. Фархутдинов
Перспектива использования биологических маркеров при различных видах дробления конкрементов мочевой системы 170

В.В. Ларин, О.И. Путилин
Перкутанная нефролитотрипсия при коралловидном нефролитиазе 170

И.Э. Мамаев, А.А. Кравец, Е.А.Пронкин, К.И. Глинин, Ш.Б. Ягудин, А.В. Макарченко, М.А. Шоайдаров, К.К. Ахмедов
Результаты контактной уретеролитотрипсии при конкрементах мочеточника различной локализации. 171

А.Г. Мартов, М.А. Гусейнов, А.С. Андронов
Первый опыт лазерной тулиевой уретеролитотрипсии. 171

А.Г. Мартов, А.С. Андронов, С.В. Дутов, Д.В. Ергаков, Р.А. Тахаев, З.И. Кильчуков, С.А. Москаленко
Особенности оперативного лечения камней почки, располагающихся в нижней чашечке 172

Д.С. Меринов, В.А. Епишов, А.В. Артемов, Л.Д. Арустамов, Ш.Ш. Гурбанов
Анализ осложнений перкутанных вмешательств по классификации Клавьен-Дидо у пациентов с коралловидными камнями почек К3-К4 173

Д.С.Меринов, Л.Д.Арустамов, А.В.Артемов, Ш.Ш.Гурбанов, В.А.Епишов
Осложнения перкутанной нефролитотомии, в зависимости от индекса массы тела, у пациентов с крупными и коралловидными камнями почек 173

Д.С. Меринов, Ш.Ш. Гурбанов, А.В. Артемов, Л.Д. Арустамов, В.А. Епишов
Первый опыт применения симультанной бипортальной перкутанной нефролитотрипсии при полных коралловидных камнях (К3-4) 174

Д.С. Меринов, Ш.Ш. Гурбанов, А.В. Артемов, Л.Д. Арустамов, В.А. Епишов
Роль гемостатического матрикса при бездренажной методике выполнения перкутанной нефролитотрипсии 174

Д.С. Меринов, Ш.Ш. Гурбанов, А.В. Артемов, Л.Д. Арустамов, В.А. Епишов
Сравнительный анализ эффективности контактной гольмиевой и ультразвуковой литотрипсии при выполнении минимально-инвазивной перкутанной нефролитотомии 175

И.С. Мудрая, Ш.Ш. Гурбанов, Д.С. Меринов, М.Ю. Просянников
Перкутанная нефролитотрипсия и функция верхних мочевых путей у пациентов с крупными камнями почки 175

И.С.Мудрая, В.И.Кирпатовский, А.В.Казаченко
Функция мочеточника при мочекаменной болезни 176

Л.А. Нерсисян, Д.А. Мазуренко, М.М. Климкова, В.Е. Синицын, Н.К. Гаджиев, А.Г. Мартов
Двухэнерегитическая компьютерная томография для определения состава мочевых камней 176

В.Г. Новоселов, А.В. Зырянов, И.Б. Попов, Д.В. Бузолин, В.В. Кривощапов , Т.Н. Сайидов, И.В. Павлова
Опыт миниперкутанной нефролитотрипсии в лечении камней верхних мочевых путей 177

В.Н. Павлов, А.А. Измайлов, А.О. Папоян, А.Р. Загитов
Перкутанная нефролитотрипсия при подковообразной почке 177

М.В. Паронников, Л.М. Синельников, А.А. Янцев, Н.П. Кушниренко, А.В. Рассветаев, Н.Н. Харитонов, А.Б.Саматыго, А.Ю. Сергиенко
Метафилактика фосфатного уролитиаза у пациентов без выраженных метаболических нарушений 178

В.М. Попков, А.Н. Понукалин, М.В. Солдатенко, А.В. Стативко, Д.Н. Хотько, Э.Н. Гаджиев
Причины, частота и профилактика осложнений нефролитолапаксии. 178

В.А. Пронин, М.А. Вахрушева, В.И. Трусов, В.В. Свиридов, В.А. Волошаненко
Опыт лечения коралловидного нефролитиаза. 179

М.Ю. Просянников, И.А. Шадёркин, О.В. Константинова, С.А. Голованов, Н.В. Анохин, М.М. Зеленский, Д.А. Войтко, М.Г. Гамзаев, О.В. Джалилов, О.И. Аполихин, А.В.Сивков
Оценка стереотипа питания пациентов с мочекаменной болезнью 179

В.Е. Рязанцев, Е.В. Рязанцев, М.А. Казаева
Эффективность и осложнения трансуретральной контактной уретеролитотрипсии при камнях мочеточников 180

И.В. Серегин, М.И. Мартынов, Т.О. Экономическая, Е.В. Филимонов, Е.И. Велиев
Эффективность трансуретральной ретроградной и перкутанной антеградной уретеролитотрипсии при лечении камней проксимального отдела мочеточника ≥10 мм. 180

А.В. Сивков, С.А. Голованов, М.И. Андрюхин, А.М. Поликарпова, А.В. Казаченко, М.Ю. Просянников, Д.С. Меринов
Анализ минерального состава коралловидных камней в изучении особенностей их формирования 181

В.А. Скнар, И.Л. Шукаев, И.А. Абоян, С.В. Павлов
Рентгенофазовый анализ мочевых конкрементов: оценка целесообразности прокаливания первичных образцов 181

В.А. Скнар, С.В. Павлов, О.В. Зиньковская, Н.Б. Волконская, А.А. Филиппович
Эффективность нисходящего литолиза Блемареном и его влияние на плотность мочекислых и смешанных конкрементов 182

Г.А. Степаненко
Контактная лазерная литотрипсия мочевых камней (первый опыт) 182

О.С. Стрельцова, Д.П. Почтин, И.Д. Еранов, Р.И. Косицын, В.И. Бредихин, О.Л. Антипов, В.А. Каменский, Е.В. Гребенкин
Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений лазерной литотрипсии 183

Р.Н. Трушкин, А.Е. Лубенников, П.Т. Сурков, А.В. Баранов
Перкутанная нефролитоэкстракция под рентгенологическим контролем. 183

Е.В. Филимонов, И.В. Серёгин, М.И. Мартынов, Е.И. Велиев
Пневматическая и ультразвуковая дезинтеграция камней почек > 2см при чрескожной нефролитотрипсии. 184

М.А.Франк, В.И. Мирошниченко, Р.Ш. Шамуратов, К.И. Капустин, М.О. Мурзин, М.М. Урьев
Лапароскопическая хирургия в лечении крупных камней мочеточника. 184

Е.И. Фурсов
Эффективность, безопасность и осложнения ретроградной пневматической контактной уретеролитотрипсии (КУЛТ) при лечении больных уретеролитиазом по материалам работы урологического отделения ГУЗ Липецкая ГБ№4 «Липецк-Мед» 185

А. И. Хотько, В.М. Попков, Н.Б. Захарова, Д.Н. Хотько, А.Б. Полозов, Т.В. Степанова
Биомаркеры мочи у больных нефролитиазом до и в процессе разрешения обструкции. 185

А.Ю. Цуканов, П.А. Макаров, Д.Ю. Бормотов, Е.В. Бурнес, Д.Э. Петряев
Опыт внедрения перкутанной нефролитолапаксии в условиях оказания неотложной урологической помощи. 186

М.Л. Чехонацкая, А. Н. Россоловский, Д. А. Бобылев, И. А. Крючков, О. В. Основин
Взаимосвязь эффективности метода дистанционной ударно-волновой литотрипсии у больных нефролитиазом с показателями плотности и размера конкрементов по данным компьютерной томографии. 186

А.Ю. Шестаев, П.А. Бабкин, Н.П. Кушниренко, А.В. Рассветаев, Н.Н. Харитонов, А.Б. Саматыго, В.А. Кормаков
Применение локальной вибротерапии в лечении резидуальных камней мочеточников после дистанционной ударно-волновой литотрипсии у больных нефролитиазом 187

А.Ю. Шестаев, И.М. Питомцев, Н.Ю. Игловиков, Н.П. Кушниренко, Н.Н. Харитонов
Тактика лечения больных с конкрементами дистальных отделов мочеточников 187

С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, А.А. Невский
Распространенность нефролитиаза у пациентов подвергшихся перкутанной хирургии 188

С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, А.А. Невский, А.В. Любушкин
Интраоперационные геморрагические осложнения при перкутанной хирургии нефролитиаза 188

С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, А.А. Невский, А.В. Любушкин
Профилактика пиелонефрита при перкутанной хирургии коралловидного нефролитиаза 189

Р.Е. Шульгин
Опыт выполнения перкутанных нефролитотрипсий 189

И. Шустер, Б.Б. Борчишин, А.А. Новиков, Я.Б. Шустер, О.Г. Новикова
Неинвазивная ультразвуковая санация мочеточниковых стентов: изменения гидродинамических показателей и ультраструктуры биопленок 190

П.И. Шустер
Возрастной андрогенный дефицит и уратный нефролитиаз: повышение эффективности литолитической терапии и профилактика рецидивирования 191

III ОНКОУРОЛОГИЯ

P. Gavrilov , A. Breda, A. Territo, M. Manfredi, A. Guttilla, L. Quaresima, J. Gaya, F. Algaba, J. Palou, H. Villavicencio
Confocal laser endomicroscopy in upper tract urothelial cancer (UTUC) 194

P.Gavrilov , O. Angerri, E.Emiliani , J. Palou, H. Villavicencio
En bloc ho:yag laser resection of utuc by percutaneos approach 194

I . Kolombo, A . Chamzin, J . Doležal, R . Zachoval, I. Šimoník, M . Vagundová, J. Tvarůžek
Radical Prostatectomy (RP) in the Era of daVinci Robotic Surgery - 10 years of Experience from the largest Robotic Center St. Zdislava, Czech Republic 195

И.И. Абдуллин, Ф.А. Коссов, Б.Ш. Камолов, Е. Баранова, В.О. Панов, В.В. Капустин
Fusion-биопсии простаты, как способ преодолеть ошибки стандартной биопсии 196

И.А. Абоян, К.И. Бадьян, А.М. Галстян, С.Л. Слюсарев, Л.Л. Маликов, Д.С. Павлов
Диагностика гистологического рецидива рака простаты после ультразвуковой абляции (HIFU): 196

И.А. Абоян, С.Л. Слюсарев, С.В. Грачев, А.З. Гиоев
Современные элементы профилактики осложнений после радикальной цистэктомии у мужчин 197

И.А. Абоян, С.М. Пакус, С.В Грачев., С.В. Шашкин, К.В. Березин, Д.И. Пакус
Ранее восстановление удержания мочи после роботассистированной простатэктомии. Оптимизация хирургической техники. 197

И.А. Абоян, И.В. Куликов
Лазерная резекция опухолей мочевого пузыря эффективное средство снижения количества осложнений трансуретральной хирургии 198

И. А. Абоян, С.В. Грачев, И. В. Куликов, В.В. Черноусов
Чрескожная криодеструкция злокачественных опухолей почки с применением КТ навигации. Опыт КДЦ «Здоровье» **198**

А.Ю. Авакян, А.Л.Кошкакарян, В.В. Антошкин, А.В. Донцов, Г.Н. Карабаева, О.С. Мехдиев, А.К. Ивашин, С.И. Головин
Анализ частоты выявляемости рака предстательной железы в отделении урологии ГБУ ГП № 180 ДЗ г. Москвы **199**

Г.Н. Алексеева, П.Ф. Кику
Изучение заболеваемости раком почки и мочевого пузыря в биоклиматических и экологических зонах приморского края **199**

О.И. Аполихин, Б.Я. Алексеев, А.В. Сивков, М.И. Катибов, О.В. Золотухин, И.А. Шадеркин, Д.А. Рощин, А.В. Корякин, Д.А. Войтко, М.Ю. Просянников, Н.В. Полуказакова, В.Н. Спесивцев, В.В. Кудахтин
Скрининг рака предстательной железы в Новохоперском районе Воронежской области: предварительные результаты **200**

О.И. Аполихин, А.В. Сивков, И.А. Шадеркин, Д.А. Войтко, М.Ю. Просянников
Возрастное распределение пациентов с повышенным уровнем ПСА по данным популяционного исследования «Новохоперск» **200**

Р.З. Атаев, А.Ю. Зубков
Оценка эффективности и безопасности пункционной биопсии простаты. **201**

И.В. Баженов, Т.Р. Гильмутдинов, А.А. Вешкина, В.О. Магер, И.В. Борзунов, Д.В. Семаков, А.В. Машковцев
Оценка безопасности трансректальной биопсии предстательной железы **201**

А.М. Галстян, И.А. Абоян, С.Л. Слюсарев, К.И. Бадьян, В.Э. Абоян
Функциональные результаты после проведения HIFU терапии в объеме гемиабляции пациентов локализованного рака предстательной железы **202**

И.Р. Гилязова, Г.Б. Кунсбаева, А.Т. Мустафин, В.Н. Павлов, Ю.А. Корелов, А.Р. Мухаметьянова, Э.К.Хуснутдинова
Мутации в генах системы репарации ДНК у больных раком предстательной железы **202**

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт, А.В. Амосов, М.Э. Еникеев, Д.В. Еникеев, Д.В. Чиненов, З.К. Джалаев, М.С. Тараткин
Малоинвазивные методы в лечении рака простаты в условиях одного центра. **203**

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт, А.В. Амосов, М.Э. Еникеев, Д.Г. Цариченко, Д.В. Еникеев, Д.В. Чиненов, З.К. Джалаев, М.С. Тараткин
Чрескожная криоаблация опухоли почки под ультразвуковым контролем с использованием местной анестезии. **203**

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт, А.В. Амосов, М.Э. Еникеев, Д.В. Еникеев, Д.В. Чиненов, Г.Е. Крупинов, З.К. Джалаев, М.С. Тараткин
Сатурационная промежностная биопсия предстательной железы - безопасная и высокоточная методика диагностики рака простаты. **204**

П.В. Глыбочко, Л.М. Рапопорт, И.В. Фокин, М.Э. Еникеев, Е.А. Безруков, Е.В. Шпоть
Высокие технологии в хирургическом лечении инцидентального рака простаты. **204**

А.В. Говоров, А.О. Васильев, А.А. Ширяев, Б.М. Бродецкий, А.В. Садченко, М.В. Ковылина, Е.А. Прилепская, Д.Ю. Пушкарь
Биопсия предстательной железы под контролем ТРУЗИ, системы HistoscanningTM и МРТ: сравнительный анализ полученных результатов и выбор оптимальной тактики диагностики рака предстательной железы **205**

А.В. Говоров, А.О. Васильев, А.А. Ширяев, К.Б. Колонтарев, П.И. Раснер, В.В. Дьяков, Д.Ю. Пушкарь
Функциональные результаты у пациентов с раком предстательной железы низкого риска, перенесших робот-ассистированную радикальную простатэктомию **206**

А.В. Говоров, А.О. Васильев, И.В. Семенякин, А.А. Ширяев, Д.Ю Пушкарь
Опыт робот-ассистированной резекции почки у пациента с рецидивом опухоли после криоаблации почки **206**

А.В. Говоров, А.О. Васильев, А.А. Ширяев, Д.Ю. Пушкарь
Улучшение диагностики рака предстательной железы посредством определения Плотности Индекса Здоровья Простаты (проспективное исследование) **207**

А.В. Говоров, А.О. Васильев, А.А. Ширяев, Д.Ю. Пушкарь
Сравнительная оценка качества жизни больных, перенесших криоаблацию предстательной железы, брахитерапию или радикальную простатэктомию **208**

М.Ю. Голубев, А.Г. Мартов, В.П. Сергеев, Д.А. Абдуллаев
Лапароскопическая резекция почки при интрапаренхиматозных опухолях **208**

М.В. Григорьева, А.В. Корякин, А.В. Сивков, Д.С. Михайленко, Г.Д. Ефремов, О.И. Аполихин, А.Д. Каприн
Комбинация Histoscanning и PCA3 в моче для определения показаний к биопсии предстательной железы **209**

Б.Г. Гулиев, Б.К. Комяков, М.М. Мусаев
Лапароскопическая резекция опухоли верхнего полюса почки с ротацией ее вокруг сосудов **209**

Б.Г. Гулиев, Б.К. Комяков, М.М. Мусаев
Результаты открытой и лапароскопической резекции почки при локализованном раке почки **210**

Р.Г. Гусейнов
Биомаркеры острого гипоксически-реоксигенационного повреждения нефроцитов в условиях лапароскопической резекции ренальной паренхимы **210**

Р.Г. Гусейнов
Молекулярные и клеточные механизмы повреждения ренальной паренхимы при тепловой ишемии почки **211**

С.П. Даренков, А.А. Проскоков, И.С. Пинчук
Предикторы ранних послеоперационных осложнений у пациентов, перенесших радикальную цистэктомии с кишечной пластикой **211**

О.И. Евсюкова, В.Б. Матвеев, М.Б. Долгушин, А.А. Оджарова, В.А. Черняев
Диагностическая точность ПЭТ-КТ С 18F –холином в определении лимфогенных метастазов рака предстательной железы **212**

М.Б. Зингеренко, К.М. Мирзоев, Я.С. Голыгин
Прогностическая ценность номограмм mskcc в отношении инвазии в капсулу в нашей серии робот-ассистированных радикальных простатэктомий **212**

М.Б. Зингеренко, К.М. Мирзоев
Тактика ведения пациентов с лимфоцеле после выполнения робот-ассистированной радикальной простатэктомии (рарпэ) с двухсторонней тазовой лимфаденоэктомией. **213**

М. Б. Зингеренко, М. А. Газарян, Р. М. Абдулатипов, Д. А. Ширин
Робот-ассистированная радикальная цистэктомия в лечении инвазивного рака мочевого пузыря **213**

М.Б. Зингеренко, К.М. Мирзоев, Я.С. Голыгин
Прогностическая ценность номограмм MSKCC в отношении инвазии в капсулу в нашей серии робот-ассистированных радикальных простатэктомий **214**

М.Б. Зингеренко, Д.А. Лахно, М.Н. Исаков
Восстановление эректильной функции после нервосберегающей радикальной робот-ассистированной простатэктомии в зависимости от качества эректильной функции перед операцией, оцененной с помощью опросника миэф-5 **214**

А.Ю. Зубков, И.Р. Нуриев, М.Э. Ситдыкова
Осложнения после трансуретральной резекции при немышечно-инвазивной форме рака мочевого пузыря **215**

А.Ю. Зубков, М.Э. Ситдыкова,И.Р.Нуриев
Осложнения открытой резекции рака мочевого пузыря **215**

Е.В. Ивкин, А.Б. Богданов, А.Ю. Метелев, В.В. Руденко, В.Б. Черных, О.Б. Лоран, Е.И. Велиев, М.В. Немцова
Ранняя диагностика рака яичка с учетом молекулярно-генетических факторов: возможности органосохраняющего лечения **216**

С.М. Измайлова, Л.З. Ахмадишина, А.А. Измайлов, А.А. Измайлов (мл.), Т.В. Викторова
Роль полиморфного локуса -2518A>G (rs 1024611) гена CCL2 в развитии рака мочевого пузыря **216**

О.Ф. Каган, В.Х. Хейфец, С.О. Сосновский
Изменения экспрессии маркеров клеточного обновления опухоли мочевого пузыря под влиянием фотодинамической терапии **217**

З.А. Кадыров, А.И. Муродов, А.Ю. Одилов, З.О. Алиев
Анализ послеоперационных осложнений симультанных лапароскопических операций при сочетанных урологических и хирургических заболеваниях органов брюшной полости **217**

Д. Е. Калинкин, А. Б. Карпов, Р. М. Тахауов, Д. Б. Бульдович
Заболеваемость злокачественными новообразованиями половых органов мужского персонала предприятия атомной индустрии **218**

А.Д. Каприн, В.Н. Галкин, С.А. Иванов, О.Б. Карякин, А.А. Обухов, В.А. Бирюков, В.А. Поляков, А.В. Корякин, Н.Б. Борышева, О.Г. Лепилина
Результаты годичного наблюдения за пациентами после комбинированной низкомощностной брахитерапии рака предстательной железы отечественными микроисточниками I-125. **219**

А.Д. Каприн, В.Н. Галкин, С.А. Иванов, О.Б. Карякин, А.А. Обухов, В.А. Бирюков, Н.Б. Борышева, О.Г. Лепилина, Ю.В. Гуменецкая, И.А. Гулидов, К.С. Макарова
Опыт применения высокомощностной брахитерапии рака предстательной железы в моно- и сочетанном режиме с 3-D конформной дистанционной лучевой терапией. **219**

Н.Ю. Климов, Ю.Ю. Винник, А.В. Андрейчиков
Соматотипологические особенности больных раком простаты **220**

Р.Ю. Коваленко, И.В. Баженов, Д.В. Тевс, О.К. Узбеков, Д.А. Сорочкин, В.С. Потапов
Трансперинеальная стереотаксическая сатурационная биопсия в диагностике рака предстательной железы. **220**

Р.Ю. Коваленко, И.В. Баженов, Д.В. Тевс, О.К. Узбеков, Д.А. Сорочкин, В.С. Потапов В.С.
Лапароскопическая резекция в лечении рака почки. **221**

Б.К. Комяков, С.А. Замятнин, В.В. Шломин, А.Т. Салсанов
Оперативное лечение больных раком почки с высоким опухолевым тромбозом **221**

Б.К. Комяков, О.А. Кириченко, А.Ю. Ульянов, К.И. Исмаилов
Поздние осложнения радикальной цистэктомии 222

Б.К. Комяков, И.С. Гончар, С.А. Замятнин
Функциональное состояние почек после органосохраняющего оперативного лечения по поводу рака 222

А.В. Корякин, Д.А. Рощин, В.Н. Ощепков, А.В. Сивков, Б.Я. Алексеев, О.И. Аполихин, А.Д. Каприн
Перманентная низкодозная I125 брахитерапии рака предстательной железы: 5-летняя выживаемость и метод прогнозирования вероятности рецидива 223

С.В. Котов, А.Л. Хачатрян, А.Г. Юсуфов, Р.А. Перов, С.В. Беломытцев, Р.И. Гуспанов, С.А. Пульбере
Оценка частоты послеоперационных хирургических осложнений у пациентов, подвергшихся радикальной цистэктомии 223

О.А. Коровин, В.В. Молев, А.Э. Антонян, В.В. Корчуков
Злокачественное новообразование при поликистозе почек 224

О.А. Коровин, В.В. Корчуков, А.Э. Антонян, В.В. Молев, Куданкин Р.М.
Применение аргоноплазменного коагулятора при лапароскопической резекции почки. 225

О.А. Коровин, В.В. Корчуков, Р.М. Куданкин , Ю.А. Кабак, А.Э. Антонян, В.В. Молев
Деривация мочи по Брикеру у пациентов с раком предстательной железы pT_4 225

О.А. Коровин , Р.М. Куданкин
Сравнительная характеристика соноэластографии с ТРУЗИ в рандомизированном исследовании у пациентов с раком предстательной железы 226

С.В. Котов, А.Г. Юсуфов, Р.А. Перов, С.В. Беломытцев, Р.И. Гуспанов, А.Л. Хачатрян
Результаты лечения и осложнения после радикальной цистэктомии у пациентов старшей возрастной группы. 227

С.В. Котов, А.Л. Хачатрян, А.Г. Юсуфов, Р.А. Перов, С.В. Беломытцев, Р.И. Гуспанов, С.А. Пульбере
Собственные результаты применения протокола ускоренного восстановления после операции (eras) при радикальной цистэктомии 228

С.В. Котов, А.Г. Юсуфов, М.К. Семенов
Интраоперационные и онкологические результаты лечения пациентов почечно-клеточным раком и распространением опухолевого тромба по венозной системе 228

С.В.Котов, А.Е. Осадчинский, А.Г. Юсуфов, Р.А. Перов, Р.И. Гуспанов, С.А. Пульбере
Интра- и послеоперационные осложнения резекции почки с опухолью при помощи шкалы renal 229

С.В.Котов, Р.А. Перов, А.Г.Юсуфов, Р.И. Гуспанов, С.А. Пульбере, А. Баранов
Радикальная простатэктомияу пациентов групп высокого и очень высокого риска 229

С.В.Котов, Р.А. Перов, А.Г.Юсуфов, Р.И. Гуспанов, С.А. Пульбере, А. Баранов
Местнораспространенный рак простаты - онкологические и функциональные результаты пяти лет наблюдения после радикальной простатэктомии 230

Е.С. Котова, Ю.А. Савочкина, А.О. Васильев, Е.А. Прилепская, А.В. Говоров, Ю.В. Долудин, Н.В. Потолдыкова, А.О. Морозов, Е.А. Безруков, Е.И. Шарова
Разработка и первичная клиническая проверка мочевой тест-системы для неинвазивной диагностики рака предстательной железы 231

А.Д. Кочкин, Э.А. Галлямов, В.Л. Медведев, Р.Г. Биктимиров, А.Г. Мартов, Ф.А. Севрюко, А.В. Кнутов, Д.В. Семёнычев, А.Б. Новиков, А.Е. Санжаров
Лапароскопическая хирургия опухолей паренхимы подковообразной почки. 232

Д.А. Лахно, М.Б. Зингеренко
Радикальная робот-ассистированная простатэктомия у пациентов с местно-распространенным раком простаты **232**

О.Б. Лоран, А.В. Серегин, З.А. Довлатов
Качество жизни и выживаемость после тазовой экзентерации по поводу злокачественных опухолей мочеполовой системы у женщин **233**

О.Б. Лоран, Л.А. Синякова, И.В. Лукьянов, М.А. Текеев
Урологические осложнения после лучевой терапии у онкогинекологических больных **233**

О.Б. Лоран, Л.А. Синякова, Л.В. Гундорова, В.А. Косов, И.В. Косова, Д.Н. Колбасов, И.Е. Погодина
Влияние латентной вирусной инфекции на течение и прогноз рака мочевого пузыря **234**

А.Г. Мартов, Д.В. Ергаков, Н.А. Байков
Отдаленные результаты гольмиевой резекции мочевого пузыря техникой единого блока в диагностике и лечении больных мышечно-неинвазивным раком мочевого пузыря. **235**

В.Б. Матвеев, В.А. Черняев, Б.В. Бухаркин, А.В. Петровский, В.Н. Шолохов, М.И. Нечушкин, Д.А. Рощин, А.В. Хачатурян
Ранние результаты применения сальважной криоаблации при местном рецидиве после радикального лечения рака предстательной железы **235**

Д. М. Монаков, Д. В. Гах, М. М. Лотоцкий
Использование номограммы для определения показаний к биопсии предстательной железы **236**

М.С. Мосоян, С.Х. Аль-Шукри, Д.М. Ильин
Раннее удержание мочи после робот-ассистированной радикальной простатэктомии **236**

М.О. Мурзин, М.А. Франк, С.М. Демидов, В.Н. Журавлёв
Урологические осложнения хирургического лечения колоректального рака. **237**

А.И. Неймарк, В.П. Лёвин, М.А. Бакарев
Значение микроциркуляторных нарушений в динамике рецидивов рака простаты после HIFU-терапии **237**

С.Н. Нестеров, Б.В. Ханалиев, Н.Н. Покладов, В.В. Володичев, Б.А. Бонецкий, А.А. Алымов
Эректильная функция у пациентов после робот-ассистированной простатвезикулэктомии отдаленном послеоперационном периоде **238**

К.А. Павленко, А.А. Дашко, М.Н. Исаков
Лапароскопическая резекция почки - метод выбора оперативного лечения локализованного рака почки **238**

В.Н. Павлов, Р.Р. Ишемгулов, А.А. Измайлов, Л.М. Кутлияров, А.Р. Загитов, М.Ф. Урманцев, А.Ф. Иткулов
«Cyber-Knife» в лечении пациентов с локализованными формами рака предстательной железы. **239**

В.Н. Павлов, А.А. Измайлов, С.М. Измайлова, И.Р. Гилязова, Е.А. Климентова, Э.К. Хуснутдинова
Эпигенетические маркеры рака почки **239**

В.Н. Павлов, В.З. Галимзянов, А.А. Измайлов, Л.М. Кутлияров, Р.Р. Ишемгулов, И.Р. Кабиров, М.Ф. Урманцев, А.Р. Загитов
Тазовая эвисцерация в лечении местно-распространенных опухолей малого таза **240**

Д. В. Перлин, И. В. Александров, О. Н. Шевченко, В.П. Зипунников, И.Н. Дымков, А.О. Шманев, М.Б. Борисова
Экстраперитонеальная эндоскопическая радикальная простатэктомия при больших размерах предстательной железы **240**

Д.В. Перлин, И.В. Александров, В.П. Зипуннико, М.Б. Попова
Лапароскопическая радикальная цистэктомия с отсроченным пересечением мочеточников 241

Э.А. Повелица, Н.И. Доста
Определение гиперметилирования гена GSTP1 в плазме крови у пациентов с доброкачественной гиперплазией и раком предстательной железы 241

С.В. Понкратов, В.Х. Хейфец, О.Ф. Каган
Значимость различных методов дифференциальной диагностики рака и доброкачественной гиперплазии предстательной железы 242

В.М. Попков, Г.Н. Маслякова, А.И. Тарасенко, А.Н. Россоловский, Н.Б. Захарова
Оценка почечной функции в ближайшем послеоперационном периоде при различных видах оперативного лечения почечно-клеточного рака 242

Н.В. Потолдыкова, К.А. Поляковский, А.И. Глухов, С.А. Гордеев, А.З. Винаров, П.В. Глыбочко
Диагностики рака мочевого пузыря на основе оценки активности теломеразы в клеточном материале мочи 243

А.А. Проскоков, С.П. Даренков, Р.Р. Губайдуллин
Предикторы недержания мочи после fast-track простатэктомии 243

Д.Ю. Пушкарь, И.В. Семенякин, В.А. Малхасян, М.А. Прокопович
Субъективное восприятие нефрометрических шкал : рутина или клиническая необходимость? 244

Д.Ю. Пушкарь, И.В. Семенякин, В.А. Малхасян, М.А. Прокопович
Робот-ассистированная и лапароскопическая резекция почки: опыт одной клиники 244

П.И. Раснер, К.Б. Колонтарев, А.А. Демин, М.А. Курджиев, Д.Ю. Пушкарь
Достоверность унилатерального поражения по данным 12-точечной трансректальной мультифокальной биопсии предстательной железы у пациентов с раком простаты низкой и средней групп риска 245

И.А. Рева, А.Н Берников, А.В. Живов, А.В. Окишев, Д.Ю. Пушкарь
Факторы риска развития послеоперационного стеноза везикоуретрального анастомоза: результаты логистического регрессионного анализа 245

Д.А. Рощин, Д.В. Перепечин, А.А. Качмазов, Н.Г. Кешишев, Д.С. Меринов
Лечение больных раком почки и мочекаменной болезнью (клинические наблюдения) 246

В.Е. Рязанцев, А.В Крылов, Е.В. Рязанцев., М.А. Казаева
HIFU-терапия при локализованном раке предстательной железы 246

Д.В. Сизякин, С.И. Костюков, А.А. Лагутин, О.И. Пипченко, Р. Г. Фомкин
Преимущества антагонистов ЛГРГ в терапии рака предстательной железы крайне высокого риска 247

М.Э. Ситдыкова, А.Ю. Зубков, И.Р. Нуриев
Выбор метода трансуретральной электрорезекции новообразований мочевого пузыря у мужчин 247

Е.А. Соколов, Е.И. Велиев, А.Б. Богданов
Частота позитивных хирургических краев после радикальной простатэктомии у пациентов с ожирением: зависимость от доступа (позадилонный, промежностный, робот-ассистированный) 248

Е.А. Соколов, Е.И. Велиев, А.Б. Богданов
Онкологическая безопасность нервосберегающей техники при робот-ассистированной радикальной простатэктомии у пациентов с раком предстательной железы высокой группы риска 248

Е.А. Соколов, Е.И. Велиев, А.Б. Богданов
Частота позитивных хирургических краев после радикальной простатэктомии у пациентов с ожирением: зависимость от доступа (позадилонный, промежностный, робот-ассистированный) **249**

В.А. Солодкий, А.Ю. Павлов, А.Д. Цыбульский
Спасительная брахитерапия высокой мощности дозы при местном рецидиве рака предстательной железы после радикальных радиотерапевтических методов лечения **249**

В.А. Солодкий, А.Ю. Павлов, А.Д. Цыбульский, А.К. Ивашин
Брахитерапия источниками низкой и высокой мощности дозы в комбинации с дистанционной радиотерапией в лечение больных раком предстательной железы средней и высокой группы риска прогрессирования **250**

В.Г. Спицын, Д.П. Поляков, К.Г. Мамайко, Ю.Ю. Полякова
Случай хирургического лечения рака единственной почки в условиях острой почечной недостаточности **250**

Р.Н. Трушкин, А.Е. Лубенников, А.В. Баранов
К вопросу о билатеральной нефрэктомии у пациентов, получающих заместительную почечную терапию **251**

А.Н. Шевченко, Е.Ф. Комарова, Д.И. Пакус, Е.В. Филатова, И.А. Хомутенко, С.Г. Селезнев, А.В. Дашков, А.А. Демидова, А.Ю. Максимов
Оценка мочевой экскреции ферментов внеклеточного протеолиза в динамике рецидивирования у больных поверхностным раком мочевого пузыря **252**

А.Ю. Шестаев, А.В. Рассветаев, Н.Н. Харитонов, Н.П. Кушниренко, Л.М. Синельников, А.Б. Саматыго, А.Ю. Сергиенко
Недержание мочи как осложнение радикальной позадилонной простатэктомии **252**

А.Ю. Шестаев, А.А. Сиваков, Д.Н. Красиков, С.М. Гозалишвили, Н.П. Кушниренко, А.В. Рассветаев, Н.Н. Харитонов, А.Б. Саматыго
Гормональная терапия местнораспространенной формы рака предстательной железы **253**

С.В.Шкодкин, С.А. Фиронов, Д.А. Золотухин, А.А. Невский, А.В. Любушкин
Анатомические аспекты сосудистой изоляции ретропеченочных кавальных тромбов при раке почки **254**

С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, С.А. Фиронов, Д.А. Золотухин, А.А. Невский, А.В. Любушкин
Хирургическая анатомия нижней полой вены (НПВ) **254**

С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, А.А. Невский, А.В. Любушкин
Выбор метода деривации мочи после радикальной цистэктомии **255**

С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, А.А. Невский, А.В. Любушкин
Оценка соматического статуса и способ деривации мочи **255**

С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, А.А. Невский, А.В. Любушкин
Эффективность перекрестной уретероуретеростомиии односторонней уретерокутанеостомии после цистэктомии у пациентов с высоким анестезиологическим риском **256**

С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, А.А. Невский, А.В. Любушкин
Отдаленные хирургические результаты перекрестной уретероуретеростомиии односторонней уретерокутанеостомии при лечении мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря **256**

С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, А.А. Невский, А.В. Любушкин
Отдаленные онкологические результаты при лечении мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря у пациентов высокого анестезиологического риска **257**

И.С. Шорманов, М.С. Лось, Шорманова Н.С.
Фармакологическое обеспечение резекции почки в условиях экспериментальной недостаточности функции печени **257**

И.С. Шорманов, М.С. Лось, Шорманова Н.С.
Применение адаптогенов при органосохраняющих операциях на почке в условиях печеночной недостаточности **258**

IV: АНДРОЛОГИЧЕСКАЯ УРОЛОГИЯ

O.B. Zhukov, P.A. Scheplev, Y.I. Melnick, S.A. Maslov S.V. Blinova
Complex ray examination in patients with priapism **260**

И.А. Абоян, С.В. Шашкин, К.В. Березин, С.М. Пакус, С.В. Грачев, Д.И. Пакус
Программа реабилитации пациентов с эректильной дисфункцией после радикальной простатэктомии. Предварительный отчет **260**

О.И. Аполихин, А.В. Сивков, М.И. Катибов, О.В. Золотухи, И.А. Шадеркин, М.Ю. Просянников, Д.А.Войтко
Инновационный подход к улучшению здоровья населения на модели урологических заболеваний **260**

Ю.И. Ахматова, В.П. Ковалев
Опыт применения лазерного комплекса “Матрикс- уролог” в лечении пациентов с хроническим простатитом в Центре амбулаторной урологии, г Липецк. **261**

В. Бондаренко, С. Пиманов
Увеличение количества околопочечной висцеральной жировой ткани ассоциировано с эректильной дисфункцией **261**

С.В. Выходцев, И.А. Трегубенко
Когда субъективный и объективный урологический статус не совпадает: дифференцированный подход к вопросу **262**

П.В. Глыбочко, М.Е. Чалый, М.В. Епифанова, И.И. Еремин, А.А. Пулин, И.И. Наделяева
Результаты применения аутологичных регенеративных клеток жировой ткани в лечении эректильной дисфункции **263**

Н.М. Гусниев, К.М. Арбулиев, М.Р. Рамазанов, М.А. Гусниев, С.Х. Михайлов
Применение ангиостимулирования при лечении сосудистой эректильной дисфункции **264**

Р.В. Дорошевич, Н.И. Доста
Алгоритм выбора тактики хирургического лечения болезни пейрони **265**

А.А. Еркович, Г.В. Ким, Б.Ж. Касенова
Комбинированная эндоваскулярная окклюзия дорзального венозного комплекса – новый альтернативный метод коррекции венокорпоральной эректильной дисфункции **265**

Е.А. Ефремов, Ю.В. Кастрикин
Эндофаллопротезирование как метод лечения эректильной дисфункции у больных после радикальной простатэктомии **266**

О.Б.Жуков, Ю.Э. Рудин, Д.В. Романов, Е.В. Бабушкина
Склеротерапия венозной мальформации спонгиозного тела уретры **266**

О.Б. Жуков, В.А. Уколов,В.В. Евдокимов,В.М. Сниткин,Е.В. Бабушкина
Клинико-диагностический алгоритм у больных с рецедивирующим варикоцеле **266**

В.Н. Журавлев, О.С. Коган , Д.В. Романенко , И.В. Кочмашев
Плоскопанельная компьютерная томография (Cone-beam CT) в предоперационной диагностике нарушений вено-окклюзивного механизма при эректильной дисфункции **267**

З.А. Кадыров, А.А. Крячко, З.О. Алиев, М.В. Фаниев
Информативность классификации UPOINT у больных хроническим рецидивирующим простатитом **267**

С.Н. Калинина, В.Н. Фесенко, О.О. Бурлака, М.С. Александров
Лечение эректильной дисфункции у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы и СНМП **268**

С.Н. Калинина, В.Н. Фесенко, П.С. Выдрин
Эффективность препарата афалаза в патогенетическом лечении синдрома хронической тазовой боли у мужчин **269**

А.А. Капто, И.В. Виноградов
Синдром венозного полнокровия органов малого таза при варикоцеле **270**

А.А. Капто, И.В. Виноградов
May-Thurner syndrome и варикоцеле **270**

К.А. Кильбергер, С.Ю. Бабаев, Е.А. Козаренко, А.А. Новожилов, А.В. Сорокин, Т.Э. Абубакиров, А.Б. Строганов
Эректильная дисфункция сквозь призму синдрома обструктивного АПНОЭ сна **271**

М.И. Коган, И.И. Белоусов, И.А. Хрипун, С.В. Воробьёв
Взаимосвязаны ли эректильная функция и размеры полового члена при СД 2 типа **271**

О.С.Коган, Д.В. Романенко, И.В. Кочмашев, К.Н. Истокский, И.В. Баженов
Роль эндоваскулярных методов устранения венозного возврата в лечении эректильной дисфункции **271**

С.В. Котов, А.Е. Осадчинский
Содержание оксигенации и газов в кавернозной крови после вакуум индуцированной эрекции (ВИЭ) как фактора восстановления эректильной функции (ЭФ) после радикальной простатэктомии (РПЭ). **272**

С.В. Котов, А.Е. Осадчинский
Коэффициент тумисценции как истинный критерий эффективности определения пенильных размеров при различных вариантах реабилитации у пациентов после радикальной простатэктомии (РПЭ). **273**

С.В. Котов, А.Е. Осадчинский
Варианты восстановления эректильной функции (ЭФ) после радикальной нервосберегающей простатэктомии (НС-РПЭ) **273**

С.В. Котов, Р.И. Гуспанов, А.Г. Юсуфов, Р.А. Перов, С.А. Пульбере, А.Л. Хачатрян, Г.В. Бадаква, Д.А. Лебедев
Микрохирургическая субингвинальная варикоцелэктомия (операция Мармара) – показания и результаты в современной практике **274**

Т.Г. Маркосян, Н.Б. Корчажкина
Синдром «пустого турецкого седла» в этиопатогенезе эректильной дисфункции **274**

Т. Г. Маркосян, С. В. Ревенко, И.С. Мудрая
Регистрация и оценка вариации пенильного биоимпеданса в диагностике васкулогенной эректильной диагностики **275**

К.М. Мирзоев, М.Б. Зингеренко, Д.А. Ширин
Сравнительный опыт применения операционного микроскопа opmi vario s/88 (car zeiss) и налобной лупы с увеличением 3.5 х при микроскопической варикоцелэктомии по мармару **275**

Е.М. Новиков П.В. Веренинов В.В. Мусохранов А.В. Дубинин В.О. Чернятьев
Тактика лечения пациентов с односторонним варикоцеле 276

В.Н. Павлов, А.Р. Загитов, Ф.Н. Мухамедьянов, Л.М. Кутлияров, Р.Р. Ямалетдинова, А.Р. Мухаметьянова, И.И. Муллаянов, А.А .Акопян, Н.В. Усманова
Диагностика и лечение эректильной дисфункции у пациентов после трансплантации почки 276

В.Н. Павлов, А.Р. Загитов, Ф.Н. Мухамедьянов, Л.М. Кутлияров, В.З. Галимзянов, А.Р. Мухаметьянова, И.И. Муллаянов, А.А. Акопян, Н.В. Усманова
Комбинированная терапия эректильной дисфункции пациентов после трансплантации почки 277

Э.А. Повелица, Н.И. Доста, В.А. Доманцевич, Д.М. Ниткин, А.М. Шестерня
Магнитно-резонансная томографическая антиография в диагностике стенозо-окклюзионных поражений в бассейне внутренней половой артерии у мужчин с эректильной дисфункцией 277

Е.В. Помешкин, П.С. Кызласов, К.А. Бурдин, М.В. Шамин, В.П. Сергеев, Р.Р. Погосян
Возможность сохранения сексуальной функции у пациентов после радикальной простатэктомии 278

Д.В. Сизякин, О.И. Пипченко, С.И. Костюков, Р.Г. Фомкин, А.А. Лагутин
Причины неудачных операций при варикоцеле 279

Ю. Пушкарь, П.И. Раснер, В.А. Малхасян, Ю.А. Куприянов, И.В. Семенякин
Анализ оказания специализированной медицинской помощи пациентам с острым обструктивным пиелонефритом в урологических стационарах г. Москвы 279

А.Н. Стрелков, А.Ф. Астраханцев, С.В. Снегур, А.В. Федотов
Морфологические изменения кавернозных артерий при гипертонической болезни и атеросклерозе 280

А.Г. Тонян, А.С.Тевосян
Профилактика ортостатических осложнений у мужчин, принимающих альфа-адреноблокаторы 281

Е.А. Финагина, О.В. Теодорович, А.З. Цфасман, М.Н. Шатохин, Г.Г. Борисенко
Влияние профессиональных факторов на уровень тестостерона у машинистов локомотивов 281

А.Ю. Шестаев, В.В. Протощак, Н.Ю. Игловиков, А.Е. Горбунов, И.М. Питомцев
Оптимизация диагностики мужского гипогонадизма в урологическом стационаре 282

С.В. Шкодкин, А.В. Полищук, С.В. Чирков, К.Д. Шушпанова
Метаболический синдром и эректильная дисфункция 282

П.И.Шустер, А.А.Новиков, Я.Б.Шустер
Низкочастотная ультразвуковая терапия как способ повышения эффективности и продолжительности действия ингибиторов ФДЭ-5 при лечении васкулогенной 283

V: ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

М.И. Андрюхин, О.В. Макаров, Е.А. Богданов
Влияние инфекции мочевых путей на течение беременности и родов 286

Р.А. Абдурахманов, А.К. Абдурахманов
Применение клинических рекомендаций при хроническом цистите в амбулаторных условиях 286

А.И. Авдеев, О.В. Золотухин, Ю.Ю. Мадыкин, М.В. Кочетов, Ю.А. Аносова
Диагностические критерии оценки состояния иммунной системы у больных острым пиелонефритом 288

М.Г. Арбулиев, К.М. Арбулиев, М.О. Азизов, С.Х . Михайлов, А.Г. Гамзатов, М.М. Гусейнов
Эффективность пиосорбции для коррекции эндогенной интоксикации у больных с гнойным паранефритом и динамика цитокинов 288

К.М. Арбулиев, М.Г. Арбулиев, М.Г. Магомедов, М.М. Гусейнов, М.О. Азизов, Н.М. Гусниев
Эффективность УФО крови при остром пиелонефрите **290**

С.Ю. Бабаев, Н.Н. Митрофанова, Д.А. Киреев, О.В. Руина, В.Л. Мельников, А.Б. Строганов
Сравнительный анализ микрофлоры в урологических отделениях Пензы и Нижнего Новгорода **292**

В.В. Базаев, И.Г. Никольская, Н.В. Бычкова, С.Б. Уренков, А.Е. Иванов, А.А. Морозов
Особенности дренирования мочевыводящих путей у беременных с острым обструктивнымпиелонефритом и пузырно-мочеточниковым рефлюксом **292**

Ю.Ю. Винник
Конституциональные параллели течения хронического простатита у молодых мужчин **293**

Ю.Ю. Винник, Е.Н. Анисимова
Критерии эффективности диагностики урогенитального хламидиоза **293**

Е.М. Волкова, Т.С. Перепанова, Н.К. Ахматова, С.А. Сходова
Влияние бактериального лизата 18 штаммов E.coli на экспрессию Toll-подобных рецепторов на лейкоцитах периферической крови пациентов с РИМП **294**

Е.М. Волкова, Т.С. Перепанова, Н.К. Ахматова, С.А. Сходова
Состояние гуморального профиля иммунной системы у женщин с рецидивирующим бактериальным циститом **295**

М.М. Газымов, О.И. Автономова, Т.В. Дерипаско, Д.С. Филиппов, Ю.В. Казанков
Вопросы лечения острого пиелонефрита беременных **295**

Н.М. Гусниев, К.М. Арбулиев, С.Х. Михайлов
Пути улучшения результатов лечения хронического цистита у женщин **296**

Н.М. Гусниев, К.М. Арбулиев, С.Х. Михайлов, С.Х. Михайлов
Способы лечения хронического пиелонефрита **296**

Н.М. Гусниев, М.Р. Рамазанов, М.А.Гусниев
Ангиостимулирование как патогенетически обоснованный способ лечения хронического простатита **297**

А.Р. Джаримок
Оксидантный статус при остром пиелонефрите **298**

Е.И. Карпов, А.М. Ананьин, Б.А. Ананьин
Профилактика хронического рецидивирующего цистита у женщин **299**

М.И. Коган, Ю.Л. Набока, И.А. Гудима, С.К. Беджанян, Е.В. Митусова, Н.В. Крючкова
Сравнение микробиоты пузырной и лоханочной мочи при остром обструктивном пиелонефрите **299**

А.В. Кузьменко, В.В. Кузьменко, Т.А. Гяургиев
Оценка отдаленных результатов комплексного лечения хронического цистита с применением фото- и хронотерапии **299**

Е.В. Кульчавеня, Т.В. Алексеева, М.В. Лукьянова, А.В. Осадчий, С.Ю. Шевченко
Больной урогенитальным туберкулезом – кто ты? Разрушаем стереотипы **300**

Е.В. Кульчавеня, А.Г. Чередниченко
Характеристика микробной флоры у пациентов с подозрением на урогенитальный туберкулез **300**

Е.В. Кульчавеня, А.А. Бреусов, А.Г. Чередниченко, О.И. Альховик, С.В. Стовбун
Необходимость комплексного подхода к обследованию и лечению больных хроническим абактериальным простатитом **301**

Т.Г. Маркосян, Н.Б. Корчажкина, С.С. Никитин
Роль комплексного уродинамического исследования в оценке состояния нижних мочевыводящих путей у больных хроническим рецидивирующим циститом **302**

Т.Г. Маркосян, Н.Б. Корчажкина, С.С. Никитин
Диагностика скрытой денервации тазового дна у пациентов хроническим абактериальным простатитом **302**

В.Н. Миронов, С.М. Дегтярников
Место перкутанных методов в лечении гнойно-деструктивных форм острого пиелонефрита **302**

В. В. Мусохранов, П. В. Веренинов, Н. И. Королёва, Д. В. Сидоров, А. В. Дубинин, В. О. Чернятьев
Особенности внедрения стратерии Fast Track в условиях урологического отделения **303**

Ю.Л. Набока, И.А. Гудима, М.И. Коган, С.К. Беджанян, Е.В. Митусова, Н.В. Крючкова
Чувствительность уропатогенов к антибактериальным препаратам при остром обструктивном пиелонефрите **303**

А.И. Неймарк, А.С. Колтаков
Применение радонотерапии в комплексном лечении и реабилитации больных с хроническим циститом **304**

А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк, А.В. Давыдов, Н.А. Ноздрачев
Современные возможности лечения пациентов с хроническим простатитом, сопровождающимся нарушениями сперматогенеза **304**

В.Г. Новоселов, А.В. Зырянов, И.Б. Попов, Д.В. Бузолин, В.В. Кривощапов, Т.Н Сайидов, И.В. Павлова
Анализ результатов лечения острого пиелонефрита в Областном урологическом центре за 2013- 2015 года **305**

Т.С. Перепанова, С.А. Голованов, Д.С. Меринов, Л.Д. Арустамов, У.А. Раджабов
Антимикробная профилактика инфекционных камней почек после перкутанной нефролитотрипсии **306**

М.Б. Пряничникова, С.М. Пикалов, А.Н. Жданова
Оценка обоснованности нефрэктомий у беременных с острым гнойным гестационным пиелонефритом **306**

Д. Ю. Пушкарь, П. И. Раснер, В. А. Малхасян, Ю. А. Куприянов, И. В. Семенякин
Анализ оказания специализированной медицинской помощи пациентам с макрогематурией в урологических стационарах г. Москвы **307**

Л.М. Рапопорт, О.В. Снурницына, М.Э. Еникеев, М.В. Лобанов, О.Ю. Малинина
Малоинвазивные хирургические методы лечение посткоитального цистита **307**

П.П. Салов
Женский конгестивный «простатит» **308**

Л.А. Синякова
Ошибки в диагностике гнойного пиелонефрита **311**

А.Г. Тонян, А.С.Тевосян
Диагностика ранних признаков гипертензивной нефропатии **312**

А.Г. Тонян, А.С.Тевосян
Ранние диагностические признаки осложненного течения патологической подвижности почки **312**

А.Г. Тонян, А.С.Тевосян
Диагностическое значение и способ оценки колебаний давления в левой почечной вене **313**

М.А. Узденов, А.М. Узденов
Наш опыт лечения больных острым гестационным пиелонефритом 314

И.М. Холименко, М.Н. Шатохин, О.И. Братчиков, М.Ю. Маврин, А.Г. Коцарь, В.Н. Мальцев
Оксидантный стресс при остром пиелонефрите 314

А.В. Царева
Рецидивирующая инфекция органов мочевыделительной системы (РИМП) 315

Р.М. Чотчаев, О.Н. Зубань
Преимущества МСКТ в диагностике уротуберкулеза 315

Т.В. Шатылко, В.М. Попков, А.Ю. Королёв, Р.Н. Фомкин
Нейтрофильно-лимфоцитарный индекс - предиктор результата биопсии предстательной железы 316

И.С. Шорманов, А.С. Соловьев, А.И. Рыжков, Н.С. Шорманова
Место бактериофагов в этитропной терапии хронического бактериального простатита 316

И.С. Шорманов, О.В. Бажина, С.А. Жигалов
Длительность употребления нестероидных противовоспалительных препаратов как фактор риска субклинического повреждения почек 316

И.С. Шорманов, В.А. Большаков, А.С. Крохмалёв, Х.А. Соколова
Особенности иммунных нарушений при хроническом рецидивирующем цистите у женщин 317

И.С. Шорманов, И.И. Можаев, А.С. Соловьёв, Н.С. Шорманова
Возможности α-липоевой кислоты в лечении больных хроническим абактериальным простатитом IIIB-категории 317

И.С. Шорманов, С.А. Жигалов, О.В. Бажина
Период полувыведения как фактор нефротоксичностинестероидных противовоспалительных препаратов 318

И.С. Шорманов, И.И. Можаев, Н.С. Шорманова, А.С. Соловьёв
Взаимодействие системных и органных нарушений гомеостаза при хроническом абактериальном простатите IIIB-категории в эксперименте 318

И.С. Шорманов, А.С. Соловьев, И.И. Можаев, А.И. Рыжков
Эндотелий-протективный и адаптогенный эффекты женьшеня в лечении хронического бактериального простатита 318

И.С. Шорманов, А.С. Соловьев, А.И. Рыжков, Н.С. Шорманова
Функциональное состояние эндотелия у больных с хроническим бактериальным простатитом 319

И.С. Шорманов, В.А. Большаков, А.С. Крохмалёв, Х.А. Соколова
Оптимизация внутриполостной терапии хронического рецидивирующего цистита у женщин 319

VI: РЕКОНСТРУКТИВНАЯ УРОЛОГИЯ

P. Gavrilov, A. Breda, A. Territo, L. Gausa, V. Tucu, A. Alcaraz, M. Musquera, K. Decaestecker, M. Stockle, P. Fornara, G. Siena, N. Doumerc
Robotic Kidney Transplantation: European one year data 322

М.Г. Арбулиев, М.Г. Османов
Способ дренирования мочевого пузыря модифицированным катетером Фолея 322

И.В. Баженов, К.Н. Истокский, И.И. Кузуб, И.Е.Берестецкий
Осложнения реконструктивно-пластических операций на верхних мочевыводящих путях 323

Т.Р. Биктимиров, А.Г. Мартов, Р.Г. Биктимиров, И.А. Милосердов
Лапароскопическая билатеральная нефрэктомия при аутосомно-доминантной поликистозной болезни почек у пациентов, находящихся на заместительной почечной терапии **323**

Е.И. Велиев, А.А. Томилов, А.Б. Богданов, Е.Н. Голубцова
Осложнения имплантации искусственного мочевого сфинктера **324**

Е.И. Велиев, А.А. Томилов, А.Б. Богданов, Е.Н. Голубцова
Имплантация искусственного мочевого сфинктера AMS 800: опыт лечения пациентов со стрессовым недержанием мочи тяжелой степени **324**

Д. Ю. Волков, А. В. Шахов, Д. В. Кураев, А. В. Елисеев, А. А. Дорофейчук, Ю. В. Петров
Лечение кист почек. **325**

Д.И. Володин, П.С. Кызласов, А.Г. Мартов, А.А. Кажера, К.А. Бурдин, А.Н. Абдулхамидов, В.П. Сергеев
Преимущество лапароскопического забора артерии перед открытым, при реваскуляризации полового члена **325**

М.М. Газымов, Д.С. Филиппов, Е.Н. Ундрецов, Е.Н. Павлов
Наш опыт лечения кист почек малоинвазивными методами **326**

М.Ю. Гвоздев, С.О. Сухих
Трансобтураторный доступ при недержании мочи у женщин «изнутри - снаружи / снаружи – внутрь» **326**

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, В.А. Григорян, М.Э. Еникеев, М.В.Лобанов
Анализ и профилактика осложнений при лапароскопической пиелопластике **327**

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт, П.В. Царьков, А.В. Амосов, М.Э. Еникеев, , Д.В. Еникеев, Д.В. Чиненов, З.К. Джалаев, М.С. Тараткин
Операция Йорк-Масона без пересечения сфинктера в лечении уретро-прямокишечных свищей после криоаблации простаты **327**

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт, М.Э. Еникеев, О.В. Снурницына, А.Н. Никитин, Д.В. Чиненов, М.В. Лобанов
Осложнения коррекции передне-апикального пролапса 6-ти рукавным синтетическим имплантатом OPUR **328**

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, М.А. Газимиев, М.Э. Еникеев,, М.В. Лобанов
Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса при помощи объемообразующего геля Vantris® **329**

Е.С. Губанов, Р.С. Низамова, Е.А. Боряев, А.Л. Иванчиков, Е.И. Канаев
Первый опыт экстравагинальной транспозиции уретры при посткоитальном цистите у женщин **329**

Б.Г. Гулиев, Б.К. Комяков, А.С. Шипилов
Лапароскопический уретероцистанастомоз при стриктурах тазового отдела мочеточника **330**

О.Б. Жуков, Ю.Э. Рудин, Д.В. Романов, Е.В Бабушкина
Склеротерапия венозной мальформации спонгиозного тела уретры **330**

О.В. Золотухин, Ю.Ю. Мадыкин, О.В. Фирсов, М.В. Кочетов, Л.А. Духанина, Ю.А. Аносова, А.И. Авдеев
Варианты лапароскопической нефропексии с использованием сетчатого трансплантата в зависимости от соматической конституции **331**

О.Н Зубань, Р.М. Чотчаев
Применение перегородки мошонки для разобщения уретроректального свища у больного туберкулезом и ВИЧ-инфекцией **331**

А.Г. Иванов, В.В. Красулин, М.А. Кожевников, М.М. Кожевникова, Т.М. Марголина
Модель устройства для лечения недержания мочи (НМ) у мужчин **332**

К.Н. Истокский, И.В. Баженов, В.Н. Журавлев, И.И. Кузуб, Д.В. Романенко
Имплантационная хирургия при недержании мочи у мужчин.
Анализ ближайших и отдаленных осложнений **332**

Г.Р. Касян, Н.В. Тупикина, А.В. Садченко, Д.Ю. Пушкарь
Основные типы дефектов тазового дна у женщин, страдающих пролапсом тазовых органов **333**

Г.Р. Касян, Л.В. Акуленко, Н.В. Тупикина, Д.А. Вишневский, Е.И. Шарова, Д.Ю. Пушкарь
Ассоциация полиморфизма гена COL3A1 с развитием дисфункции тазового дна у женщин **334**

А.А. Качмазов, П.Л. Пеньков, М.В. Гребёнкин
Осложнения слинговой уретросуспензии у мужчин **334**

М.И. Коган, В.П. Глухов, В.В. Митусов, А.В. Ильяш
Аугментационная dorsal inlay пластика буккальным графтом
при протяженных стриктурах спонгиозной уретры **334**

Б.К. Комяков, В.А. Очеленко, Т.Х. Ал-Аттар, А.Х. Газиев, Х.М. Мханна
Ближайшие и отдаленные осложнения при реконструкции мочеточников
сегментами желудочно-кишечного тракта **335**

М.И. Коган, Д.Г. Пасечник, Ю.Л. Набока, В.В. Митусов, И.И, Белоусов
Морфологические и микробиологические особенности тканей
при идиопатической стриктуре бульбозной уретры **336**

Б.К. Комяков, В.А. Фадеев, А.В. Сергеев, С.С. Касьяненко, Я.С. Савашинский
Отдаленные результаты ортотопической гастроцистопластики **336**

Б.К. Комяков, Б.Г. Гулиев, А.С. Шипилов, В.А. Очеленко
Результаты лапароскопической и открытой кишечной пластики мочеточника **337**

С.В. Котов, И.Э. Мамаев, Р.И. Гуспанов, Л.С. Джохадзе, Ю.П. Ямка
Оценка эффективности и осложнений лапароскопической
уретеропиелопластики при гидронефрозе **338**

С.В. Котов, С.В. Беломытцев, Р.И. Гуспанов, М.М. Ирицян
Ятрогенные стриктуры уретры у мужчин **338**

С.В. Котов, С.В. Беломытцев, Р.И. Гуспанов, М.М. Ирицян
Отдаленные результаты одноэтапной аугментационной пластики уретры
с использованием трансплантата буккальной слизистой **339**

С.В Котов, С.В. Беломытцев, Р.И. Гуспанов, М.М. Ирицян
Первые клинические результаты аугментационной анастомотической пластики уретры без
пересечения спонгиозного тела (операция KODAMA) **339**

С.В. Котов, А.Г. Юсуфов, А.Д. Болотов, Р.А. Перов, Р.И. Гуспанов
Реконструктивная хирургия мочеточников – 8-летний опыт клиники урологии
РНИМУ им. Н.И. Пирогова **340**

С.В. Котов, С.В. Беломытцев, Р.И. Гуспанов
Рецидивные мочепузырно(уретро)-ректальные свищи у мужчин **340**

П.С. Кызласов, О.В. Паклина, А.Г. Мартов, И.Н. Орлов, Т.М. Топузов, А.А. Кажера, Г.Р. Сетдикова
Гистоморфологическое обоснование сроков имплантации фаллопротезов пациентам
перенесших хирургическое лечение рака предстательной железы **341**

В.В. Ларин, Р.И. Ситников
Лечение недержания мочи у женщин методом TVT и TVT-o 341

О.Б. Лоран, А.В. Серегин, З.А. Довлатов
Лечение лучевых урогенитальных свищей у женщин: опыт клиники РМАНПО 342

О.Б. Лоран, А.В. Серегин, З.А. Довлатов
Сетчатые имплантаты в лечении пролапса тазовых органов у женщин: отдаленные результаты 343

О.Б. Лоран
Реконструкция мочеточников при ятрогенных травмах после эндоурологических вмешательств 344

С.Н. Нестеров, А.Г. Виллер, Б.В. Ханалиев, В.В. Володичев, В.Р. Васильев, А.А. Алымов
Применение эндоваскулярной суперселективной эмболизации при кровотечениях после урологических операций 344

В.Н. Павлов, А.А. Измайлов, А.Р. Фарганов, Р.А. Казихинуров, А.Р. Загитов, Р.И.
Когерентная томография в диагностике протяженности спонгиофиброза при стриктурах уретры 345

А.В. Петряев, Е.Ю. Трифонов, Д.Н. Кузнецов
Опыт первых четырех лет применения лапароскопических вмешательств 345

Н.В. Поляков, Н.Г. Кешишев, Ш.Ш. Гурбанов, С.А. Серебрянный, Л.Д. Арустамов, А.В. Казаченко, Б.Я. Алексеев
Эффективность лапароскопических вмешательств при стриктурах лоханочно-мочеточникового сегмента в зависимости от анатомо-функционального состояния почки 345

Д. П. Поляков, Ю.Ю Полякова
Пункция и склерозирование простых кист почки под ультразвуковым наведением 346

В.М. Попков, А.Н. Понукалин, А.В. Стативко, Д.Н. Хотько, Е.А. Викторова
Сравнительная оценка хирургических доступов при стриктурах тазового отдела мочеточника 347

И.А. Рева, А.В. Живов, А.Н. Берников, А.В. Окишев, Д.Ю. Пушкарь
Сравнение степени недержания мочи и качества жизни у пациентов со стенозом везикоуретрального анастомоза после эндоскопической коррекции и пациентов с неосложненным течением послеоперационного периода после радикальной простатэктомии 347

Л.М. Синельников, Е.Г. Карпущенко, А.Ю. Шестаев, В.В. Протощак
Анализ периоперационных осложнений у пациентов с буккальной уретропластикой при ушитом и не ушитом донорском месте 348

Л.М. Синельников, Е.Г. Карпущенко, А.Ю. Шестаев, В.В. Протощак
Морфологические изменения буккальной слизистой после уагментационной уретропластики 348

Р.В. Строганов, Н.В. Тупикина, Г.Р. Касян, А.В. Садченко, Д.Ю. Пушкарь
Сравнительная оценка эффективности методов лечения рецидива недержания мочи 349

Р.В. Строганов, Н.В. Тупикина, А.В. Садченко, Г.Р. Касян, Д.Ю. Пушкарь
Сравнительная эффективность выполнения первичной и повторной субуретральной петлевой пластики у больных недержанием мочи 349

Р.В. Строганов, Н.В. Тупикина, Г.Р. Касян, М.Ю. Гвоздев, Д.Ю. Пушкарь
Распространенность расстройств мочеиспускания после первичной и повторной петлевой операции по поводу недержания мочи при напряжении 350

Р.В. Строганов, Н.В. Тупикина, Г.Р. Касян, М.Ю. Гвоздев, Д.Ю. Пушкарь
Рецидивное недержание мочи – изучение факторов риска 350

В.М. Трояков, П.С. Кызласов, А.Г. Мартов, А.А. Кажера, А.И. Боков
Применения децелюляризированного лоскута для замещения дефектов белочной оболочки **351**

М.А. Узденов, А.М. Узденов
Результаты оперативного лечения больных гидронефрозом по оригинальной методике **351**

П.И. Чумаков, Ю.П. Редько
Внутрипочечная форма неполного удвоения почки норма или патология? **352**

Д.Д. Шкарупа, Н.Д. Кубин, О.Ю. Старосельцева, А.О. Зайцева, Е.А. Шаповалова
Регулируемый трансобтураторный субуретральный слинг как новый стандарт лечения стрессового недержания мочи **352**

Д.Д. Шкарупа, Н.Д. Кубин, Е.А. Шаповалова, А.О. Зайцева, О.Ю.Старосельцева
Гибридная методика реконструкции тазового дна при пролапсе органов малого таза III и IV стадии **352**

Д.Д. Шкарупа, Н.Д. Кубин, О.Ю. Старосельцева, А.О. Зайцева, Е.А. Шаповалова
Новый способ определения положения среднеуретрального слинга **353**

Е.В. Щуренков, Е.А. Варенцов, И.С. Лапшин
Наш опыт лапароскопической пиелопластики **353**

А.Ю. Яковлева, А.И. Неймарк, Г.А. Лапий
Эффективность Er:YAG лазерной коррекции IncontiLase при лечении стрессового недержания мочи у женщин **354**

VII: ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.А. Абоян, И.В. Куликов, С.В. Грачев, А.Н. Толмачев
Хирургическое лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы: гольмиевая энуклеация предстательной железы. Опыт КДЦ «Здоровье» **356**

С.Н. Аль-Шукри
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы **356**

О.И. Аполихин, А.В. Сивков, И.А. Шадеркин, Д.А. Войтко, М.Ю. Просянников
Распространенность симптомов нарушения функции нижних мочевых путей у мужчин по результатам популяционного исследования «Новохоперск» **357**

О.И. Аполихин, А.В. Сивков, М.И. Катибов, О.В. Золотухин, И.А. Шадеркин, М.Ю. Просянников, Д.А. Войтко, Ю.В. Кастрикин
Сравнительная оценка распространенности симптомов нижних мочевых путей среди мужчин в России и на Кубе **357**

К.М. Арбулиев, М.Г. Арбулиев, Ю.Д. Магомедов, Г.Д. Гаджиев
Ранняя профилактика рубцовых и воспалительных осложнений после трансуретральной резекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы **358**

Р.Г. Биктимиров, А.Г. Мартов, Т.Р. Биктимиров , А.А. Капутовский
Лапароскопическая аденомэктомия, в чем преимущество? **358**

Ю.Ю. Винник, А.С. Максимов, В.Г. Николаев
Конституциональные особенности органометрических параметров простаты **359**

Ю.Ю. Винник, Д.В. Черняев
Мониторинг качества жизни мужчин второго зрелого и пожилого возрастов, страдающих доброкачественной гиперплазией простаты **359**

Ю.Ю. Винник
Сравнительный анализ эффективности медикаментозного лечения дизурического синдрома при доброкачественной гиперплазии простаты **360**

А.А. Волков, М.И. Петричко, Н.В. Будник
Возможность контроля контрольной терапии доброкачественной гиперплазии простаты **361**

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт, А.З. Винаров, М.Э. Еникеев, Д.В. Еникеев, Д.Г. Цариченко, Н.И. Сорокин, Р.Б. Суханов, А.М. Дымов, О.Х. Хамраев, М.С. Тараткин
Сравнительный анализ эффективности различных методик эндоскопической энуклеации простаты в условиях одного центра **361**

Э.А. Зубков, М.Э. Ситдыкова, А.Ю. Зубков
Методы профилактики обструктивных осложнений чреспузырной аденомэктомии **362**

В.И. Кирпатовский, Н.К. Адамян, А.П. Иванов, С.А. Голованов, В.В. Дрожжева, О.Н. Надточий
Противоишемическая терапия повышает частоту восстановления самостоятельного мочеиспускания и уменьшает повреждение клеток мочевого пузыря у больных ДГПЖ с острой задержкой мочи **363**

Н.Ю. Климов, Ю.Ю. Винник, А.В. Андрейчиков
Особенности полового диморфизма у больных аденомой простаты **363**

А.И. Корнев, А.А. Борискин
Особенности восстановления мочеиспускания при операциях по поводу ДГПЖ **364**

А.И. Корнев, А.А. Борискин
Оперативное лечение у больных ДГПЖ после применения ингибиторов 5-а-редуктазы **364**

С.В. Котов, И.Э. Мамаев, А.Г. Юсуфов, Р.И. Гуспанов, Р.А. Перов , С.В. Беломытцев, Р.И. Гуспанов, А.А. Кравец, Е.А. Пронкин, К.И. Глинин, А.Ю. Сероухов, А.В. Макарченко, Ш.Б. Ягудин, М.А. Шоайдаров, К.К. Ахмедов
Сравнение результатов лапароскопической и открытой позадилонной аденомэктомии **364**

С.В. Котов, А.Г. Юсуфов, Р.А. Перов, С.В. Беломытцев, Д.Н. Суренков, Р.И. Гуспанов, С.А. Пульбере, А.Л. Хачатрян, Е.Р. Сапижук, Л.С. Джохадзе, Р.А. Асриян, Н. С. Виллальба Винуэса
Позадилонная аденомэктомия - современный взгляд на операцию через призму 500 операций **365**

А.А. Кочеров, Е.В. Кочерова, О.В. Золотухин
Сравнительная эффективность комбинированной терапии ДГПЖ/СНМП **366**

Г.Г. Кривобородов, Н.С. Ефремов, А.Д. Болотов, Н.В. Хачатурова
Ультразвуковые показатели предстательной железы и мочевого пузыря в диагностике инфравезикальной обструкции **366**

Г.Г. Кривобородов, Н.С. Ефремов, А.Д. Болотов, Н.В. Хачатурова
Когнитивные нарушения и симптомы нижних мочевыводящих путей у мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы **367**

Г.Г. Кривобородов, Н.С. Ефремов, А.Д. Болотов, Н.В. Хачатурова
Гистологические особенности доброкачественной гиперплазии предстательной железы в зависимости степени интравезикальной простатической протрузии **367**

В.В. Кузьменко, И.А. Бырко, А.В. Кузьменко, Н.В. Бырко
Комбинированное медикаментозное лечение пациентов с ДГПЖ **367**

В.В. Кузьменко
Доброкачественная гиперплазия простаты **368**

И.Э. Мамаев, А.А. Кравец, Е.А. Пронкин, К.И. Глинин, А.Ю. Сероухов, А.В. Макарченко, Ш.Б. Ягудин, М.А. Шоайдаров, К.К. Ахмедов, С.В. Котов
Лапароскопическая позадилонная аденомэктомия. Хирургические и функциональные результаты 368

А.Г. Мартов, Д.В. Ергаков
Проспективное сравнительное исследование эффективности и безопасности фиксированной комбинации тамсулозина 0,4 мг и солифенацина 6 мг в ликвидации дизурии после оперативных вмешательств на предстательной железе 369

Б. А. Неймарк, А. И. Неймарк, Д. Д. Арзамасцев, Д. В.Торбик, Н. С. Шашев
Патоморфологические основы лечебного эффекта эмболизации артерий простаты у больных ДГПЖ крупных объемов 369

Б. А. Неймарк, А. И. Неймарк, Д. Д. Арзамасцев, Д. В.Торбик
Лазерная доплеровская флоуметрия в прогнозе эффективности эмболизации артерий простаты у больных дгпж крупных объемов 370

А.Р. Нуртдинов, Д.Э. Цыплаков, М.Э. Ситдыкова
Морфологические изменения в стенке мочевого пузыря в зависимости от сроков медикаментозной терапии у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы 370

А.В. Петряев, Е.Ю. Трифонов
Эндовидеохирургическая аденомэктомия, наш выбор в лечении гиперплазии простаты больших размеров 371

Э.А. Повелица, Н.И. Доста
Клиническое значение определения инсулиноподобного фактора роста I (IGFI) в сыворотке крови у пациентов с раком и доброкачественной гиперплазией предстательной железы 371

Д. П. Поляков
Опыт позадилонной аденомэктомии по Миллину у пациентов доброкачественной гиперплазией простаты 372

Д.Ю. Пушкарь, П.И. Раснер, В.А. Малхасян, Ю.А. Куприянов, И.В. Семенякин
Анализ и оптимизация медицинской помощи пациентам с острой задержкой мочеиспускания, поступающим в стационары г. Москвы 372

Д.Ю. Пушкарь, А.Н. Берников, Л.А. Ходырева, А.А. Дударева, С.Х. Аль-Шукри, Р.Э. Амдий, И.А. Абоян, К.А. Ширанов, В.Л. Медведев, М.Е. Ефремов
Оценка состояния и качества жизни пациентов с симптомами нижних мочевых путей на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы после ее трансуретральной резекции 373

И.Г. Рагимов, А.В. Есипов
Микробиологическое исследование при эндохирургических операциях в условиях применения монооксида азота 373

П.И. Раснер, И.М. Рохликов, А.В. Садченко, Т.К. Исаев, Д.Ю. Пушкарь
Данные эпидемиологического исследования «Особенности симптомов нижних мочевых путей у мужчин в РФ». Предварительные результаты 374

Т.Н. Сайидов, В.Г. Новоселов, А.В. Зырянов, И.Б. Попов, Д.В. Бузолин, В.В. Кривощапов, И.В. Павлова
Опыт позадилонной аденомэктомии при лечении ДГПЖ крупных размеров 374

Д.В. Семёнычев, Ф.А. Севрюков, Д.А. Сорокин, И.В. Карпухин, А.Б. Пучкин, А.Д. Кочкин, А.В. Кнутов, А.В. Крупин
Лечения дгпж у пациентов с повышеным риском кровотечения 375

М.Э. Ситдыкова, А.Ю. Зубков, Р.М. Шайдуллин
Эффективность медикаментозной терапии и хирургического лечения аденомы предстательной железы 375

М.Э. Ситдыкова, А.Ю. Зубков, Р.М. Шайдуллин, Э.А. Зубков
Показания к выбору метода оперативного лечения аденомы предстательной железы 376

А.Ю. Цуканов, Н.В. Рудченко, А.О. Хлебов, С.Б. Шкабарня, А.И. Щеткин
Лечение симптомов нарушенного мочеиспускания в связи с аденомой простаты – взгляд пациента 376

С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, А.В. Полищук, С.В. Чирков, А.А. Невский
Результаты ТУР предстательной железы 376

С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, А.А. Невский, Елисеев В.И.
Стриктуры уретры после ТУР простаты 377

С.В. Шкодкин, Д.А. Золотухин, Ю.Б. Идашкин, С.А. Фиронов, А.А. Невский, С.Б. Ивлев
«Наш опыт позадидонной аденомэктомии» 377

С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, А.В. Полищук, С.В. Чирков, С.Б. Ивлев, А.А. Невский
Симптомы нижних мочевых путей после ТУР простаты 378

С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, А.А. Невский, Елисеев В.И.
Медикаментозная терапия до и после ТУР простаты 378

С.В. Шкодкин, А.В. Полищук, С.В. Чирков, К.Д. Шушпанова
Метаболический синдром как фактор развития симптомов нижних мочевых путей (СНМП) 379

VIII: НЕЙРОУРОЛОГИЯ

В.Э. Абоян, Т.С. Бойко, Р.Г. Цатурян, О.В. Зиньковская, С.В. Павлов
Сравнительный анализ результатов тренировки мышц тазового дна с использованием разных методик 382

С.Х. Аль-Шукри, И.В. Кузьмин, М.Н. Слесаревская, Ю.А. Игнашов
Гидродистензия мочевого пузыря в лечении интерстициального цистита/синдрома болезненного мочевого пузыря у женщин 382

С.Х. Аль-Шукри, И.В. Кузьмин, М.Н. Слесаревская, Р.Э. Амдий, Н.О. Шабудина, Ю.А.Игнашов
Применение ботулинического токсина типа А в лечении женщин с интерстициальным циститом/синдромом болезненного мочевого пузыря 382

В.Б. Бердичевский, Б.А. Бердичевский, Н.И. Казеко
Мембранные механизмы рефрактерности к медикаментозной терапии у пациентов с дисфункцией нижних мочевых путей 383

К. А. Бурдин, П.С. Кызласов, А.А. Кажера
Использование ультразвуковой допплерографии для объективной оценки изменений пенильной гемодинамики в генезе эректильной дисфункции у больных рассеянным склерозом 383

О.Ф. Каган, В.Х. Хейфец, С.О. Сосновский
К вопросу о консервативной терапии СНМП 384

О.Ф. Каган, В.Х. Хейфец, С.О. Сосновский
Применеие ботулотоксина тип А в лечении гиперактивного мочевого пузыря 384

А.А. Кажера, П.С. Кызласов, А.Г. Мартов, К.А. Бурдин
Роль психоэмоциональных нарушений в патогенезе эректильной дисфункции при цереброваскулярной патологии 384

Е.С. Коршунова, Д.А. Мазуренко, Е.В. Бриль
Влияние симптомов гиперактивного мочевого пузыря на психо-эмоциональное состояние больных 385

Г.Г. Кривобородов, Н.С. Ефремов, Е.И. Тур
Мирабегрон в лечении больных с нейрогенной детрузорной гиперактивностью **385**

М.Д. Кузьмин, А.М. Кузьмин
Комплексный подход к лечению больных с симптомами нижних мочевых путей (СНМП) у мужчин с рассеяным склерозом **386**

Т.Г. Маркосян, Н.Б. Корчажкина, С.С. Никитин
Характеристики иннервации мышц тазового дна у больных стрессовым недержанием мочи **386**

Т.Г. Маркосян, Н.Б. Корчажкина, С.С. Никитин
Нейрофизиологическая оценка иннервации промежности у пациентов хронической тазовой болью **387**

Т.Г. Маркосян, С.С. Никитин
Диагностики и лечения нарушений мочеиспускания у больных миелопатиями **387**

Т.Г. Маркосян, Н.Б. Корчажкина, С.С. Никитин
Характеристики иннервации мышц тазового дна у больных стрессовым недержанием мочи **388**

И.В. Павлова, В.Г. Новоселов, А.В. Зырянов, И.Б. Попов, Д.В. Бузолин, В.В. Кривощапов, Т.Н. Сайидов
Выбор медикаментозной коррекции нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей на клиническом примере **388**

М.В. Раздорская, И.В. Снегирев, Б.А. Неймарк, А.В. Мазырко, М.А. Тачалов, Н.А. Ноздрачев, А.В. Дзюба
Коррекция смешанного недержания мочи у пациенток с неврологическими расстройствами **389**

Л.М. Рапопорт, Е.А. Безруков, Г.Е. Крупинов, Ю.Л. Демидко, В.А. Терещенко
Результаты тренировки мышц таза при недержании после высокоинтенсивной фокусированной ультразвуковой аблации рака простаты (ВИФУ) **390**

П.П. Салов
«Урологические проблемы» женской сексологии **390**

Р.В. Салюков, Ф.А. Бушков, А.С. Колмаков, Ю.Р. Салюкова
Результаты микробиологического мониторинга возбудителей инфекции мочевыводящих путей у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой в специализированном реабилитационном центре для инвалидов с травмой спинного мозга «Преодоление». **394**

А.В. Сивков, В.В. Ромих, В.В. Пантелеев, А.В. Захарченко, Л.Ю. Борисенко, О.И. Аполихин
Влияние ботулинического токсина типа А на уродинамические параметры и сексуальную функцию у женщин при нейрогенной детрузорной гиперактивности **394**

М.А. Узденов, А.М. Узденов
Стойкое нарушение уродинамики обусловленное внутрипочечным типом лоханки: проблемы и решение **395**

А.В. Шаронов, К.А. Кильбергер, С.Ю. Бабаев, Т.Н. Масленникова, Т.В. Галицкий, А.В. Сорокин, М.В. Семенников, С.В. Копылова, С.В. Семенникова, А.Б. Строганов
Перспективы комплексной физиотерапии при синдроме хроническогй тазовой боли **398**

С.В. Шкодкин, А.В. Полищук, С.В. Чирков, К.Д. Шушпанова
Взаимосвязь метаболического синдрома и синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) **399**

И.С. Шорманов, А.С. Соловьев, А.И. Рыжков, Н.С. Шорманова
Место бактериофагов в этиотропной терапии хронического бактериального простатита **399**

И.С. Шорманов, И.И. Можаев, М.С. Лось, Н.С. Шорманова, А.С. Соловьев
Оксидативные нарушения и цитокиновый дисбаланс в патогенезе СХТБ-IIIB **400**

Шорманов И.С., Можаев И.И., Соловьев А.С.
Состояние вегетативной нервной системы пациентов с невоспалительным синдромом хронической тазовой боли **400**

IX: ВОПРОСЫ РЕПРОДУКЦИИ И ДЕТСКАЯ УРОЛОГИЯ

О.И. Аполихин, А.В. Сивков, И.А. Шадеркин, Д.А. Войтко, М.Ю. Просянников
Распространенность симптомов нарушения функции нижних мочевых путей у мужчин по результатам популяционного исследования «Новохоперск» **402**

В.А. Божедомов, А.В. Конышев, И.М. Рохликов, Г.Е. Божедомова, Н.А. Липатова
Хронический простатит: пересмотр медико-социальной роли и новые возможности мультидисциплинарного подхода **402**

В.А. Божедомов, Н.А. Липатова, М.А. Николаева, Г.Е. Божедомова, И.В. Ушакова, Л.М. Александрова, М.Ю. Габлия, Е.А. Спориш, Р.А. Алексеев
Репродуктивная функция мужчин при варикоцеле: роль функциональных нарушений сперматозоидов и возможности варикоцелэктомии **403**

В.А. Божедомов, М.А. Николаева, Г.Е. Божедомова, Н.А. Липатова, Н.С. Логинова, Н.К. Матвеева, Е.Л. Голубева, И.В. Ушакова, Л.З. Файзуллин, Г.Т. Сухих
Иммуноэндокринные аспекты мужского бесплодия **403**

В.А. Божедомов, И.М. Рохликов, Г.Е. Божедомова, Н.А. Липатова, М.А. Николаева, Г.Т. Сухих
Мужской фактор бездетного брака — пути решения проблемы **404**

С.Ю. Боровец, В.А. Торопов, С.Х. Аль-Шукри
Предбиопсийное математическое моделирование состояния сперматогенного эпителия у больных азооспермией **404**

С.Ю. Боровец, А.Г. Горбачев, С.Х. Аль-Шукри, М.А. Рыбалов
Влияние простатилена и простатилена-ац на фрагментацию днк сперматозоидов **404**

С.Г. Врублевский, О.С. Шмыров, А.С. Врублевский
Осложнения лапароскопических операций в детской урологии **405**

С.И. Гамидов, Р.И. Овчинников, А.Ю. Попова , О.М. Красова
Сохранность сперматогенеза при обструктивной азооспермии: от чего зависит? **405**

С.И. Гамидов, Р.И. Овчинников, А.Ю. Попова, О.М. Красова
Состояние сперматогенеза при обструктивной азооспермии: результаты экспериментальной работы **406**

С.И. Гамидов, Р.И. Овчинников, А.Ю. Попова, Н.П. Наумов
Влияние показателей спермограммы на результаты ВРТ **406**

С.И. Гамидов, Р.И. Овчинников, А.Ю. Попова, Н.Г. Гасанов
Микрохирургическая экстракция сперматозоидов у мужчин с необструктивной азооспермией: наши результаты **407**

С.И. Гамидов, Д.В. Щербаков, А.Ю. Попова, Р.И. Овчинников
Лечение бесплодных мужчин с эякуляторными нарушениями **408**

А.В. Декопов, А.А. Томский, Э.Д. Исагулян, Р.В. Салюков, Ю.Р. Салюкова, Ш.У. Кадыров
Сакральная электростимуляция корешка S3 в лечении детрузорно-сфинктерной диссинергии у детей с миелодисплазией **409**

О.Б. Жуков, Л.И. Астафьева, Е.В. Бабушкина
Мужское бесплодие при синдроме Клайнфельтера **409**

О.Б. Жуков, В.А. Уколов, В.В. Евдокимов, В.М. Сниткин, Е.В. Бабушкина
Синдром Мэя – Тернера у мужчин с рецедивирующим варикоцеле **410**

В.И. Кирпатовский, Г.Д. Ефремов, О.Н. Надточий
Стимуляция сперматогенеза и синтеза тестостерона трансплантацией ткани аллогенных неонатальных яичек крыс **410**

Г.В. Козырев, А.А. Протасов, В.В. Николаев, Ф.К. Абдуллаев, Г.А. Абдулкаримов
Хирургическая коррекция повторных случаев гипоспадии у детей **411**

Д. Г. Кореньков
Наш опыт использования гипербарической оксигенации (ГБО) в лечении мужского бесплодия **411**

М.Н. Коршунов, Е. С. Коршунова, Л.М. Казарян, Даренков С.П.
Fresh-TESE/ICSI - метод лечения бесплодия пациентов с аномально высоким показателем ДНК-фрагментации сперматозоидов в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) **412**

М.Н. Коршунов, Е. С. Коршунова, С.П. Даренков
Опыт использования биофлавоноида «Фомидан Плюс» в коррекции патоспермии и реакции оксидативного стресса (РОС) эякулята **412**

Н.Г. Кульченко
Факторы пролиферации и апоптоза у пациентов с мужским бесплодием **413**

Л.Б. Меновщикова, А.С. Гурская, М.В. Левитская, Т.А. Склярова,
В.С. Шумихин, А.И. Гуревич, М.В. Шумихина
Гнализ осложнений при лечении инфравезикальной обструкции у детей грудного возраста **413**

А.Ю. Метелев, А.Б. Богданов, Е.В. Ивкин, Е.И. Велиев
Гипербарическая оксигенация в лечении мужского бесплодия, ассоциированного с повышенным уровнем активных радикалов кислорода в сперме и фрагментации ДНК сперматозоидов **414**

А.Ю. Метелев, А.Б. Богданов, Е.В. Ивкин, Е.И. Велиев
Влияние гипербарической оксигенации на клеточную структуру яичек лабораторных крыс **414**

С.Н. Николаев , С.Л. Коварский , Л.Б. Меновщикова , Т.А. Склярова, А.Н. Текотов
Анализ результатов эндоскопической коррекции ПМР с помощью полиакрилат полиалкоголь объемообразующего кополимера (Vantris) **414**

Р.И. Овчинников, С.И. Гамидов, А.Ю. Попова, С.Х. Ижбаев
Роль адъювантной антиоксидантной терапии после варикоцелэктомии у больных с бесплодием **415**

А.Ю. Павлов, З.Р. Сабирзянова, О.В. Мифтяхетдинова, Г.В. Симонян
Осложнения реконструктивно-пластических операций на уретеровезикальном соустье: анализ ошибок, причины неудач **415**

А.Ю. Павлов, З.Р. Сабирзянова, О.В. Мифтяхетдинова, Г.В. Симонян
Выбор метода деривации мочи, как профилактика осложнений при лечении нарушений уродинамики **416**

Д.В. Сизякин, Р.Г. Фомкин, С.И. Костюков, О.И. Пипченко, А.А. Лагутин
Связь индекса фрагментации ДНК сперматозоидов с наступлением беременности после микрохирургической варикоцелэктомии **416**

Д.В. Сизякин
Артериальная гемодинамика малого таза и мужская инфертильность **417**

З.З. Соттаева, Л.Б. Меновщикова, А.И. Гуревич, Р.И. Джаватханова
Применение бос-терапии у детей с дисфункциональным мочеиспусканием. Как избежать неудач **418**

А.О. Тарзян, С.П. Яцык, Е.Л. Семикина, Э.К. Жамынчиев, А.А. Русаков
Оценка влияния хирургической коррекции варикоцеле у детей на состояние яичек **418**
Г.В. Тер-Аванесов

Роль биокомплексов в андрологической практике **419**

А.Г. Тонян, А.С.Тевосян
О вариативности взаимоотношений дигидроэпиандростендиона и общего тестостерона **420**

А.Г. Тонян, А.С.Тевосян
Диагностическое значение оценки колебаний давления в левой почечной вене **420**

С.В. Фесенко, В.Н. Фесенко, Д.Г. Кореньков, О.Ф. Каган, Н.С. Фесенко
Коррекция оксидативного стресса в семенной плазме у мужчин с патоспермией в инфертильном браке **421**

В.Н. Фесенко, С.Н. Калинина, Д.Г. Кореньков, С.В. Фесенко, М.В. Волкова
Ферментная терапия в комплексном лечении пациентов с обструктивной азооспермией **421**

А.Ю. Цуканов, Д.А. Сатыбалдин
Микронутриентная насыщенность у пациентов с патоспермией в сравнении со здоровыми лицами **422**

А.Ю. Цуканов, А.Е. Берсенев, Д.С. Ахметов
Качество эякулята и половая конституция **422**

А.Ю. Цуканов, Д.А. Сатыбалдин
Коррекция дефицита микронутриентов у пациентов с идиопатической формой мужского бесплодия **422**

И.С. Шорманов, Д.Н. Щедров
Особенности перекрута яичка в паховом канале у детей **423**

П.И.Шустер
Эффективность mesa и tese у мужчин с обструктивной азооспермией **423**

С.П. Яцык, С.А. Карпачев, А.А. Русаков, Э.К. Жамынчиев
Осложнения лапароскопической пиелопластики у детей **424**

С.П. Яцык, Э.К. Жамынчиев, А.А. Русаков, О.И. Беспалюк
Ведение пациентов после коррекции гипоспадии в раннем послеоперационном периоде **424**

С.П. Яцык, И.В. Поддубный, Ф.О. Туров, Т.М. Глыбина, Э.К. Жамынчиев
Методы электрокоагуляции при лапароскопических операциях на мочеполовой системы у детей **425**

ПРЕДИСЛОВИЕ

XIII съезд урологов России проходит в год 110-летия со дня образования Российского Общества Урологов. За истекшие 5 лет после 12 съезда состоялись 4 конгресса Правления РОУ и подготовлен пятый настоящий Конгресс. В 2013 году Конгресс проходил в Москве, в выставочном центре «Крокус Экспо». Он был посвящен инновациям в урологии за последние 10 лет. Программный доклад именовался «Тканевая инженерия и регенеративная медицина».

XIV Конгресс РОУ, проводимый в 2014 г. в городе Саратов, был посвящен вопросам научно-лечебно-образовательной интеграции в урологии. Трехмерное моделирование и программное обеспечение для 3D- визуализации представлено в интегрированных сообщениях лучевого диагноста, уролога и айти специалиста.

Анализу наиважнейших достижений урологии в XXI веке в России в целом и 9 федеральных округах, был посвящен **XV** Конгресс урологов, проводившийся в г. Санкт-Петербург в 2015 г. Конгресс проводился совместно с Европейской Ассоциацией урологов. На ряду с программным докладом «Российская урология в XXI веке», более 100 ведущих урологов из Великобритании, Германии, Италии, Франции и др. стран выступили по различным важнейшим вопросам современной диагностики и лечения в урологии.

XVI Конгресс РОУ проводился в г. Уфа с превалирующей программой «Достижения в диагностике и лечении». Кроме подробных пленарных докладов, сопровождаемых трансляциями из операционной, проводилась международная школа «Междисциплинарные аспекты мужского здоровья». Российские и немецкие хирурги провели показательные операции в режиме «живой хирургии».

Бурное развитие новых технологий последнего времени продиктовало необходимость проведения анализа осложнений и опасностей новейших методик. В первую очередь это касается лапароскопических, рентгенэндовидеоскопичекских и роботических методик оперативного лечения. Поэтому **XVII** Конгресс посвящается интраоперационным осложнениям высокотехнологичных малоинвазивных пособий.

В последние 5 лет проводились региональные Конференции в Севастополе, Ростове на Дону, Башкирии, и других регионах Российской Федерации.

Президиум правления Российского общества урологов надеется, что обсуждаемые на Конгрессе и региональных Конференциях вопросы способствуют выработке единых и оптимальных рекомендаций, необходимых для внедрения в практическое здравоохранение.

110 ЛЕТ РОССИЙСКОМУ ОБЩЕСТВУ УРОЛОГОВ

В.Н. Ткачук

(Председатель Санкт–Петербургского научного общества урологов им. С.П. Федорова, д.м.н., профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Почетный доктор Университета; заслуженный деятель науки РФ, Член президиума Российского общества урологов, Почетный член Европейской ассоциации урологов).

Первое научное медицинское общество урологов в России было учреждено в Санкт-Петербурге в 1907 г. и стало третьим в мире научным обществом урологов [1]. Первое в мире урологическое общество было организовано во Франции в 1900 г., второе - в Германии в 1906 г.

К моменту учреждения Российского общества урология в нашей стране достигла определенных успехов. Были разработаны или усовершенствованы различные методы диагностики и лечения урологических заболеваний, начала развиваться хирургия почек, мочеточников, мочевого пузыря и предстательной железы, были открыты самостоятельные урологические клиники, а урология стала выделяться в самостоятельную дисциплину [2].

Еще в первой половине XIX века большую роль в развитии отечественной урологии сыграла созданная при Петербургской медико-хирургической академии первая русская хирургическая школа [3]. Основоположник этой школы И.Ф. Буш (1771-1843) и его многочисленные ученики обогатили отечественную урологию многими открытиями и практическими предложениями. Почетное место в клинике И.Ф. Буша занимала оперативная урология, 25% всех операций в клинике были урологическими. Много места было уделено урологии и в научных трудах И.Ф. Буша, особенно в его первом русском руководстве по хирургии - «Руководстве к преподаванию хирургии» (СПб, 1807). В этой книге много места уделено технике оперативных вмешательств. И.Ф. Буш создал большую школу хирургов. Среди его учеников следует отметить И.В. Рклицкого, П.Н. Савенко, Х.Х. Соломона, И.В. Буяльского. Все они уделяли большое внимание урологии [4].

Крупный вклад в развитие урологии внес корифей отечественной хирургии Н.И. Пирогов (1810-1881). В своих классических трудах он значительное место уделял урологическим заболеваниям [5]. Н.И. Пирогов подробно описал происхождение, клиническую картину и лечение стриктур уретры, первым отметил взаимосвязь между туберкулезом легких и туберкулезом половых органов у мужчин, обосновал необходимость радикального оперативного лечения при туберкулезе яичка и придатка яичка, изложил патогенез, симптоматику и особенности оперативного лечения при водянке оболочек яичка, дал классическое описание почечной колики. Н.И. Пирогов явился основоположником военно-полевой урологии, описал симптоматику мочевых затеков, предложил классификацию травматических повреждений почек в зависимости от локализации повреждения.

В середине XIX века в России преподавание урологии было выделено из курса хирургии. Видное место в выделении урологии в самостоятельную дисциплину принадлежит П.П. Заблоцкому-Десятовскому (1814-1882). Он первым в России в Медико-хирургической академии в Петербурге стал читать курс урологии, выделив его из курса хирургии [6]. В

1844 г П.П. Заблоцкий-Десятовский представил Конференции Медико-хирургической академии программу лекций самостоятельного курса болезней мочевых и половых органов, которая была утверждена. Лекции по урологии он читал более 30 лет. Они были посвящены хирургическим болезням почек, болезням мочеточников, болезням мочевого пузыря, болезням предстательной железы, болезням уретры, болезням полового члена, болезням органов мошонки. Свыше 30% всех операций, сделанных П.П. Заблоцким-Десятовским в Медико-хирургической академии, относятся к урологическим. Из 44 работ П.П. Заблоцкого-Десятовского 9 посвящены урологии.

В 1866 г. при медицинском факультете Московского университета была открыта первая в России урологическая клиника, заведующим которой был назначен профессор И.П. Матюшенков (1813-1878), возглавлявший клинику до 1868 г. Позже клиникой руководили профессор И.А. Бредихин (с 1868 по 1871 г.), доцент Ф.Е. Гааг (с 1871 по 1875 г.), а с 1878 по 1907 г. - известный уролог профессор Ф.И. Синицын (1835-1907). Роль Ф.И. Синицына в отечественной урологии весьма существенна [2]. Его обоснованно можно считать одним из основоположников отечественной урологии. Много внимания он уделял выделению урологии в самостоятельную дисциплину, разработке методики преподавания урологии и созданию Московской школы урологов. В 1884 г. он выдвинул теорию эндокринного генеза опухолей предстательной железы.

С 1918 по 1923 г.г. университетскую клинику Московского университета возглавлял профессор Богданов П.Ф. Благодаря его усилиям, урология в 1922 году стала обязательным предметом и отдельной самостоятельной специальностью [9], а в апреле 1923 года было создано Московское общество урологов. Петр Федорович был избран первым его председателем и выступил с докладом «История урологии в Москве».

В Петербурге в 1899 г. при Институте усовершенствования врачей был открыт урологический кабинет, в котором за первые 10 лет работы было принято 18 538 больных с заболеваниями мочевых и половых органов. В 1905 г. было открыто первое в Петербурге урологическое отделение при Обуховской больнице. По инициативе С.П. Федорова в 1905 г. при госпитальной хирургической клинике Военно-медицинской академии были открыты самостоятельные урологические палаты.

В Петербурге в 1901 г. была создана вторая в России кафедра урологии в Императорском клиническом институте Великой Княгини Елены Павловны [2]. Позже этот институт получил название «Институт усовершенствования врачей». Кафедру урологии этого института с момента ее основания и до 1925 г. возглавлял профессор Н.А. Михайлов (1861-1925).

С именем профессора С.П. Федорова (1869-1936) (рис.1) связано дальнейшее развитие урологии в России. Роль С.П. Федорова в урологии огромна [7]. В 1903 г. он был избран профессором госпитальной хирургической клиники Военно-медицинской академии. С.П. Федоров разработал многие разделы урологии. Он первым в России применил цистоскопию с катетеризацией мочеточников и в 1907г опубликовал первое в России руководство по цистоскопии. Им были разработаны особенности многих оперативных вмешательств при заболеваниях почек, мочеточников, мочевого пузыря и предстательной железы. С.П. Федоров воспитал целую плеяду талантливых учеников. Из его школы вышли выдающиеся отечественные хирурги и урологи: В.А. Оппель, В.Н. Шевкуненко, А.В. Смирнов, Н.Ф. Лежнев, В.А. Гораш, Д.П. Кузнецкий, Н.С. Перешивкин, А.А. Чайка, А.И. Васильев и многие другие.

Особой заслугой С.П. Федорова является организация в Петербурге в 1907 г. первого в России общества урологов. По инициативе С.П. Федорова 24 сентября 1907 года

состоялось собрание 19 членов-учредителей общества. В их числе, кроме С.П. Федорова, были В.В. Александров, А.Р. Войнич-Сяножеский, И.В. Гаген-Торн, В.А. Гораш, И.М. Гордеев, Н.Н. Зайферт, М.Л. Крепс, Д.П. Кузнецкий, Н.Ф. Лежнев, Н.А. Михайлов, Н.С. Перешивкин, В.А. Светницкий, А.Н. Семенов, Б.Н. Хольцов, А.М. Черноусенко, В.В. Чистосердов. Члены-учредители единодушно согласились учредить научное общество урологов в Санкт-Петербурге.

14 декабря 1907 года Санкт-Петербургским городским присутствием по делам об обществах был утвержден Устав урологического общества. Эта дата и считается днем создания первого урологического общества в России. Для избрания в члены общества, помимо рекомендаций трех действительных членов, уплаты вступительного взноса, представления автобиографии, требовалось обязательное выступление на заседании общества с докладом. Только для некоторых известных ученых было сделано исключение: П.А. Герцен, Г.Д. Воскресенский, М.С. Субботин, Н.А. Вельяминов, П.Ф. Богданов, Р.М. Фронштейн были приняты в члены общества без доклада на его научном заседании. Годичный взнос членов общества составлял 5 рублей [3] — немалая сумма для того времени.

23 декабря 1907 года (по старому стилю) состоялось первое заседание общества, на котором было избрано его правление. Председателем Российского общества урологов был избран С.П. Федоров, товарищем (заместителем) председателя — Б.Н. Хольцов, казначеем — Н.Ф. Лежнев, секретарями — В.В. Александров и В.А. Гораш.

6 февраля 1908 года в Пироговском музее в Петербурге состоялось первое научное заседание урологического общества, на котором было заслушано два доклада. Б.Н. Хольцов сделал доклад на тему «К вопросу о простатэктомии», а Н.Ф. Лежнев — «Лечение доброкачественных опухолей мочевого пузыря».

На последующих заседаниях были избраны почетными членами общества известные иностранные урологи того времени: I. Albarran, L. Casper, E. Desnos, P. Preyer, A. Frisch, E. Fennwick, F. Guyuon, J. Israel, F. Oberlander, O. Zuccerkandl.

С 1907 по 1914 гг. было проведено 60 научных заседаний Российского общества урологов. До 1914 года заседания общества проходили регулярно каждые 2–3 недели. Однако после начала Первой мировой войны заседания общества не проводились и только после 5-летнего перерыва возобновились вновь с 30 января 1919 года [8].

Сознавая потребность в специальном периодическом печатном органе, посвященном актуальным вопросам урологии, С.П.Федоров и Р.М.Фронштейн ходатайствовали перед соответствующими советскими органами о создании журнала «Урология» - первого печатного урологического периодического издания в стране. Ходатайство было удовлетворено, и в марте 1923 года в Москве вышел в свет первый номер журнала «Урология». В состав редакционной коллегии вошли: С.П.Федоров, Р.М.Фронштейн и Б.Н.Хольцов. Ответственным редактором журнала стал Р.М.Фронштейн [2].

Первый Российский съезд урологов состоялся в Москве в 1926 г., председателем съезда был назначен С.П. Федоров. Последующие два съезда (1927, 1929 гг.) проходили в Ленинграде, а четвертый съезд вновь состоялся в Москве в 1931 г. [2].

В 1931 г. Российское общество урологов приняло новый устав и было переименовано в Ленинградское урологическое общество, являющееся составной частью Всесоюзного общества урологов.

Только в 1965 году в рамках Всесоюзной конференции урологов было воссоздано Российское общество урологов [2], председателем которого был избран профессор А.М. Гаспарян (1902-1970) (рис.2). После смерти профессора А.М. Гаспаряна с 1970 по 1972 гг. обязанности председателя общества исполнял профессор В.Н.

Ткачук. В 1972 г. на очередном пленуме Правления Российского общества урологов председателем Российского общества урологов был избран член-корр. АМН Ю.А. Пытель (1929-1998 гг.) (рис.3). После смерти Ю.А. Пытеля председателем общества был избран академик РАМН Н.А. Лопаткин (1924-2013) (рис.4), а с 2012г - член-корр. РАН профессор Ю.Г. Аляев, который возглавляет общество и в настоящее время.
За 110 лет существования Российского общества урологов было проведено 12 съездов и 16 конгрессов общества, а также и многочисленные Пленумы Правления.
В последние годы Российское общество урологом активно взаимодействует с Европейской Ассоциацией урологов. Результатом такого сотрудничества явилось признание отечественных достижений и присвоение звания «Почетный Член Европейской Ассоциации Урологов» в 2002 году академику РАМН Николаю Алексеевичу Лопаткину, в 2004 году - профессору Леониду Михайловичу Гориловскому, а в 2016 году - профессору Владимиру Николаевичу Ткачуку. В 2015 году в Санкт-Петербурге был проведен XV Конгресс Российского общества урологов совместно с Европейской Ассоциацией урологов, на котором присутствовали более 100 урологов из-за рубежа. Российское общество урологов, объединяющее сегодня в своих рядах более 4700 членов, является третьим по величине после США и Китая обществом урологов в мире. Только в 2016 году его пополнили 500 новых членов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гаспарян А.М., Гаспарян С.А., Ткачук В.Н. Очерки по истории отечественной урологии. Л.: Медицина, 1971. 158 с.*

2. *Лопаткин Н.А., Дзеранов Н.К. История отечественной урологии. М.: Дипак, 2007. 288 с.*

3. *Ткачук В.Н. Значение первой русской хирургической школы в развитии урологии. Урология и нефрология. 1965. (2): 53-57.*

4. *Ткачук В.Н., Ткачук И.Н. История урологии в Санкт-Петербурге. Урологические ведомости. 2012; 2(2): 3-9.*

5. *Ткачук В.Н., Ткачук И.Н. История урологии в Санкт-Петербурге. Актуальные вопросы урологии: сборник научных работ. СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2007. С. 7-22.*

6. *Ткачук В.Н. П.П. Заблоцкий-Десятовский - один из основоположников отечественной урологии. Урология. 1958; (4): 3-6.*

7. *Гаспарян А.М., Ткачук В.Н. Роль С.П. Федорова в развитии отечественной урологии. Урология. 1956; (3): 3-7.*

8. *Ткачук В.Н. История возникновения и развития Санкт-Петербургского общества урологов имени С. П. Федорова. Урологические ведомости. 2012; 2 (1): 3-5.*

9. *«150 лет урологической клинике имени Р.М.Фронштейна: из прошлого через настоящее в будущее» (под редакцией П.В.Глыбочко, Ю.Г.Аляева). М. МЕДФОРУМ. 2017; 101 с.*

Рис.1
Сергей Петрович Федоров
(1869-1936)

Рис.2
Ашот Михайлович Гаспарян
(1902-1970)

Рис.3
Юрий Антонович Пытель
(1929-1998)

Рис.4
Николай Алексеевич Лопаткин
(1924-2013)

Раздел I:

ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ

(В ВИДЕ ПРЕЗЕНТАЦИЙ)

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОЧКЕ

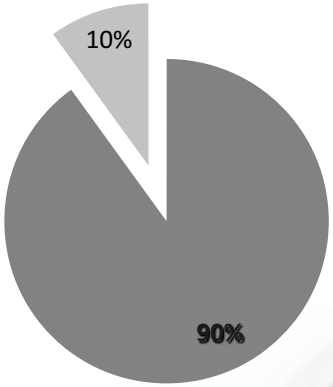
Сеченовский Университет

Осложнения при операциях на почке

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, Е.В. Шпоть, А.В. Проскура

Сеченовский Университет

Структура урологических заболеваний [1]



- Воспалительные заболевания, уролитиаз, новообразования
- Аномалии развития, туберкулез, повреждения, почечная гипертензия, почечная недостаточность

Органосохраняющие операции (открытые/лапаро-, ретроперитонеоскопические, робот-ассистированные)

~ 87-90% всех оперативных пособий на почке[2]

Органосохраняющие (чрескожные операции)

осложнения

[1]ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ (Росстат) ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РОССИИ. Статистический сборник. Москва, 2015
[2] Органосохраняющие операции при опухоли почки / Ю. Г. Аляев [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 264 с. : ил., цв. ил.

Сеченовский Университет

Возможные причины осложнений при открытых/лапароскопических операциях на почке

Осложнения при органосохраняющих операциях на почке [1]

BERG, W. T., TOMASZEWSKI, J. J., YANG, H. & CORCORAN, A. 2017. Complications of Renal Surgery. *Urol Clin North Am*, 44, 275-288.

Сеченовский Университет

Стандартизация отчетности об осложнениях при операциях на почке

Guidelines on
Reporting and Grading of Complications after Urologic Surgical Procedures

European Association of Urology

D. Mitropoulos (chair), W. Artibani, M. Graefen, M. Remzi, M. Rouprêt, M.C. Truss

4. CONCLUSIONS

There is an urgent need for uniform reporting of complications after urologic procedures, which will aid all those involved in patient care and scientific publishing (authors, reviewers and editors). Urologists have considerably changed their attitude towards using standardised criteria when reporting complications, and there has been an exponential increase of the number of papers using the Clavien-Dindo system. However, a certain number of papers (35.3%) did not use it properly. When reporting the outcomes of urologic procedures, the committee proposes the following:

- Define your complications.
- Preferentially use a standardised system; the Clavien-Dindo grading system is highly recommended.
- When using the Clavien-Dindo system, provide a table of all complications and corresponding grades

Для приведения отчетности об осложнениях к единообразию рекомендовано использовать классификацию ***Clavien-Dindo***

Усовершенствованная классификация хирургических осложнений по Clavien-Dindo

Степень	Критерии
I	Любые отклонения от нормы в послеоперационном периоде, которые не требуют хирургического, эндоскопического и радиологического вмешательства. Проводится только консервативная терапия - противорвотные средства, жаропонижающие, анальгезирующие и мочегонные средства, введение электролитов, физиотерапия, а также лечение раневой инфекции, открывшейся в стационаре.
II	Включает в себя осложнения, требующие расширения объема медикаментозной терапии (помимо средств, указанных при осложнениях I степени), а также переливание крови и полное парентеральное питание.
III	Осложнения, требующие хирургического, эндоскопического или радиологического вмешательства, разделяются на:
IIIa	вмешательства, выполняемые без общей анестезии.
IIIb	вмешательства, выполняемые под общей анестезией.
IV	Опасные для жизни осложнения (включая ЦНС), требующие пребывания пациента в отделении интенсивной терапии и включающие:
IVa	Недостаточность функции одного органа (включая диализ).
IVb	Полиорганная недостаточность.
V	Летальный исход.

Сеченовский Университет

Стандартизация отчетности об осложнениях при операциях на почке: *альтернативные* системы оценки осложнений

MIC[1]
=
Margin, **I**schemia, **C**omplications
состояние хирургического края, время тепловой ишемии (не более 20 мин), осложнения (более II по классификации Clavien-Dindo)

Trifecta[2]
отрицательный хирургический край, минимальное ухудшение функционального состояния почек (менее 10% от исходного СКФ) и отсутствие урологических осложнений

Pentafecta[3]
отрицательный хирургический край, отсутствие послеоперационных осложнений, время тепловой ишемии < 25 мин, сохранение ≥ 90% исходной СФК, отсутствие развития у пациента ХБП ≥ 1 год после операции

[1] Lista G, Buffi NM, Lughezzani G, et al. Margin,ischemia, and complications system to report perioperative outcomes of robotic partial nephrectomy: a European Multicenter Observational Study (EMOS project). Urology 2015;85(3):589–95.
[2] Hung AJ, Cai J, Simmons MN, et al. "Trifecta" in partial nephrectomy. J Urol 2013;189(1):36–42.
3 Kim DK, Kim LH, Raheem AA, et al. Comparison of trifecta and pentafecta outcomes between T1a and T1b renal masses following robot-assisted partial nephrectomy (RAPN) with minimum one year follow up: can RAPN for T1b renal masses be feasible? PLoS One 2016;11(3):e0151738.

Сеченовский Университет

Осложнения, возникающие из-за неверной хирургической техники. Предоперационный этап: укладка пациента

- Положение пациента на операционном столе (лежа на соответствующем боку) *при длительной операции* приводит к нарушению вентиляции легких и *может предрасполагать* к возникновению ателектазов, пневмонии)[1];
- Чрезмерное разгибание пациента для увеличения расстояния между реберной дугой и передней верхней остью может привести к рабдомиолизу (в особенности, у пациентов с высоким ИМТ и СД)[2];
- Придание свободной руке нефизиологического положения (> 90° в суставе --- сдавление нервного сплетения головкой плечевой кости) может провоцировать развитие плексита[3]

Зачастую оперативные пособия на почках непродолжительны.

Но!

При длительных пособиях (> 4-5 часов) необходимо брать *«паузу безопасности»*

- расправить операционный стол;
- «убрать» карбоксиперитонеум

[1] Modi M, Shah V, Modi P. Unilateral dependant pulmonary edema during laparoscopic donor nephrectomy: report of three cases. Indian J Anaesth 2009;53(4):475–7.
[2] Reisiger KE, Landman J, Kibel A, et al. Laparoscopic renal surgery and the risk of rhabdomyolysis: diagnosis and treatment. Urology 2005;66(5 Suppl): 29–35.
[3]http://www.anaesthesiauk.com/Documents/258%20Peripheral%20Nerve%20Injuries%20and%20Positioning%20for%20Anaesthesia.pdf

Сеченовский Университет

Осложнения, возникающие из-за неверной хирургической техники. Интраоперационный этап: травма смежных органов

available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europeanurology.com

European Association of Urology

EUROPEAN UROLOGY

Kidney Cancer

A Prospective Randomized EORTC Intergroup Phase 3 Study Comparing the Complications of Elective Nephron-Sparing Surgery and Radical Nephrectomy for Low-Stage Renal Cell Carcinoma

Hendrik Van Poppel [a,], Luigi Da Pozzo [b], Walter Albrecht [c], Vsevolod Matveev [d], Aldo Bono [e], Andrzej Borkowski [f], Jean-Marie Marechal [g], Laurence Klotz [h], Eila Skinner [i], Thomas Keane [j], Ilse Claessens [k], Richard Sylvester [k]*
for the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)
National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group (NCIC CTG)
Southwest Oncology Group (SWOG)
the Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)

Исследование EORTC[1]: сравнивает результаты лечения образований почки после резекции и нефрэктомии:

в процентном соотношении послеоперационные осложнения распределены следующим образом:

- фистулообразование – 3,8% vs. 0%,
- повреждение селезенки, печени - 0,8% vs. 0,4%,
- повреждение плевральной полости – 10,6% vs. 9,1%,
- повторная операция из-за возникших осложнений в ходе первого пособия – 4,2% vs. 2,3%,
- травма кишечника – 0,18%[2]

[1] Van Poppel H, Da Pozzo L, Albrecht W, et al. A prospective randomized EORTC intergroup phase 3 study comparing the complications of elective nephron-sparing surgery and radical nephrectomy for low-stage renal cell carcinoma. Eur Urol 2007; 51(6):1606–15.
2 Ahmad G, Duffy JM, Phillips K, et al. Laparoscopic entry techniques. Cochrane Database Syst Rev. 2008;16(2):CD006583.

Сеченовский Университет

Осложнения, возникающие из-за неверной хирургической техники. Интраоперационный этап: травма кишечника

Частота – 0,18%[1]

Травма кишечника, связанная с выполнением доступа в брюшную полость:

- с помощью иглы Veress;
- доступ по Hassen;
- прямая травма троакаром.

Ни один из доступов не является более безопасным по сравнению с другим[2]

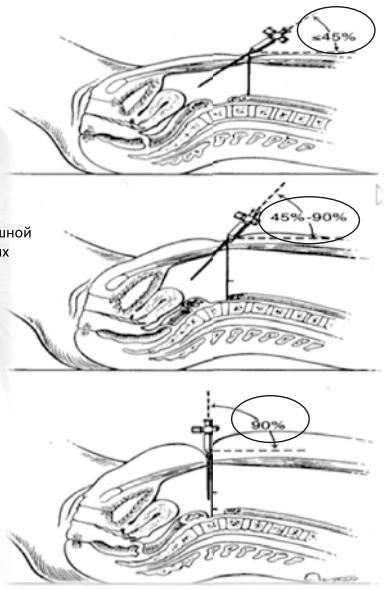
Причины:

- наличие спаек в брюшной полости в исходе предыдущих оперативных пособий;
- осуществление доступа без визуального контроля;
- генерализация патологического онкологического процесса

* При возможности – визуальный контроль при осуществлении доступа

У астеничных пациентов расстояние от передней брюшной стенки до крупных сосудистых стволов ~ 2 см[5].
У нормостеников ~ 6 см[6]

* Изменение техники выполнения доступа в зависимости от толщины передней брюшной стенки



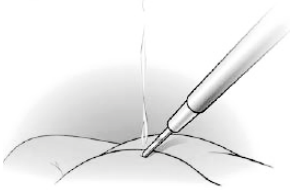
[1] Ahmad G, Duffy JM, Phillips K, et al. Laparoscopic entry techniques. Cochrane Database Syst Rev. 2008;16(2):CD006583.
[2] Minervini A, Davenport K, Pefanis G, et al. Prospective study comparing the bladeless optical access trocar versus Hasson open trocar for the establishment of pneumoperitoneum in laparoscopic renal procedures. Arch Ital Urol Androl. 2008;80(3)95–8.

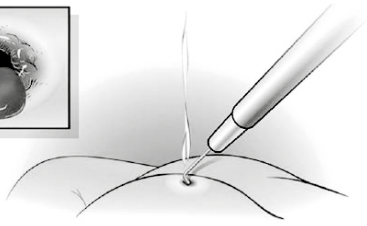
Сеченовский Университет

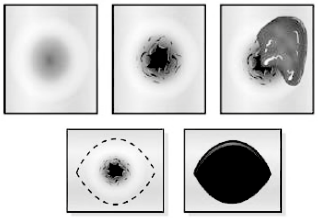
Осложнения, возникающие из-за неверной хирургической техники. Интраоперационный этап: травма кишечника

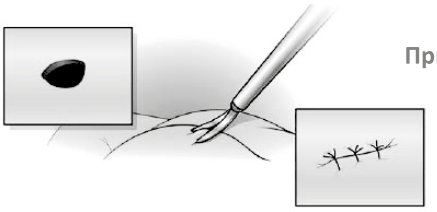
Частота – 0,1%[1]

Травма кишечника в ходе хирургического приема:
- термальное / атермальное (эндоскопическими ножницами) повреждение кишечника и истечением содержимого кишки в брюшную полость и без него

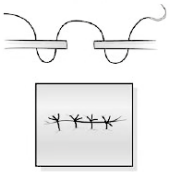


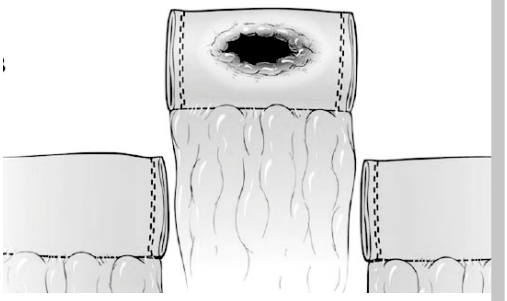






Прикраевой шов
Lambert





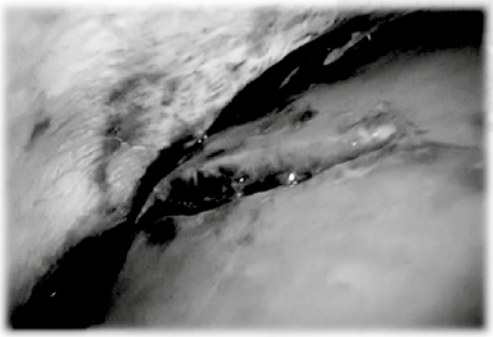
[1] Ahmad G, Duffy JM, Phillips K, et al. Laparoscopic entry techniques. Cochrane Database Syst Rev. 2008;16(2):CD006583.

Сеченовский Университет

Осложнения, возникающие из-за неверной хирургической техники. Интраоперационный этап: травма печени, селезенки, поджелудочной железы

Частота – 0,2%[1]

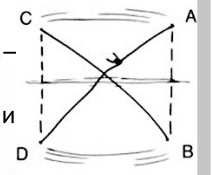
В большинстве случаев повреждение печени, селезенки, поджелудочной железы можно купировать консервативной терапией



Повреждение **поджелудочной железы**:
1) Установка назогастрального зонда;
2) Парентеральное питание;
3) в/в регидратация
4) Применение препаратов соматостатина;
5) Дренирование забрюшинного простарнства

Повреждение **селезенки**.
1) При незначительном кровотечении – попытка фульгурации / аргон-плазменной коагуляции.
2) При продолжающемся кровотечении - спленэктомия

Повреждение **печени**.
1) При незначительном кровотечении – аргон-плазменная коагуляция.
2) При продолжающемся кровотечении шов «восьмерка»



[1] Fahlenkamp D, Rassweiler J, Fornara P, et al. Complications of laparoscopic procedures in urology: experience with 2.407 procedures at 4 German centers. J Urol. 1999;162(3 Pt 1):765–70..

Сеченовский Университет

Осложнения, возникающие из-за неверной хирургической техники. Интраоперационный этап: кровотечение

Частота – 1,6 – 4,7%[1,2]
(при лапароскопических урологических операциях)
vs
Частота – 0,05 – 0,9%[3,4]
(при НЕурологических операциях)

EORTC: после резекции почки частота кровотечений (кровопотеря ≥ 1 л) в сравнении с нефрэктомией составляет 3,1% vs 1,2%

Интраоперационные кровотечения:
- во время доступа иглой Veress
- троакаром при доступе по Hassen
- неадекватное пережатие сосудов почечной ножи (наличие дополнительных артерий)
- некачественное ушивание почки после резекции

наличие оперативных пособий в анамнезе;
выполнение доступа без визуального контроля;
распространенный процесс

интрапаренхиматозное клипирование

гемостатическая губка

↑ Внутрибрюшного давления (для венозных кровотечений)

Прошивание

NB! При сужении просвета вены ≥ ½ просвета – 1 мес антикоагулянтной терапии (профилактика тромбозов)

NB! Ушивание дефектов a. Iliaca ext. – только если они проксимальнее a. glut. sup. Для дистальных дефектов возможно лигирование

Нефрэктомия

Селективная эмболизация

[1]. Gill IS, Kavoussi LR, et al. Complications of laparoscopic nephrectomy in 185 patients. A multiinstitutional review. J Urol. 1995;154:479.
[2]. Siqueira TM, Kuo Rl, Gardner TA, et al. Major complication in 213 laparoscopic nephrectomies: the Indianapolis experience. J Urol. 2002;168:1361.
[3]. Champault G, Cazacu F, Taffinder N. Serious Trocar injuries in laparoscopic surgery: a French survey of 103,852 operation. Surg Laparosc Endosc. 1996;6:367–70.
[4]. Roviaro GC, Varoli F, Saguatti L, Vergani C, Maciocco M, Scarduelli A. Major vascular injuries in laparoscopic surgery. Surg Endosc. 2002;16:1192.
[5].Bhoyrul S, et al. Trocar injuries in laparoscopic surgery. J Am Coll Surg. 2001 Jun;192(6):677–83.
[6] Hurd WW, Bude RO, De Lancey JO, Pearl ML. The relationship of the umbilicus to aortic bifurcation: implications for laparoscopic technique. Obstet Gynecol. 1992;80: 48–51.

Сеченовский Университет

Осложнения, возникающие из-за неверной хирургической техники. Послеоперационный этап: кровотечение.

Алгоритм действий [1]

Интенсивное кровотечение из почечной паренхимы
(жизнеугрожающее)
- профузная гематурия с тампонадой м/п и/или ЧЛС
- внутреннее и/или наружное кровотечение
- нарастающая забрюшинная гематома

Стабильное состояние больного
- контролируемая гемодинамика (достигнута стабилизация показателей (инфузия, симпатомиметики);
- наблюдение, контроль гемодинамических, лабораторных показателей, УЗ-мониторинг

Нестабильное состояние больного
(клиническая картина гиповолемического шока)

Коррекция ОЦК + гемостаз + восполнение кровопотери

Коррекция ОЦК + гемостаз + далее ПАГ+ССЭ

Операция: нефрэктомия; резекция + экстренная коррекция гемодинамики + вазопрессоры + восполнение кровопотери

Рецидив кровотечения

Достигнут гемостаз. Восполнение кровопотери по показаниям

Повторная ПАГ+ССЭ

Достигнут гемостаз

Наблюдение, контроль гемодинамических, лабораторных показателей, УЗ-мониторинг

Н.И. Сорокин. Диссертационная работа на тему: «Суперселективная окклюзия почечных артерий» Научный консультант: член-корр. РАН, д.м.н., профессор Ю.Г. Аляев

Сеченовский Университет

Осложнения, возникающие из-за неверной хирургической техники. Послеоперационный этап: кровотечение.

Алгоритм действий [1]

НЕинтенсивное кровотечение из почечной паренхимы
- периодически возникающая макрогематурия, не требующая экстренных вмешательств
- гемодинамика стабильная
- возможно снижение уровня Hgb

Причина

Не установлена

После выполнения УЗИ и МСКТ выявлена опухоль единственно функционирующей почки

Консервативные
Скрининг УЗИ ВМП и НМП

ПАГ+ССЭ сосудов питающих опухоль
n=17(47%)

Рецидив кровотечения в сроки от 12 до 18 мес.
n=12(33%). Повторная ССЭ

установлена

Ятрогенное повреждение почечных сосудов (ЧНЛТ, лапароскопические/открытые

приятия
(гемостатики, плазма) + тампонада ЧЛС.
Скрининг УЗИ ВМП и НМП

Рецидив кровотечения в сроки от 12 до 18 мес.
Третичная ССЭ

кровотечение, не угрожающее жизни
единственная почка
единственная функционирующая почка
→ резекция

Н.И. Сорокин. Диссертационная работа на тему: «Суперселективная окклюзия почечных артерий» Научный консультант: член-корр. РАН, д.м.н., профессор Ю.Г. Аляев

Сеченовский Университет

Осложнения, возникающие из-за неверной хирургической техники. Послеоперационный этап: псевдоаневризма, a-v фистула

Наиболее частая причина кровотечений в позднем послеоперационном периоде - артериовенозная (a-v) фистула и псевдоаневризма

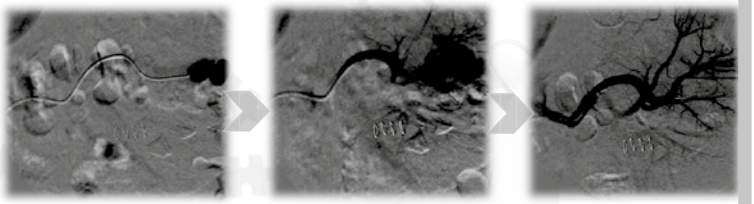
A-v фистула образуется при нарушении целостности сегментарной артерии/вены в ходе либо самой резекции опухоли (реже - энуклеации), либо ушивания раневого дефекта почки

В среднем время, t до клинических проявлений в виде макрогематурии- 12-20 дней.

Анатомические особенности опухолевого узла могут предрасполагать к возникновению отсроченных кровотечений, например, ***частота*** эмболизаций ветвей почечной артерии при центрально расположенных опухолях ***(****интрасинусных* образованиях***)*** ***может достигать 7%.***

Эмболизация ветвей почечной артерии – эффективный способ гемостаза

Пациентк К., 53 года.
Ds: опухоль левой почки cT3aN0M0. На 5-сут после резекции – макрогематурия. МСКТ с контрастированием →



Сеченовский Университет

Осложнения, возникающие из-за неверной хирургической техники. Послеоперационный этап: уринома

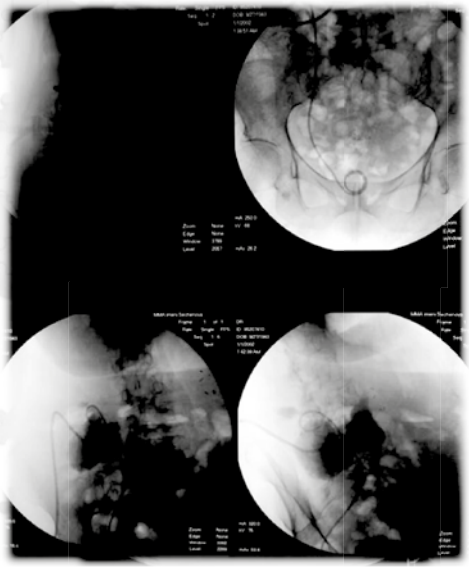
Частота – в прямой зависимости от доступа. [1,2,3]
Ранее достигала- 17,4% при открытых пособиях, при робот-ассистированных - 0,78%

Факторы, предрасполагающими к развитию мочевых затеков:
- количество баллов по шкале Renal Pelvis Score;
- количество баллов по шкале RENAL;
- прецедент интраоперационного нарушения целостности собирательной системы почки;
- время тепловой ишемии;
- характеристики опухоли: большой размер и интрасинусная локализация.

Клиническая картина варьирует от бессимптомного течения, до тошноты, рвоты, непроходимости, обильного отделяемого по страховым дренажам (биохимически - моча)

Вариант решения - установка JJ-стента и/или нефростомического дренажа, и/или дренажа в область мочевого затека.

Пациентка Г., 73 лет.
Ds: синхронные опухоли почек: рак правой почки: pT3aN0M0, pT3aN0M0, рак левой почки pT3aN0M0.
Пранефральная уринома справа



1 Campbell SC, Novick AC, Streem SB, et al. Complications of nephron sparing surgery for renal tumors. J Urol 1994;151(5):1177–80.
2 Tomaszewski JJ, Cung B, Smaldone MC, et al. Renal pelvic anatomy is associated with incidence, grade, and need for intervention for urine leak following partial nephrectomy. Eur Urol 2014; 66(5):949–55.
3 Tomaszewski JJ,SmaldoneMC, CungB, et al. Internal validation of the renal pelvic score: a novel marker of renal pelvic anatomy that predicts urine leak after partial nephrectomy. Urology 2014;84(2):351–7.

Сеченовский Университет

Осложнения, возникающие из-за неверной хирургической техники. Послеоперационный этап: положительный хирургический край (ПХК) (повторная резекция / нефрэктомия / активное наблюдение?)

Rahul K. Bansal и соавт.
(ретроспективное исследование)
N= **1103 пациента**
Статус хирургического края:
972 (88.1%) - **ОХК**, 71 (6.4%) - **ПХК**, и 60 (5.4%) – «?»

ОХК	ПХК
49 (5,0%)	7(9.9%)
прогрессирование заболевания	
3 (0.3%)	0 (0%)
рак-ассоциированная смерть	
855 (91.4%)	61 (89.7%)
Живы через 15 и 19 мес. наблюдения	

стадия ≥T3, Fuhrman grade 4 — ассоциированы с высокой вероятностью ПХК.

Возраст пациента, техника операции – нет.

Авторы приходят к заключению, что наличие слабой связи между ПХК и прогрессированием заболевания может говорить об **отсутствии необходимости выполнения нефрэктомии у пациентов с ПХК.**

Rahul K. Bansal et al. Positive surgical margins during partial nephrectomy for renal cell carcinoma: Results from Canadian Kidney Cancer information system (CKCis) collaborative

Сеченовский Университет

Осложнения, возникающие из-за неверной хирургической техники. Послеоперационный этап: положительный хирургический край (ПХК) (повторная резекция / нефрэктомия / активное наблюдение?)

Ho Won Kang и соавт.
N= **1831 пациент с cT1** стадией, t набл. – 32,5 мес.
Статус хирургического края:
31 (1.7%) - **ПХК**

ОХК	ПХК
(0,4%)	0(0%)
⇩	
местный рецидив	
ОХК	**ПХК**
1,7%	3,2%
⇩	
отделенные метастазы	

При этом статистически значимых различий между прогрессированием заболевания и статусом хирургического края зафиксировано не было (p=0,566).

Авторы делают заключение, что **активное наблюдение** в подобных случаях может быть разумной альтернативой.

Matthew J. Maurice и соавт.
N= **6038 пациентов**
t набл. – 71 мес.
T-стадия опухоли – предиктор ПХК
5-летняя выживаемость среди всех пациентов составила 92%, при ПХК – 89%
Однако, смерть «от всех причин» связана с ПХК

Авторы приходят к выводу, что **необходимы исследования**, которые бы изучили канцер-специфичную выживаемость у пациентов с ПХК в течение более длительного периода наблюдения.

HO WON KANG et al. Surgical Margin Does Not Influence Recurrence Rate in pT1 Clear Cell Renal Cell Carcinoma After Partial Nephrectomy: A Multicenter Study Journal of Surgical Oncology 2016;114:70–74 2016
Matthew J. Maurice et al. Reexamining the association between positive surgical margins and survival after partial nephrectomy in a large American cohort. Journal of Endourology. June 2016, 30(6): 698-703.

Сеченовский Университет

Осложнения, возникающие вследствие анатомических особенностей опухоли. T- стадия опухоли

Patard и соавт. сравнивали осложнения, возникающие при резекции почки по поводу **T1a vs T1b** образования.

Средняя продолжительность операции, объем кровопотери, необходимость восстановления целостности ЧЛС выше при образованиях ≥ T1b

Becker и соавт. изучали краткосрочные функциональные и онкологические результаты лечения **образований почки ≥ 7 см**

Частота осложнений для образований стадии T2 составляет 29,6%, причем в 10,9% возникают осложнения III+ по Clavien-Dindo

Woldu и соавт., Kolla и соавт. исследовали **осложнения** возникающие при органосберегающих операциях на почке **при наличии опухолевого тромба** в почечной вене.

Помимо кровотечений (эмболизация), мочевого затека (JJ-стент), послеоперационной несостоятельности раны отмечены случаи ТЭЛА, респираторного дистресс-синдрома (повторная интубация, перевод на ИВЛ), а также гнойных осложнений в виде паранефрального абсцесса (дренаж в область гнойной полости)

Patard JJ, Pantuck AJ, Crepel M, et al. Morbidity and clinical outcome of nephron-sparing surgery in relation to tumour size and indication. Eur Urol 2007;52(1):148–54.
Becker F, Roos FC, Janssen M, et al. Short-term functional and oncologic outcomes of nephronsparing surgery for renal tumours 7 cm. Eur Urol 2011;59(6):931–7.
Woldu SL, Barlow LJ, Patel T, et al. Single institutional experience with nephron-sparing surgery for pathologic
stage T3bNxM0 renal cell carcinoma confined to the renal vein. Urology 2010;76(3):639–42.

Сеченовский Университет

Осложнения, возникающие возникающие из-за особенностей анатомии пациента. Renal Pelvis Score

- Т-критерий TNM **не позволяет прогнозировать** трудность предстоящей операции, поскольку он не дает представления об особенностях **интрасинусных** опухолей и их близости к элементам собирательной системы почки. В некоторых работах показано, что хирург в большей степени ориентируется не столько на размер опухоли, сколько на ее локализацию и близость к синусу почки[1]

- **Для стандартизации отчетности об осложнениях** при операциях на почке, а также из соображений прогноза сложности предстоящей операции хирурги используют нефрометрическую шкалу RENAL. Вероятность осложнений после сложных, умеренной сложности и сравнительно простых резекций составляет 21,9%, 11,1% и 6,4%, соответственно[2]

- Если сравнивать сложные и простые резекции почки (полярные группы по шкале), то осложнения (**мочевой затек, псевдоаневризма, инфекционные осложнения, необходимость диализа, вероятность формирования перанефрального абсцесса, ОПН, кровопотеря и проч.**) в группе сложных резекций составляет 9,4%, в то время как в группе простых – 0%[2]

- Кроме того, **высокий балл** по нефрометрической шлаке – независимый предиктор осложнений **III-IV по Clavien-Dindo**[2]

- **Повышение индекса на единицу** сопряжено с увеличением отношения шансов возникновения мочевого затека **на 35%**[3]

1 Roos FC, Brenner W, Mu¨ ller M, et al. Oncologic longterm outcome of elective nephron-sparing surgery versus radical nephrectomy in patients with renal cell carcinoma stage pT1b or greater in a matched-pair cohort. Urology 2011;77(4):803–8.
2 Simhan J, Smaldone MC, Tsai KJ, et al. Objective measures of renal mass anatomic complexity predict rates of major complications following partial nephrectomy. Eur Urol 2011;60(4):724–30.
3. Bruner B, Breau RH, Lohse CM, et al. Renal nephrometry score is associated with urine leak after partial nephrectomy. BJU Int 2011;108(1):67–72.

Сеченовский Университет

Осложнения, возникающие вследствие анатомических особенностей опухоли. Renal Pelvis Score

При всей практической значимости шкалы RENAL она обладает одним

существенным недостатком: в ней не отражены особенности взаимоотношения паренхимы почки с ЧЛС

создана шкала Renal Pelvis Score

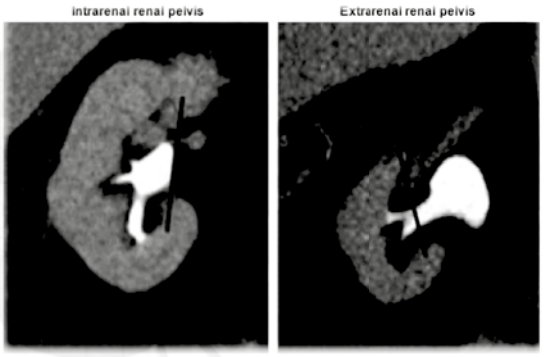
почечные лоханки принципиально делят на 2 группы – **экстраренальные** (более 50% объема лоханки находится за пределами паренхимы почки) и **интраренальные** (менее 50% расположено за пределами вещества почки).

Теоретически, интраренальная лоханка имеет меньшую емкость и более тонкие и узкие шейки чашечек, - все это предрасполагает к более высокому внутрилоханочному давлению, а значит, повышает вероятность мочевого затека после резекции почки с ушиванием элементов ЧЛС, пластики ЛМС[1]

Статистически данную гипотезу можно подтвердить следующими цифрами: у пациентов с интрарельнальной лоханкой риск несостоятельности анастомоза и мочевого затека составляет 75% в сравнении с паицентами с экстраренальной лоханкой, у которых он равен 37,5%[1]

Многофакторный анализ показал, что Renal Pelvis Score является самым главным предиктором мочевого затека в послеоперационном периоде (p<0,001)[2].

Таким образом, наличие интраренальной лоханки может быть основанием для «профилактического» стентирования на предоперационом этапе



1 Tomaszewski JJ, Cung B, Smaldone MC, et al. Renal pelvic anatomy is associated with incidence, grade, and need for intervention for urine leak following partial nephrectomy. Eur Urol 2014; 66(5):949–55.
2 Tomaszewski JJ,SmaldoneMC, CungB, et al. Internal validation of the renal pelvic score: a novel marker of renal pelvic anatomy that predicts urine leak after partial nephrectomy. Urology 2014;84(2):351–7.

Сеченовский Университет

Осложнения, возникающие из-за особенностей анатомии пациента.
Особенности строения паранефральной клетчатки

Urology. 2016 Mar;88:54-60. doi: 10.1016/j.urology.2015.10.034. Epub 2015 Dec 23.

Mayo Adhesive Probability Score Is Associated With Localized Renal Cell Carcinoma Progression-free Survival.

Thiel DD[1], Davidiuk AJ[2], Meschia C[2], Serie D[3], Custer K[4], Petrou SP[2], Parker AS[4].

Author information

Abstract

OBJECTIVE: To assess the association of the Mayo Adhesive Probability (MAP) score and progression-free survival (PFS) in patients with renal cell carcinoma (RCC). The MAP score is derived from cross-sectional imaging measurements of perinephric fat thickness and stranding.

MATERIALS AND METHODS: We identified 456 patients from a prospective registry who were treated surgically for localized RCC between 2002 and 2014. One reviewer calculated a preoperative MAP score (0-5) for each patient. Kaplan-Meier curves were utilized to estimate PFS. Cox proportional hazard models were used to estimate the association of MAP score with risk of progression univariately and after adjusting for covariates such as age, body mass index (BMI), and size, stage, grade, necrosis scores.

RESULTS: Patients with higher MAP scores (4-5) were more likely to be male, to be older, to have higher BMI, and to have larger tumors (all P < .01). Of our total cohort, 405 patients had MAP scores and follow-up data to assess PFS. Dichotomizing MAP scores into high (MAP 4-5) and low (MAP 0-3) yields a hazard ratio of 2.16 for the 4-5 group vs 0-3 (95% confidence interval: 1.15-4.06, P = .017). Adjustment for BMI did not alter the association (BMI-adjusted hazard ratio [HR] = 2.20 [1.07-4.52], P = .032). Of interest, the association with MAP and PFS remains for pT1 RCC patients (n = 287, HR = 3.46 [1.06-11.24], P = .039).

CONCLUSION: High MAP scores (4-5) are associated with decreased PFS in patients surgically treated for clinically localized RCC compared with patients with lower MAP scores (0-3). RCC aggressiveness may be associated with perinephric fat thickness and stranding.

Есть данные о том, что высокий балл по шкале Mayo (4-5 баллов) ассоциирован с более низким показателем выживаемости без прогрессирования заболевания при лечении пациентов с локализованным раком почки

Fig. 3. Mayo Adhesive Probability Scoring: posterior fat measurement. P, posterior (modality used in Mayo Adhesive Probability Score); L, lateral; RV, renal vein. (*From* Davidiuk AJ, Parker AS, Thomas CS, et al.

phrectomy. Eur Urol 2014;66(6):1165–71.
2. Macleod LC, Hsi RS, Gore JL, et al. Perinephric fat thickness is an independent predictor of operative complexity during robot-assisted partial nephrectomy. J Endourol 2014;28(5):587–91.

Сеченовский Университет

Возможные осложнения при чрескожных операциях на почке [1]

Liatsikos E. et al. **Complications of percutaneous nephrolithotomy: classification, management, and prevention.** Curr Opin Urol. 2016 Jan;26(1):88-94.

Сеченовский Университет

Стандартизация отчетности об осложнениях при чрескожных пособиях

- Трудность освещения вопросов осложнений при эндоурологических пособиях состоит в том, что **нет единой и общепринятой классификации**, которая бы позволила сравнивать между собой данные различных исследований
- В действительности, незначительные или клинически малозначимые кровотечения в послеоперационном периоде одними урологами воспринимаются как вариант нормального течения послеоперационного периода, в то время как другие «записывают» их в осложнения
- **Гетерогенность данных** между исследованиями в отношении классификации осложнений приводит к трудностям в интерпретации результатов чрескожных пособий

ORIGINAL RESEARCH

External validation of the S.T.O.N.E. nephrolithometry scoring system

Шкала **S.T.O.N.E** [1]– используется для прогнозирования полного избавления пациента от конкрементов, т.н. состояние stone-free, где S (stone size) – размеры конкремента, T(tract length) – длина рабочего канала (так, вроде?), O (obstruction) – наличие обструкции, N (number of involved calyces) - число чашечек, в которых имеются конкременты, E (essence or stone density) – состав или плотность конкремента
Сумма баллов = 5 – 13. 5 – «простые» ЧНЛТ , 13 – «сложные»

[1] Okhunov Z, Friedlander JI, George AK, et al. N E nephrolithometry: novel surgical classification system for kidney calculi. Urology 2013; 81:1154– 1159.

Сеченовский Университет

Факторы риска возможных осложнений ЧНЛТ

Отбор пациентов!

От оперативного пособия нужно отказаться у пациентов с некомпенсированной/нелеченной коагулопатией, инфекциями мочевыделительной системы, а также пионефрозом.

Кроме того, в недавнем исследовании показано, что независимыми факторами риски возникновения значимых осложнений (см. Clavien-Dindo) в ходе ЧНЛТ являются возраст более 55 лет и доступ через верхнюю чашечку

Немаловажен **опыт хирурга**. Если говорить о кривой обучения, то необходимо выполнить около 60 операций для достижения приемлемой длительности операции (продолжительность операции – также независимый фактор риска осложнений)

Положение пациента на столе не имеет значение в отношении частоты возникновения осложнений

Частота кровотечения, сепсиса, повреждения лёгкого, формирования псевдоаневризм тем выше, **чем больше количество доступов (пункционных ходов)**

В недавнем мета-анализе показано, что **разницы между «классической» и «бездренажной» (tubeless) ЧНЛТ** в отношении частоты возникновения лихорадки в послеоперационном периоде, снижения концентрации гемоглобина и необходимости гемотрансфузий, продления дренирования ВМП, а также необходимости second look **нет**

Сеченовский Университет

Осложнения при чрескожных операциях на почке. Кровотечение

- Кровотечения возникают практически **в 1/3 случаев**.
- Частота кровотечений, требующих переливания крови, достигает 20%
- Использование гибких инструментов позволяет избежать чрезмерной ангуляции инструмента (как это с использованием ригидных инструментов).
- Кровотечение также может возникнуть при доступе выше 12 ребра из субкостальных сосудов при дилятации пункционного хода

При возникновении кровотечения любой интенсивности имеет смысл **приблизить кожух к стенке ЧЛС** для улучшения визуализации

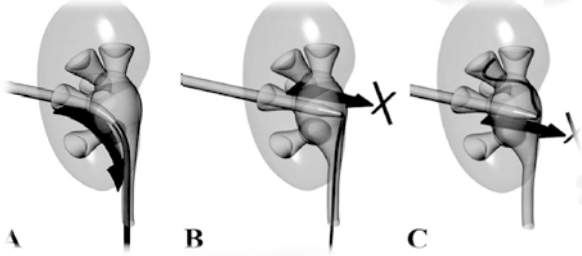
Для сведения к минимуму риска кровотечения **доступ** к чашечке нужно проводить **через аваскулярнцю зону Броделя**.

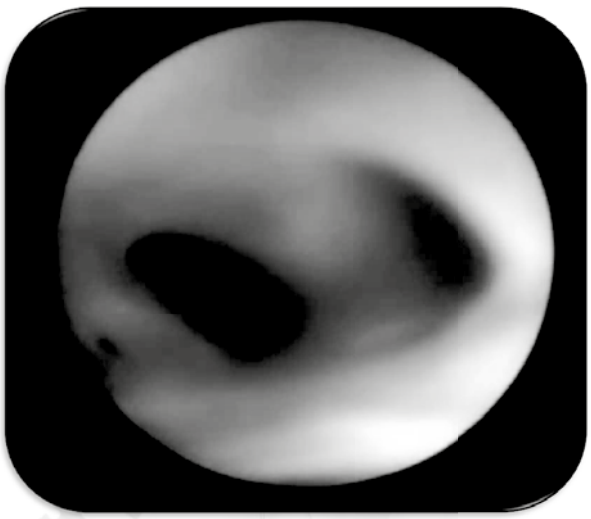
Осложнение	Частота, %	Факторы риска	Лечение
Кровотечение	0-20 (в среднем, около 7)	Множественные доступы (пункционные ходы)	Пережать н/с
		Доступ с использованием кожуха большого диаметра	Механическое сдавление в месте доступа+использование гемостатиков
		Коралловидный камень	Стимуляция осмотического диуреза
		Длительное оперативное пособие	МСКТ ангиография + селективная эмболизация (фистула, псевдоаневризма)
		Супракостальный доступ	Чрескожное дренирование (персистирующая гематома)

Сеченовский Университет

Осложнения при чрескожных операциях на почке. Кровотечение

- **бужирование под правильным углом** («правильная ангуляция») вдали от крупных сосудистых стволов
- **использование гемостатиков** + **установка и пережатие нефростомического дренажа (на 60 мин)** поможет справиться практически с любам паренхиматозным кровотечением
- **Выбор пациента** (сосудистые аномалии, подковообразная почка, прием препаратов, влияющих на свёртывающую систему)





Сеченовский Университет

Осложнения при чрескожных операциях на почке. Кровотечение. Клинический пример

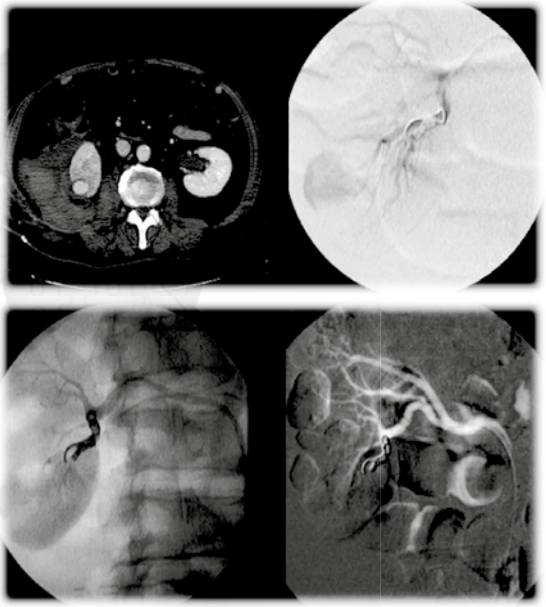
Частота – 1.2%[1]

Причинами значимого отсроченного кровотечения может стать формирование артериовенознрй фистулы и артериальной псевдоаневризмы. Оба осложнения редки.
Клинически данные осложнения **проявляются персистирующей макрогематурией, прогрессирующим снижением концентрации гемоглобина**, гипотензией (последнее – в редких случаях).

Паранефральная гематома возникает в 1/3 случаев. Менее чем в 1% возникает необходимость эмболизации, а большинство гематом протекают бессимптомно.

Редким отсроченным осложнением паранефральной гематомы является формирование т.н. **почка Пейджа** (Page kidney), при которой у пациента возникает тойкая артериальная гипертензия в исходе неадекватного лизирования субкапсулярной гематомы, серомы, уриномы и сдавление почечной ножки.

Мужчина, 55 лет. Жалобы на примесь крови в моче через месяц после ЧНЛТ по поводу коралловидного конкремента правой почки



1. Srinivas Vemulapalli, Jay D. Raman, Mantu Gupta, et al. Incidence and Prevention, Grade Progression, and Classification Following Percutaneous Nephrolithotomy. Eur Urol 2012;61:146–158.

Сеченовский Университет

Инфекционные осложнения при чрескожных операциях на почке

Частота: 2,8 - 32,1%

Лихорадка	2,8 – 31,2	Бактериурия	Предоперационная антибиотикопрофилактика (при наличии бактериурии)
		Аномалии почек, собирательной системы	Профилактически а/б однократно или коротким курсом (моча - стерильная)
		Проблемы нейрогенного характера со стороны мочевого пузыря	А/б ШСД + контроль электролитного баланса, диуреза + дренирование мочевых путей (уросепсис)
		Длительное оперативное пособие	Прекратить операцию, установить н/с (при пункции – гнойная моча)
		Значительное давление жидкости притока	

Факторы, предрасполагающие к развитию инфекционных осложнений:

- бактериурия перед операцией,
- аномалии строения почки и ее собирательной системы,
- нейрогенные функциональные расстройства мочевого пузыря,
- длительное оперативное пособие, высокое давление ирригационной жидкости на притоке.

Исходная почечная недостаточность может быть фактором риска развития лихорадки в послеоперационном периоде

Пациентам со стерильной мочой можно назначить либо однократное введение а/б перед операцией, **либо** непродолжительный а/б курс для профилактики послеоперационных инфекционных осложнений

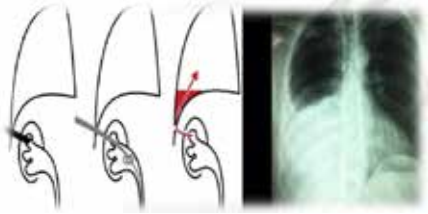
Если ЧНЛТ длится ≤ 102 минут и **количество использованной ирригационной жидкости ≤ 23 литров**, риск инфекционных осложнений в послеоперационном периоде также снижается

При получении **гнойной мочи при пункции ЧЛС** следует немедленно **прекратить операцию, установить н/с** и продолжить операцию только после получения «чистого» посева.

Осложнения со стороны плевральной полости при чрескожных операциях на почке. Пневмоторкс, гидроторакс, гемоторакс уриноторакс

Частота: менее чем у 2% пациентов

- Диагностируются обычно сразу же после удаления кожуха или н/с
- При супракостальном доступе (выше 12 ребра) частота коллизий с плевральной полостью выше, чем при субкостальном.
- Гидроторакс: обычно кожух прикрывает собой дефект в плевральной полости, → убирать только тогда, когда поток жидкости на притоке прекращен.
- Незначительное попадание раствора - нивелировать дренированием ЧЛС на соответствующей стороне. Бо**л**ьшее по объему количество ирригационной жидкости удалить из плевральной полости можно дренированием.
- **Уриноторакс** возникает при попадании мочи через дефект в плевральной полости или посредством ее **затека из забрюшинного пространства через аортальное отверстие в диафрагме для грудного лимфатического протока.** При подтверждении наличия мочи в плевральной полости - раздельное дренирование плевральной полости и собирательной системы почки плевральным дренажом и нефростомой, соответственно. Первым убирают плевральный дренаж, затем (через несколько дней) – нефростому.
- **Гемоторакс** чаще возникает при повреждении межреберных сосудов, чем при прямой травме легкого



Доступ выше 12 ребра нужно выполнять только у определенной группы пациентов по показаниям, а **выше 11 – избегать**;

Пневмоторакс, сопровождающийся незначительными респираторными клиническими проявлениями, обычно разрешается консервативно. Тем не менее, необходимо выполнять **строгий рентгенологический контроль** в п/о периоде.

Пункция по верхнему краю нижележащего ребра поможет избежать развития гемоторакса.

Осложнение	Частота,%	Факторы риска	Лечение
Пневмоторакс Гидроторакс Гемоторакс Уриноторакс	Менее 2	Супракостальный доступ	Консервативное лечение (незначительных размеров пневмоторакс)
			Пролонгированное дренирование ЧЛС (незначительных размеров пневмоторакс)
			Дренирование плевральной полости
			Дренирование и ЧЛС, и плевральной полость (уриноторакс)
			Дренирование плевральной полости (гемоторакс)

Осложнения при чрескожных операциях на почке. Персистирующий (незаживающий) нефростомический ход

Частота: 1,5 - 4,6%

- При нормальном течении послеоперационного периода нефростомический ход должен «закрыться» ***через 12 часов после удаления*** нефростомы

- Предрасполагающие факторы :
- значительный по диаметру нефростомический дренаж,
- длительное дренирование собирательной системы почки,
- отсутствие «страховочного» дренирования ЧЛС в виде JJ- стента

Миниперкутанная хирургия

Осложнение	Частота, %	Факторы риска	Лечение
Персистирующая нефростомическая фистула	1,5 – 4,6	Н/с большого диаметра	Установка J- стента в мочевые пути
		Длительное дренирование ЧЛС	
		Отсутствие JJ-стента в мочевых путях	

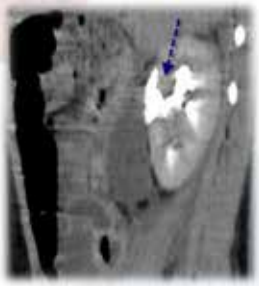
Осложнения при чрескожных операциях на почке. Повреждение собирательной системы почки

Частота: 5,2% (повреждение ЧЛС), 0,2% (формирование уриномы)

- **Предрасполагающие факторы** разрыва элементов ЧЛС, а также формирования уриномы:
- **высокое давление ирригационной жидкости** в ЧЛС при выполнении операции;
- **чрезмерное усилие**, с которым в ЧЛС проводится струна (вид струны!) и кожух;
- **избыточная ангуляция** инструментов в полости ЧЛС

Как только заподозрено/обнаружено повреждение ЧЛС необходимо закончить операцию в максимально сжатые сроки и при минимальном давлении ирригационной жидкости с собирательной системе почки

Осложнение	Частота,%	Факторы риска	Лечение
Разрыв ЧЛС	Повреждение - менее 5.2 формирование уринолы - 0.2	Чрезмерное усилие, приложенное в ходе выполнения операции	Установка J-J- стента или н/с
			Чрескожное дренирование уриномы
			Прекращение операции и установка н/с



Осложнения при чрескожных операциях на почке. Повреждение тонкой / толстой кишки

Частота: менее 0,5 %

Чаще повреждение **тонкой кишки** - при работе с правой стороны. При подозрении - интраоперационно полезно **выполнить нефростомографию** Консервативное - прекращение питания пациента per os (переход на парентеральное) и установку нефростомического дренажа

Травма **толстой кишки** - чаще при манипуляциях на левой почке, пункции на нижнюю чашечку, у пациентов старшей возрастной группы, при избыточном количестве газа в кишке, а также у пациентов с подковообразной почкой

Т.н. ретроренальное положение толстой кишки наблюдается у 1,9% пациентов

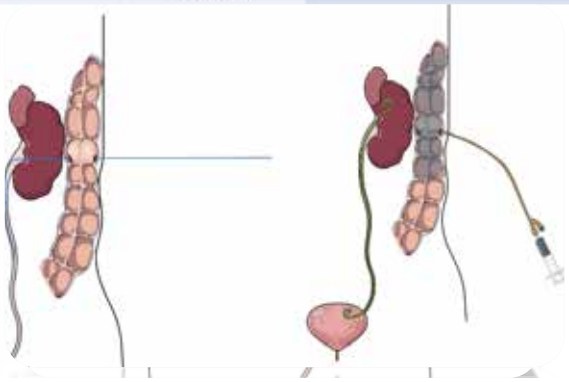
Пункция латеральнее задней подмышечной линии также сопряжена в высоким **риском травмы толстой кишки**

Обычно травма толстой кишки диагностируется интраоперационно: при введении КВ в почку происходит контрастирование и просвета кишки.

При своевременной диагностике почечно-толстокишечного свища необходимо поставить в почку н/с, в кишку – дренаж. **На 7-е сутки после операции** постепенно **начинают подтягивать кишечный дренаж (1 см в день).** В дальнейшем для контроля полного заживания свища выполняют МСКТ с контрастированием.

При несвоевременной диагностике - парентеральное питание, назначают а/б ШСД , колостомия (предпочтительно на срок около 3 мес).

Повреждение толстой кишки	Менее 0.5	Доступ с левой стороны	Удаление н/с + установка J-J- стента + парентеральное питание + антибактериальная терапия в/в
		Доступ через нижнюю чашечку	
		Пациенты старшей возрастной группы	
		Растяжение кишки газами	Хирургическое вмешательство + выведение колостомы
		Подковообразная почка	
		Забрюшинное расположение толстой кишки	



Сеченовский Университет

Осложнения при чрескожных операциях на почке. Травма печени / селезенки

- При выполнении **доступа ниже 11,12 ребер** **вероятность** повреждения печени/селезенки **мала**
- **Травма селезенки** обычно диагностируется **при МСКТ** с контрастированием, выполненной **по поводу нестабильной гемодинамики, болезненности в верхнем левом квадранте** живота, прогрессирующего **снижения концентрации гемоглобина**. При своевременной диагностике возможно консервативное лечение с использованием гемостатических препаратов, а также пролонгированного дренирования ЧЛС
- **Повреждение печени** чаще происходит при супракостальной пункции ЧЛС, с условиях имеющейся гепатомегалии
- При травме как печени, так и селезенки, сопровождающимися выраженной гемодинамической нестабильностью показана ревизия органов брюшной полости

Осложнение	Частота, %	Факторы риска	Лечение
Повреждение селезенки	11 клинических описаний в литературе	Супракостальный доступ	Использование гемостатиков и пролонгированное дренирование ЧЛС
		Спленомегалия	Ревизия органов брюшной полости - спленэктомия
			Ревизия органов брюшной полости
Повреждение печени	-	Супракостальный доступ	Использование гемостатиков и пролонгированное дренирование ЧЛС
		Доступ через верхнюю чашечку	Ревизия органов брюшной полости

Сеченовский Университет

Благодарю за внимание

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, Е.В. Шпоть, А.В. Проскура

shpot@inbox.ru

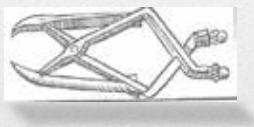
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРКУТАННОЙ ХИРУРГИИ НЕФРОЛИТИАЗА

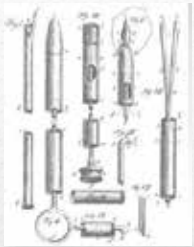
ФГАОУ ВО ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.М.СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

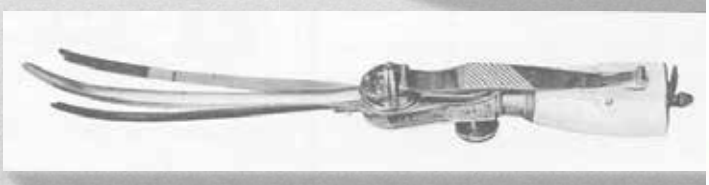
Профилактика и лечение интраоперационных осложнений перкутанной хирургии нефролитиаза

Профессор М.А. Газимиев
Г.Н. Акопян, Г.С. Акопян.

Начало развития перкутанной хирургии нефролитиаза







ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЧНЛТ

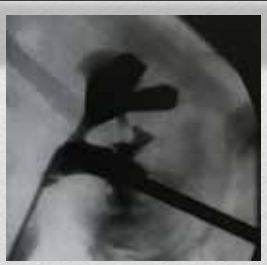
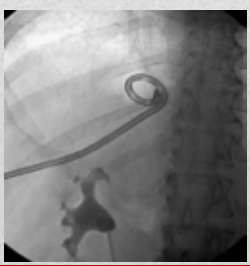
Общая частота интраоперационных осложнений колеблется от 0,8% до 14,7%. В специализированных центрах до 4%.

Факторы влияющие на частоту осложнений:

- **Качество предоперационного обследования пациента и планирования оперативного вмешательств;**
- **уровень оснащенности клиники или ЛПУ;**
- **уровня подготовки и опыта операционной бригады**

Осложнения ЧЛНТ

Осложнения	Частота гемотрансфузий	Эмболизация	Подтекание мочи	Фебрильная температура	Сепсис	Торакальные осложнения	Повреждения органов	Леталь-ность	Уровень доказательности
Диапазон	0-20%	0-1,5%	0-1%	0-32,1%	0,3-1,1%	0-11,6%	0-1,7%	0-0,3%	1a
N = 11929	7%	0,4%	0,2%	10,8%	0,5%	1,5%	0,4%	0,05%	

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- **Кровотечение (паранефральная гематома)**
- **Перфорация мочевых путей**
- **Потеря нефростомического хода**
- **Гипотермия**
- **Повреждение внутренних органов**

Классификация осложнений Clavien-Dindo

Степень	Определение
0	Осложнения отсутствуют
1	Любое отклонение от нормального течения послеоперационного периода без необходимости фармакологических, хирургических, эндоскопических и радиологических вмешательств. Могут применяться противорвотные препараты, антипиретики, анальгетики, диуретики, электролиты и физиопроцедуры. Развитие раневой инфекции
2	Осложнения, требующие медикаментозного лечения, гемотрансфузий или парентерального питания
3	Осложнения, требующие хирургического вмешательства
3A	Без общей анестезии.
3B	Под общей анестезией.
4	Жизнеугрожающие осложнения (включая осложнения со стороны ЦНС), требующие интенсивного лечения в реанимационном отделении.
4A	Дисфункция одного органа (включая необходимость диализа).
4B	Полиорганная недостаточность.
5	Смерть больного.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Кровотечение

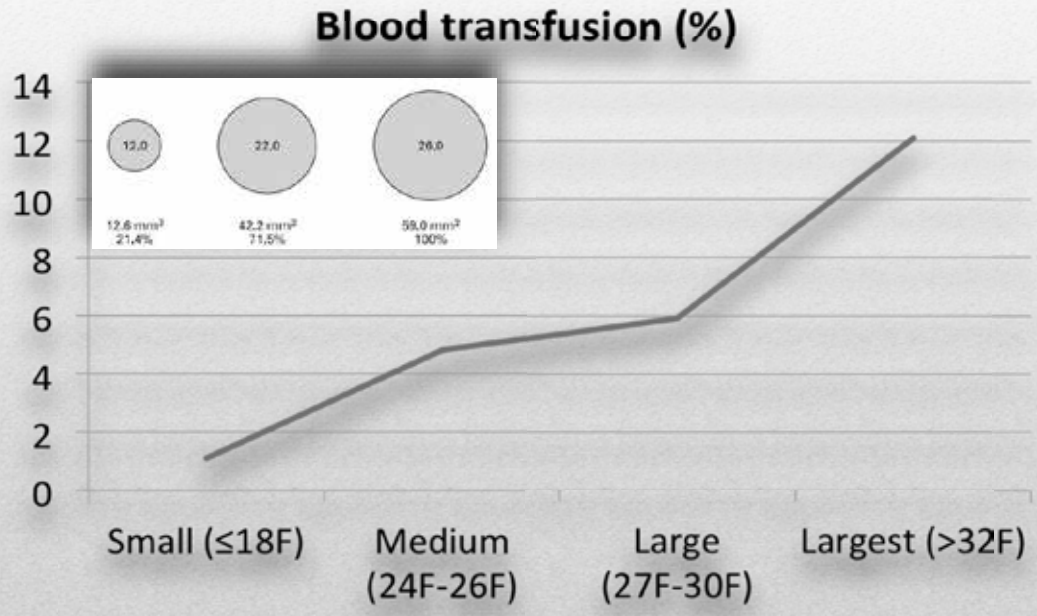
1. **Неправильно выбранный доступ к камню;**
2. **Бесконтрольное бужирование нефростомического хода;**
3. **Сквозное ранение чашечки;**
4. **Повреждение внутри почечных структур;**
5. **Повреждение паренхимы почки при тракции направляющей струны.**

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Кровотечение

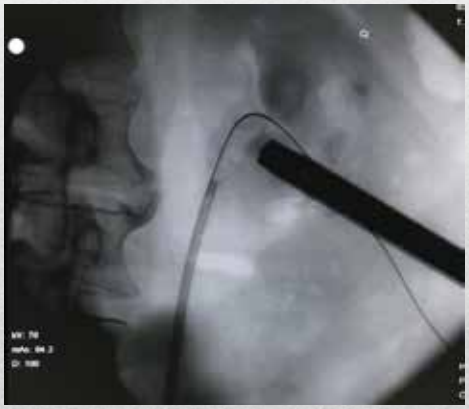
- **Гемотрансфузия 1-12%**
- **ССЭ – 1,5%**

Зависимость кровотечения от диаметра нефростомического хода.



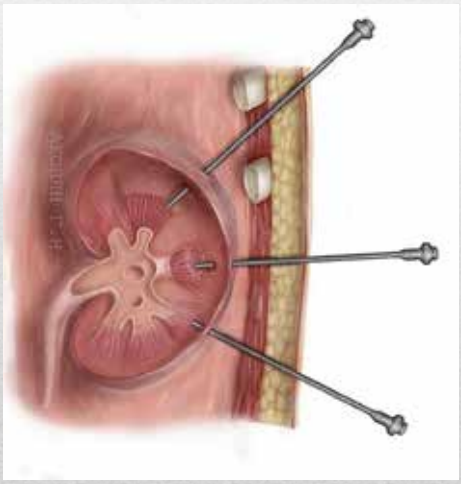
ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Вероятность кровотечения увеличивается при увеличении диаметра нефростомического хода.



ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Выполнение множественных нефростомических доступов (два и более) увеличивает вероятность кровотечения в 2,5 раза.



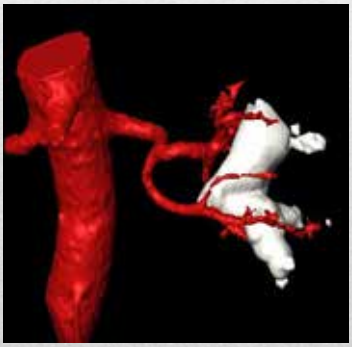
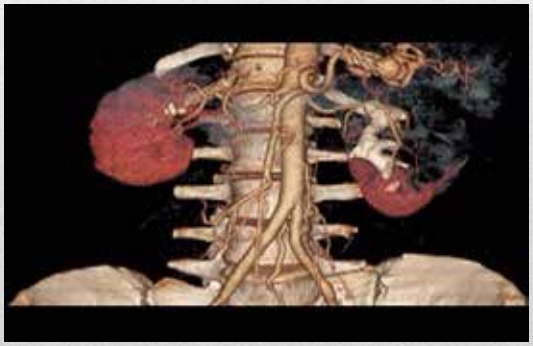
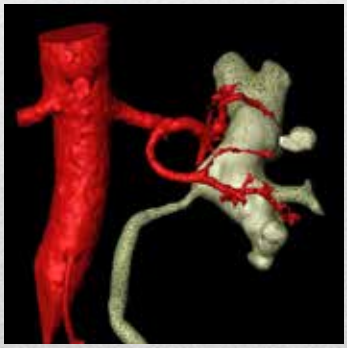
ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Профилактика

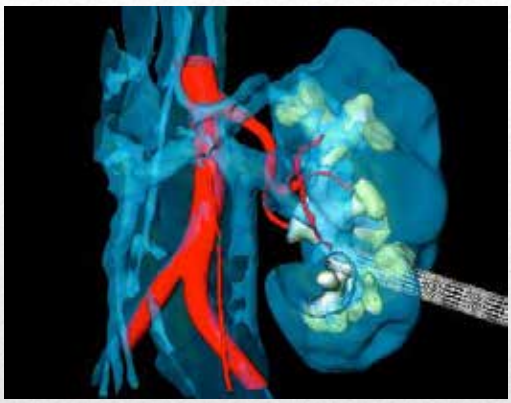
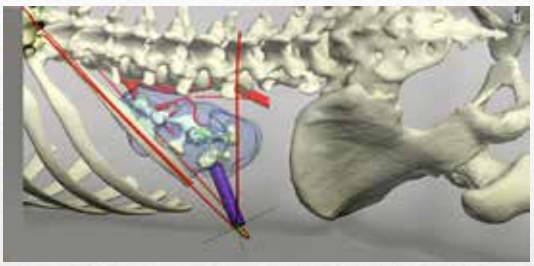
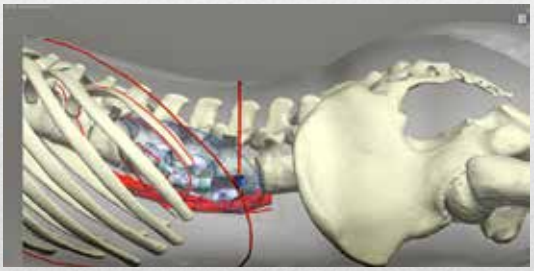
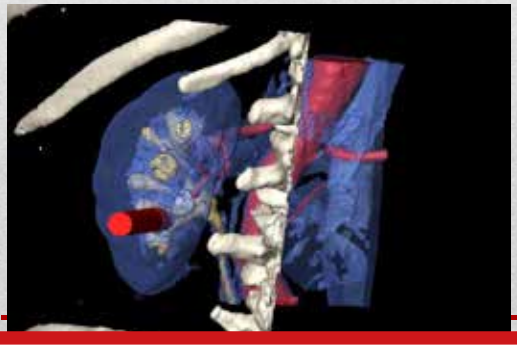
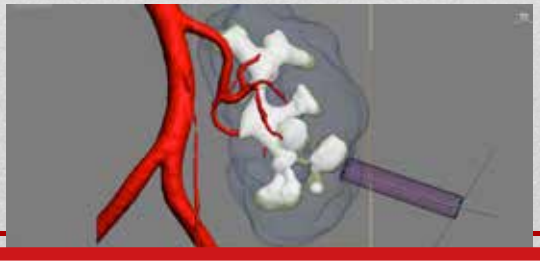
- Использование КТ, 3D моделирования
- Корректная пункция
- Осторожная, «саперная» работа
- Использование миниперкутанной техники
- Комбинация анте- и ретроградного доступа к камню вместо 2-4.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- Использование КТ и 3D моделирования патологического процесса для выбора оптимального доступа к камню

Использование КТ и 3D моделирования

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

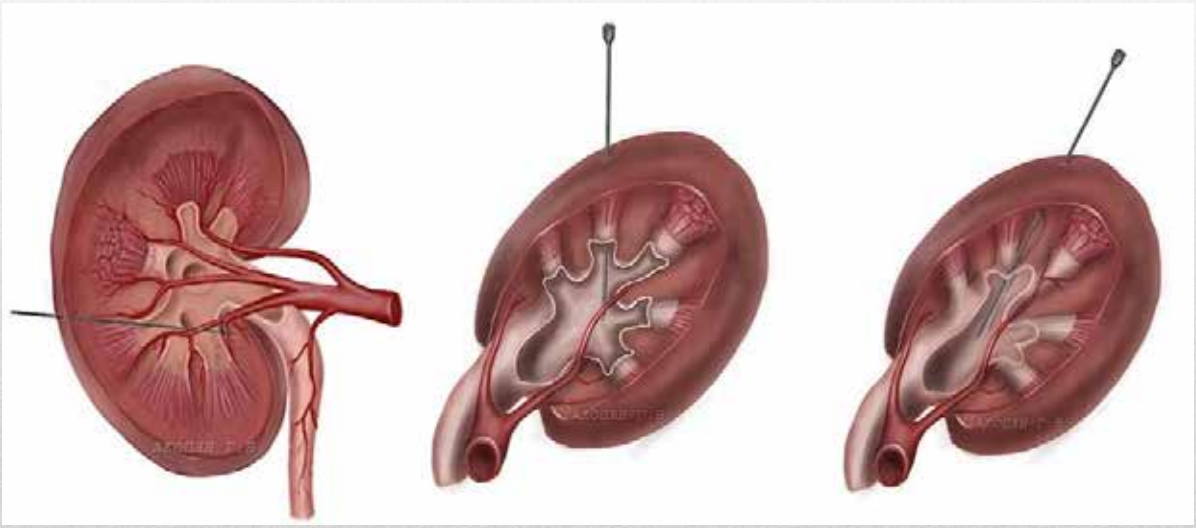
Корректная пункция

Доступ к почке под УЗ контролем

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Профилактика

Корректная пункция



Минимальное повреждение паренхимы в «бессосудистых» зонах

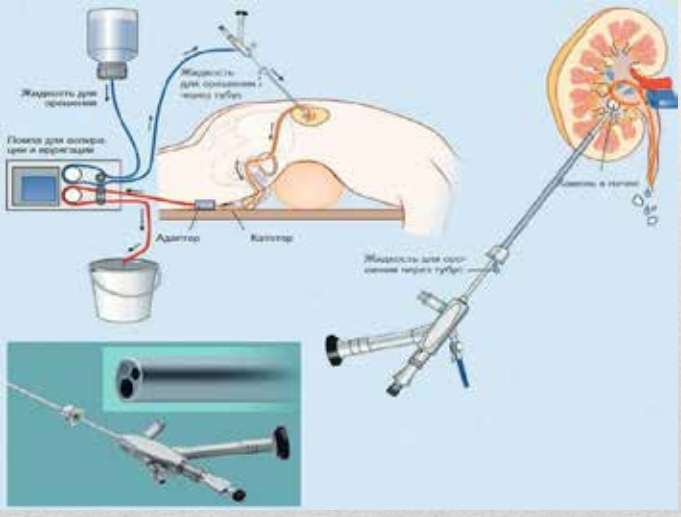
ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Профилактика

Корректная пункция

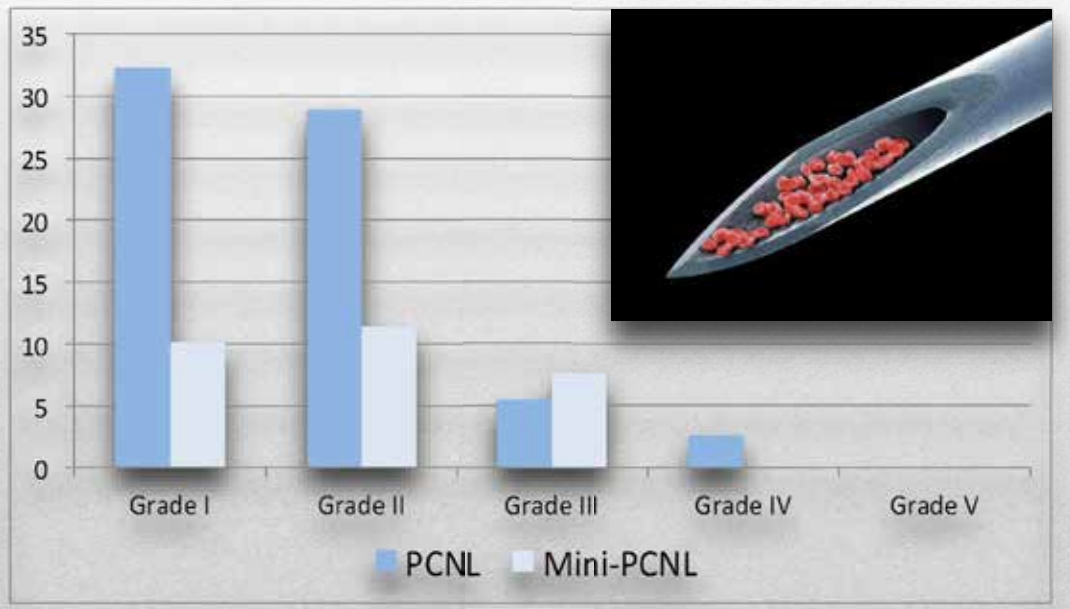
ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Применение мини инструмента



Мини ЧНЛТ	**14-22 ch**
Ультрамини	**8,5-13 ch**
Микро	**5 ch**

Миниатюризация инструментов – как способ профилактики осложнений.



ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Комбинация анте- и ретроградного доступа к камню вместо нескольких доступов на почку.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Лечение

Коагуляция сосудов по ходу нефростомического канала

Использование гемостатических материалов

Нефростома № 24-28 Сн.

Тампонада ЧЛС путем пережатия нефростомического дренажа и закончть операцию.

Суперселективная эмболизация ветвей почечных артерий

При отсутствии эффекта от рентгенэндоваскулярной хирургии - открытое (лапаро-) оперативное пособие.

Лечение

Коагуляция сосудов по ходу нефростомического канала

Лечение

Использование гемостатических материалов

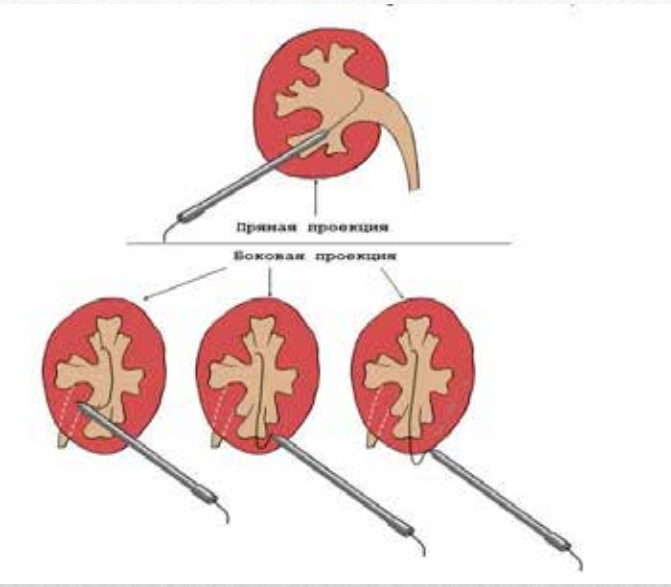
Лечение

Использование гемостатических материалов

Лечение

- Нефростома № 24-26 Сн
- Тампонада ЧЛС путем пережатия нефростомы
- Суперселективная эмболизация ветвей почечных артерий
- При отсутствии эффекта от рентгенэндоваскулярной хирургии - открытое оперативное пособие

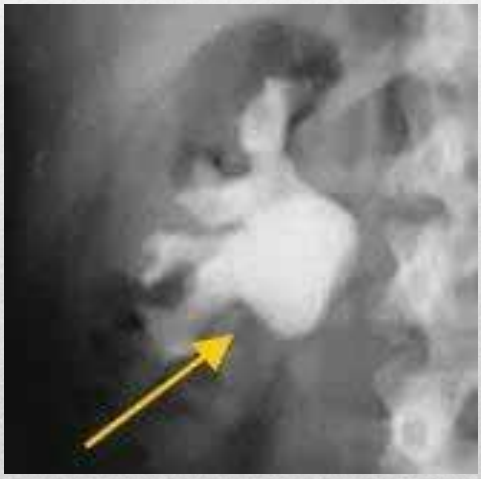
Перфорация мочевых путей



Во время бужирования нефростомического хода или в результате грубых манипуляций во время нефроскопии.

Перфорация мочевых путей

Осложняется экстравазацией ирригационного раствора и выходом камней за пределы мочевых путей



Травма лоханочно-мочеточникового сегмента или шейки чашечки может привести к стенозу.

Перфорация мочевых путей

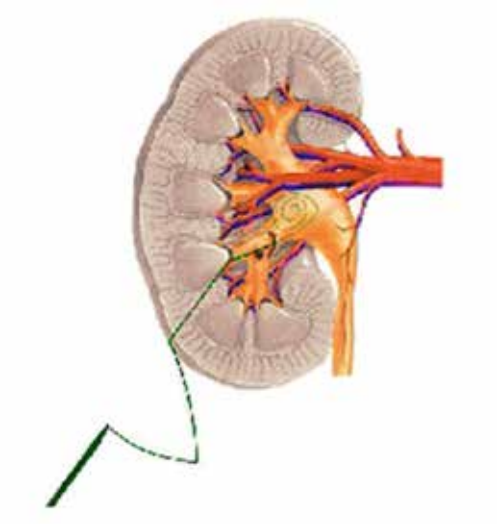
Очень желательно установить струну в мочеточник и начинать бужирование нефростомического хода только при полной уверенности в расположении струны в ВМП.

Перфорация мочевых путей

Лечение

- Закончить операцию надежным дренированием ЧЛС - нефростома или нефростома + стент (при травме лоханочно-мочеточникового сегмента).
- Любое сомнение - выбор в пользу установки стента.

• Потеря нефростомического хода



- Возникает при не надежном расположении струн в ЧЛС
- При отсутствии страховочной струны.

- **Гипотермия (снижение центральной температуры тела ниже 36°С)**

- Увеличивает объема интраоперационной кровопотери
- Повышает частоту послеоперационных (инфекционно-воспалительных и кардиологических) осложнений

Применение специального операционного белья.

Теплый ирригационный раствор и согревающие устройства

Повреждение внутренних органов

Повреждение плеврального синуса

Повреждение внутренних органов

Повреждение плеврального синуса

Профилактика

- **Пункцию выполнять во время полного выдоха**
- **Воздержаться от пункции выше XI ребра.**
- **Использовать ультразвуковой контроль пункции.**

Лечение

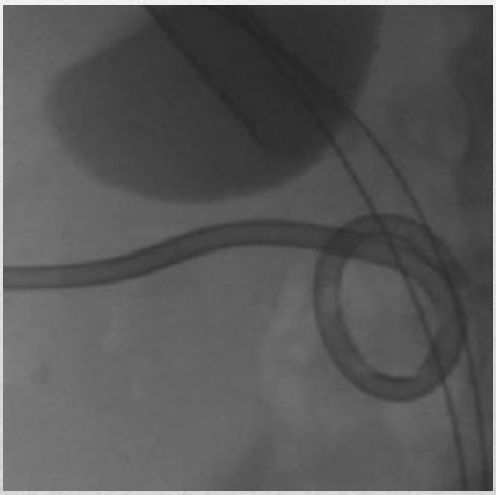
- **Всегда дренировать плевральный синус**

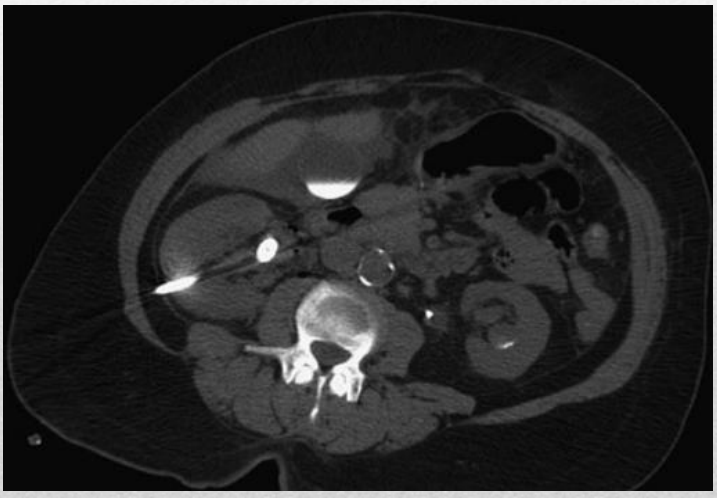
Повреждение внутренних органов

Повреждение ободочной кишки или печени

Повреждение внутренних органов

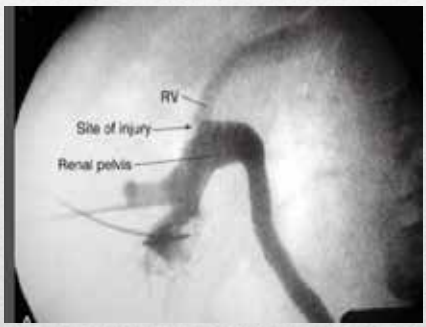
Повреждение желчного пузыря

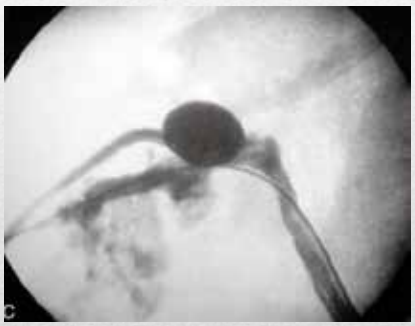




Повреждение внутренних органов

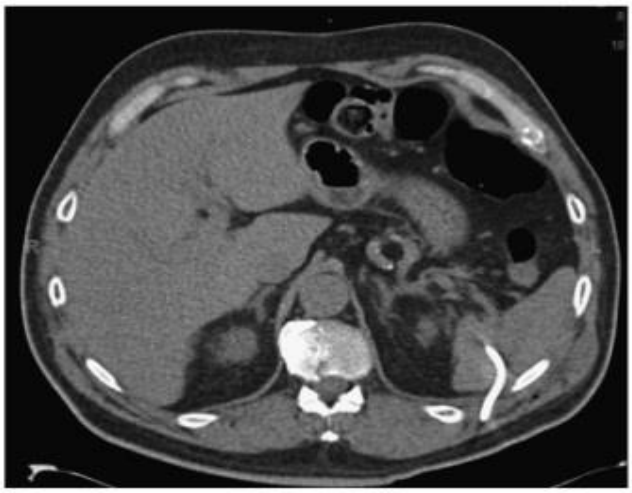
Повреждение почечных сосудов





Повреждение внутренних органов

Повреждение селезенки



Лапароскопическая пиелолитотомия?

ФГАОУ ВО ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.М.СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

Благодарю за внимание

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ, ХИРУРГИЯ БЫСТРОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ

ФГБУ «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента
Кафедра урологии

С.П. Даренков, А.А. Проскоков, И.С. Пинчук, Н.В. Зайцев

«Профилактика осложнений радикальной цистэктомии, хирургия быстрого восстановления»

Определение

Fast track (англ.) – быстрое средство (метод, процесс) достижения какой-либо цели или результата. Быстрее, чем обычно.

Fast track (мед.) – комплекс мероприятий в периоперационном периоде, направленный на улучшение результатов лечения и сокращение сроков пребывания пациента в стационаре

История

Bardram et al. Lancet, 1995

- 8 пациентов пожилого возраста (средний возраст - 78 лет)
- Лапароскопические вмешательства по поводу КРР
- Эпидуральная анестезия/аналгезия во время и в течение 48 часов после операции
- Отказ от опиоидов в послеоперационном периоде
- Отказ от дренажей, назогастрального зонда
- Энтеральное питание в день операции
- Ранняя мобилизация - строгий протокол ведения

Термин «Fast-track surgery» впервые употреблён Bradshow BG в 1998 г.

Fast-track хирургия

Мультимодальная стратегия, целью которой является:

- Снижение частоты осложнений
- Ускорение реабилитации с сокращением времени госпитализации
- Уменьшение стоимости лечения

«Fast-track» – это не только хирургия!

- Предоперационная подготовка
- Адекватное обезболивание в интра- и послеоперационном периоде
- Максимально щадящее хирургическое пособие
- Ранняя экстубация
- Ранняя активизация
- Проведение интенсивной физиотерапии и реабилитации
- Уменьшение времени пребывания в палате интенсивной терапии
- Отказ от «не необходимой» антибактериальной терапии
- Оптимизация и раннее удаление катетеров, дренажей, зондов и др. («wireless surgery»)
- Раннее (1-е сутки) начало энтерального питания
- Амбулаторное наблюдение

Подготовка vs. отсутствие подготовки толстой кишки

- Рандомизированное, проспективное, открытое исследование
- 249 пациентов рандомизированы в две группы
- Плановая колоректальная хирургия с левосторонним анастомозом

Результаты

	без подготовки n=129	*с подготовкой* n=120
Первый стул	4,2	4,0
П/о койко-день	8,5	8,7
Летальность	0,8%	1,7%

Zmora et al, Ann Surg 2003

Выводы

«Не отмечено статистически достоверной разницы в частоте инфекционных осложнений между группами пациентов…»

Zmora et al, Ann Surg 2003

Эпидуральная анестезия/анальгезия

- Местный анестетик +/- опиоид
- Высокий или среднегрудной уровень блокады
- Временная «медикаментозная симпатэктомия»
- Блок афферентных волокон ноцицептивной системы
- Блок симпатических рефлексов
- Увеличение висцерального кровотока
- Уменьшение дозы опиоидных анальгетиков

Лапароскопический доступ

Непосредственные результаты лапароскопических резекций при раке толстой кишки

Мета-анализ 12 проспективных рандомизированных исследований; 2512 пациентов

- на 33,5% меньше времени до первого отхождения газов
- на 23,9% меньше времени до нормальной диеты
- на 35% ниже выраженность болевого синдрома и потребность в опиоидах
- на 20,6% короче продолжительность пребывания в стационаре

Лапароскопический доступ. Онкологическая обоснованность

Clinical Outcomes of Surgical Therapy (COST)

- проспективное рандомизарованное мультицентровое
- 872 больных раком ободочной кишки

Вид операции	N	Port-site mts	Осложнения	Клиренс <5 см	Кол-во л/у в препарате
LAS	428	0,5%	20%	5%	>= 12
OS	435	0,2%	21%	6%	>= 12

- ***«Онкологические результаты лапароскопических резекций ободочной кишки не уступают таковым при открытой хирургии…»***

Лапароскопический доступ. Онкологическая обоснованность

Conventional versus Laparoscopic-Assisted Surgery in Colorectal Cancer (CLASICC)

- проспективное рандомизарованное мультицентровое
- 794 больных КРР – прямая и ободочная кишка (526 лап. и 268 откр.)
- Отсутствие значимых отличий в отдаленных результатах: OS на 1.8% (P = 0.55), DFS на 1.4% (P = 0.70), местный рецидив на 0.8% (P = 0.76).
- Большее число CRM+ у больных раком прямой кишки, без влияния на число локальных рецидивов.
- ***«… лапароскопически ассистированные резекции по поводу рака толстой кишки одинаково эффективны с открытыми в аспекте онкологических результатов и сохранения качества жизни…»***

Рутинная назогастральная декомпрессия

Два мета-анализа

- Cheatham et al. Ann Surg. 1995
  - 26 клинических исследований. 3964 пациентов
- Nelson et al. Cochrane Database. 2005
  - 28 клинических исследований. 4194 пациентов

Нет преимуществ!

Раннее энтеральное питание

Является ли раннее кормление через рот безопасным после плановой операции?

- Проспективное рандомизированное исследование для оценки безопасности и переносимости раннего кормления после плановых "открытых" операций на брюшной полости
- Сравнение с традиционным подходом
- 161 пациент рандомизирован

Нет разницы в частоте осложнений, возникновения рвоты, повторной установке назогастрального зонда

Раннее энтеральное питание

«Раннее энтеральное питание – только после лапароскопических резекций?»

- Проспективное рандомизированное исследование (сравнение раннего и «позднего» энтерального питания после колоректальных резекций лапаротомным доступом)
- 64 рандомизированных пациента

Раннее послеоперационное энтеральное питание может быть дано после открытых операций

Раннее энтеральное питание

Мета-анализ

- Начало применения любого типа энтерального питания в течение 24 часов после операции в сравнении с парентеральным
- Одиннадцать исследований; 837 пациентов
  - ***снижение*** комбинированного риска любой инфекции (P=0.036)
  - ***снижение*** сроков пребывание в больнице на 0,84 дней (P=0.001)
  - ***снижение*** риска эвентрации (P=0.08 - NS)
  - ***тенденция к снижению*** раневой инфекции, пневмонии, внутрибрюшного абсцесса и смертности
  - увеличение риска тошноты и рвоты

Жевательная резинка

Сводные данные

- Нет разницы по прочим параметрам
- Позитивный эффект
  - ↓ времени до первого отхождения газов
  - ↓ времени до первого стула
  - ↓ срока пребывания в стационаре

Дренирование брюшной полости

Colon and rectal anastomoses do not require routine drainage: a systematic review and meta-analysis.
Urbach DR, Kennedy ED, Cohen MM. Ann Surg. 1999

Мета-анализ

- 4 рандомизированных исследования
- 414 больных после резекций прямой и ободочной кишки
- дренирование/недренирование брюшной полости
- оценка летальности, числа осложнений, частоты несостоятельности анастомоза, раневой инфекции

Отсутствие статистически значимых различий в группах больных

Дренирование брюшной полости

Drainage or nondrainage in elective colorectal anastomosis: a systematic review and meta-analysis.
Karliczek A, Jesus EC, Matos D, Castro AA, Atallah AN, Wiggers T. Colorectal Dis. 2006

Мета-анализ

- 6 рандомизированных исследования
- 1140 больных после резекций прямой и ободочной кишки
- дренирование/недренирование брюшной полости
- оценка летальности, числа осложнений, частоты несостоятельности анастомоза, раневой инфекции

«...нет достоверных доказательств, что рутинная установка дренажа после формирования толстокишечных анастомозов предотвращает несостоятельности или другие осложнения.»

Дренирование брюшной полости

Abdominal drainage versus no drainage post gastrectomy for gastric cancer.
Wang Z, Chen J, Su K, Dong Z. Cochrane Database Syst Rev. 2011

Мета-анализ

- 438 больных после резекции желудка по поводу рака
- дренирование (220 больных)/недренирование (218 больных) брюшной полости
- оценка летальности, числа осложнений, раневой инфекции, продолжительности пребывания в стационаре

«…мы не нашли достоверных оснований для того, чтобы поддержать рутинное дренирование брюшной полости после резекции желудка по поводу рака.»

СТРАТЕГИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ПРИНЦИПОВ FAST-TRACK В ОНКОХИРУРГИИ

ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП (2-4 нед.):

1. Всестороннее обследование с целью установления стадии онкозаболевания, выявления сопутствующей патологии и оценки функционального статуса
2. Осмотр анестезиолога и онкологический консилиум
3. Тщательный отбор больных, подлежащих хирургическому лечению как с онкологических, так и с анестезиологических позиций

- ✓Отказ от паллиативных операций при отсутствии ургентных осложнений
- ✓Выбор альтернативных вариантов лечения у соматически отягощенных больных и при сомнительном онкологическом прогнозе
- ✓Оценка риска послеоперационных осложнений (хирургических, сердечно-сосудистых, бронхолегочных и т.п.)

ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП (продолжение):

4. Детальное планирование объема предстоящей операции
5. Коррекция сопутствующей патологии
6. Коррекция нутритивной недостаточности
7. Психологическая подготовка к операции
8. Отказ от вредных привычек

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭТАП (1-2 дня):

1. Продолжение сопроводительной терапии
2. Коррекция нутритивной недостаточности
3. Отказ от голодания
4. Психологическая подготовка к операции
5. Обучение ЛФК (занятия с инструктором, обучающие брошюры)
6. Тромбопрофилактика (оценка риска ВТЭО/ГО, планирование антикоагулянтной профилактики/терапии)

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ЭТАП:

1. Современное и адекватное анестезиологическое пособие
2. Минимизация операционной травмы, длительности операции и объема кровопотери
   - ✓Рациональный выбор объема операции и доступа
   - ✓Современное хирургическое оборудование
   - ✓Сшивающие аппараты
   - ✓Гемостатические материалы
   - ✓Малоинвазивные технологии
3. Антибиотикопрофилактика
4. Минимальное использование дренажей
5. Обеспечение возможности раннего энтерального питания
6. Отказ от гемотрансфузии

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ЭТАП:

1. Ранняя экстубация (на операционном столе)
2. Раннее энтеральное зондовое питание
3. Активизация больных с 1-2 суток
4. Раннее удаление дренажей (при отсутствии обильного отделяемого)
5. Раннее удаление катетеров
6. ЛФК (занятия с инструктором)
7. Краткосрочная и рациональная антибиотико-профилактика (4-5 сут)
8. Тромбопрофилактика (НМГ – надропарин, эноксапарин, фондапаринукс; компрессионный трикотаж; пневмокомпрессия)
9. Отказ от гемотрансфузии (лечение анемии сочетанным применением парентеральных

ВЫПИСКА ИЗ СТАЦИОНАРА (7-9 сут):

1. Пероральное питание в полном объеме
2. Удалены дренажи
3. Удовлетворительные лабораторные показатели
4. Отсутствие послеоперационных осложнений, требующих стационарного лечения
5. Возможность проводить дальнейшую реабилитацию и уход в амбулаторных условиях

НУТРИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

ДО ОПЕРАЦИИ:

1. Оценка нутритивной недостаточности
2. Нутритивная терапия на догоспитальном этапе
3. Нутритивная терапия после поступления в стационар
4. Отсутствие голодания накануне операции

ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ

1. Адекватная инфузионная терапия
2. Принятие мер для обеспечения раннего энтерального питания после операции (зонд, гастростома, энтеростома)
3. Профилактика послеоперационного пареза (снижение операционной травмы, регионарная анестезия, стратегия инфузионной терапии)

ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

1. Продленная регионарня анестезия/анальгезия
2. Стимуляция моторики ЖКТ
3. Раннее энтеральное (зондовое) питание
4. Ранняя активизация
5. Раннее пероральное питание при отсутствии противопоказаний со стороны операции

Предоперационная подготовка больных

Цистэктомию выполняли после следующей предоперационной подготовки:

1. За 1-2е суток до оперативного вмешательства пациенту рекомендуется ограничить потребление продуктов, содержащих грубую клетчатку.
2. За сутки до операции рекомендован переход к жидкой и легкоусвояемой пищи.
3. За сутки до операции проводится инфузия глюкозо-калиевой смеси под контролем КЩС и электролитного состава крови.
4. Накануне операции выполняется очистительная клизма, назначались низкомолекулярные гепарины в профилактических дозах.
5. Антибактериальная предоперационная профилактика цефалоспорины III генерации за 1 час до начала операции.

Тактика ведения раннего послеоперационного периода пациентов, перенёсших радикальную цистэктомию

Сразу после операции пациент переводился в послеоперационную палату.

<u>В день операции проводилась следующая терапия:</u>

✓Метоклопрамид сразу п/о 40 мг х 3 раза в сутки;
✓Использование продленной эпидуральной анестезии до 3-4 дней;
✓Глюкоза-электролитная смесь (200-600 мл).

<u>1-ый день (суммарно до 1200 мл жидкости):</u>

✓Удаление назогастрального зонда (при его использовании) на следующий день после операции, предварительно по зонду вводилось 100 мл смеси эспумизана и вазелинового масла;
✓Эспумизан + вазелиновое масло по 40 мл 3-4 раза в день;
✓Глюкоза-электролитная смесь (600-800 мл);
✓Гипертоническая клизма в качестве стимуляции кишечника;
✓Ранняя активизация пациента.

<u>2-ой день:</u>

✓Эспумизан + вазелиновое масло по 40 мл 3-4 раза в день;
✓Энтеральное питание (400-600 мл);
✓Глюкоза-электролитная смесь (600-800 мл);
✓Активизация пациента в пределах отделения;
✓Использование жевательной резинки со второго дня послеоперационного периода;

<u>3-ой день:</u>

✓Хирургический стол №0 – (бульон, кисель)

- ✓ Удаления страховых дренажей происходило после уменьшения отделяемого по ним практически до нуля.
- ✓ Швы с раны снимались на 10-12 сутки после операции.
- ✓ На 11-14 сутки производилось удаления наружных мочеточниковых стентов.
- ✓ На 14-18 сутки удалялся уретральный катетер, затем цистостомический дренаж, пациенту рекомендовался режим принудительных микций и пациент выписывался из стационара.

Сравнительный анализ ранних осложнений с международными данными

	Ортотопический резервуар. (%)				Гетеротопический резервуар. (%)		
	(B)	(N)	(H)	(*)	(B)	(R)	(*)
Всего	69,6	49	56	56,7	69,1	56	40,4
Парез	14,8	10	23	10	5,5	22	8,5
Повторные операции	10,4	-	-	30	17,1	-	12,7
Раневая инфекция	15,7	9	-	10	20,7	10	19,1
Смертность	1,7	2,3	2,7	3,3	4,1	4,5	2,1

(B) Barbara Erber et al 2012.
(N) G. Novara 2009.
(H) Hautmann RE, de Petriconi RC, 2010.
(R) Renzo Colombo, R. Naspro 2010.
(*) – результаты исследования, 2016

Заключение

1. Применение принципов fast-track при обширных онкологических операциях у больных раком пищевода и желудка позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений, сократить сроки пребывания в стационаре и затраты на лечение.
2. Комплексная оценка факторов риска, отбор больных, коррекция сопутствующей патологии, тщательное планирование хирургического вмешательства и проведение комплексной предоперационной подготовки позволяют в полной мере реализовать принципы fast-track в периоперационном периоде.

Заключение

3. Нутритивная поддержка является важнейшим компонентом протоколов ускоренной реабилитации больных при обширных онкологических операциях. Коррекция нутритивной недостаточности и раннее энтеральное питание позволяет сократить сроки пребывания в стационаре, фактически ограничив их временем отказа от инфузионной терапии.
4. Сокращение сроков послеоперационной реабилитации при fast-track хирургии является важным условием для реализации протоколов комбинированного лечения с послеоперационной химио- или лучевой терапией.

Что такое философия «Fast-track surgery»?

Это НЕ догма и НЕ руководство к «слепому» копированию «чужих» протоколов…

…а мультидисциплинарный подход к активному ведению и наблюдению за пациентом на догоспитальном этапе, интраоперационно и в послеоперационном периоде.

Спасибо за внимание!

ОСЛОЖНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ С РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ ДЕРИВАЦИИ МОЧИ

Комяков Б.К., Фадеев В.А., Сергеев А.В., Кириченко О.А.,Савашинский Я.С.

ОСЛОЖНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ С РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ ОТВЕДЕНИЯ МОЧИ

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Санкт-Петербургский научно-практический центр урологии СПб ГБУЗ «ГМПБ № 2»
www.urolog-spb.ru

Санкт-Петербург, 2017

- **1887 : Bernhard Bardenheuer,** первая радикальная цистэктомия у пациента с местно-распространенной опухолью мочевого пузыря и вовлечением обоих мочеточников;
- **1891 : Karel Pawlick,** успешная радикальная цистэктомия у пациента с папиллярными опухолями мочевого пузыря (*Über Blasenexstirpation, 1891)*;
- **1962 : Whitmore** and **Marshall**, опубликовали в Journal of Urology работу, в которой были представлены результаты радикальных цистэктомий у 230 больных раком мочевого пузыря, частота осложнений/летальность составила 35/20%.

Материал и методы

С 1997 по 2017 гг. **382** больным раком мочевого пузыря была выполнена радикальная цистэктомия с различными способами деривации мочи

Мужчин - 329 (86,1%), возраст 42-79 (58,6±7,5) лет
Женщин - 53 (13,9%), возраст 39-78 (57,5±5,8) лет

Период наблюдения 5-226 месяцев

Распределение больных в зависимости от способа деривации мочи (n=382)

Ортотопическая цистопластика – 313 (81,9%)

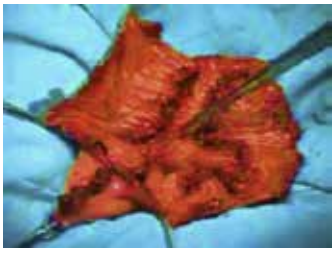
Уретеросигмо-анастомоз - 42 (11,0%)

Уретеро-кутанеостомия - 27 (7,1%)

Гастроцистопластика - 24 (8,6%)

Илеоцистопластика - 264(80,6%)

Сигмоцистопластика - 25 (10,8%)



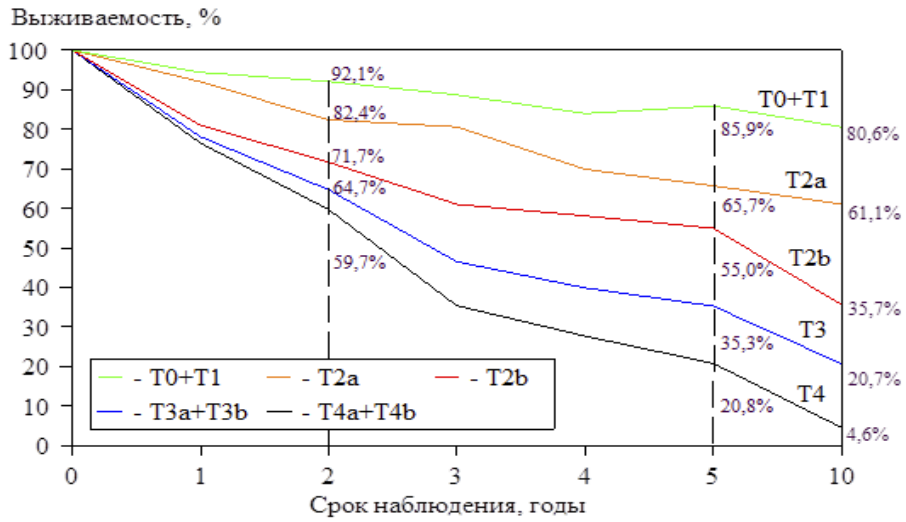
Методы обследования больных

- клинико-лабораторные
- ультразвуковые
- лучевые
- радионуклидные
- эндоскопические
- инструментальные
- морфологические
- иммуногистохимические
- уродинамические
- заполнение опросников оценки удержания мочи (ICS,McGuire,Hautmann) и качества жизни (EORTC QLQ-C30 и FACT-G версия 4)

Распределение больных по системе pTNM (UICC,2017)

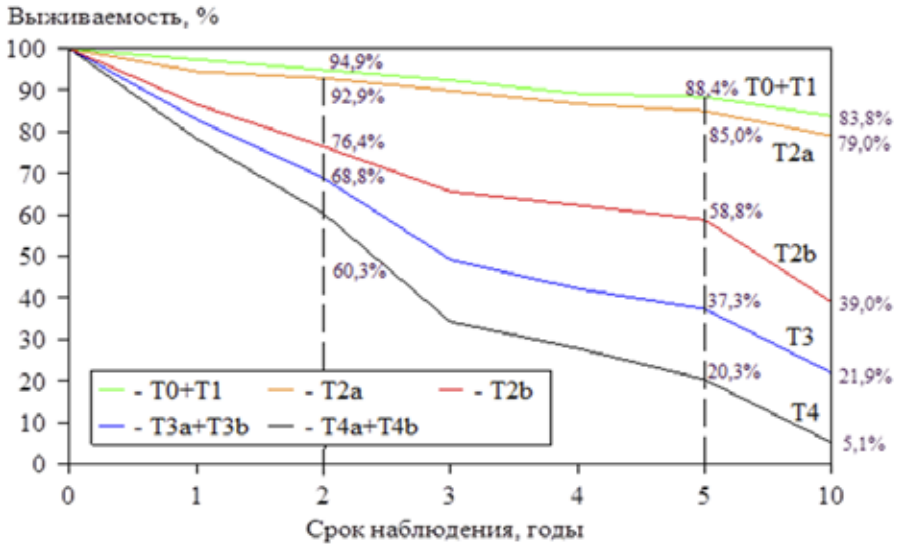
Стадии по системе pTNM		Число больных			
		Женщины		мужчины	
		абс.	%	абс.	%
pT0N0		2		21	
pT1N0		2		22	
pT2N0	pT2aN0	10		66	
	pT2bN0	17		76	
pT3N0	pT3aN0	2		4	
	pT3bN0	5		26	
pT4N0	pT4aN0	4		40	
	pT4bN0	2		2	
N1		2		19	
N2		5		31	
N3		2		22	
Всего		53	13,9	329	86,1

Общая выживаемость обследованных больных



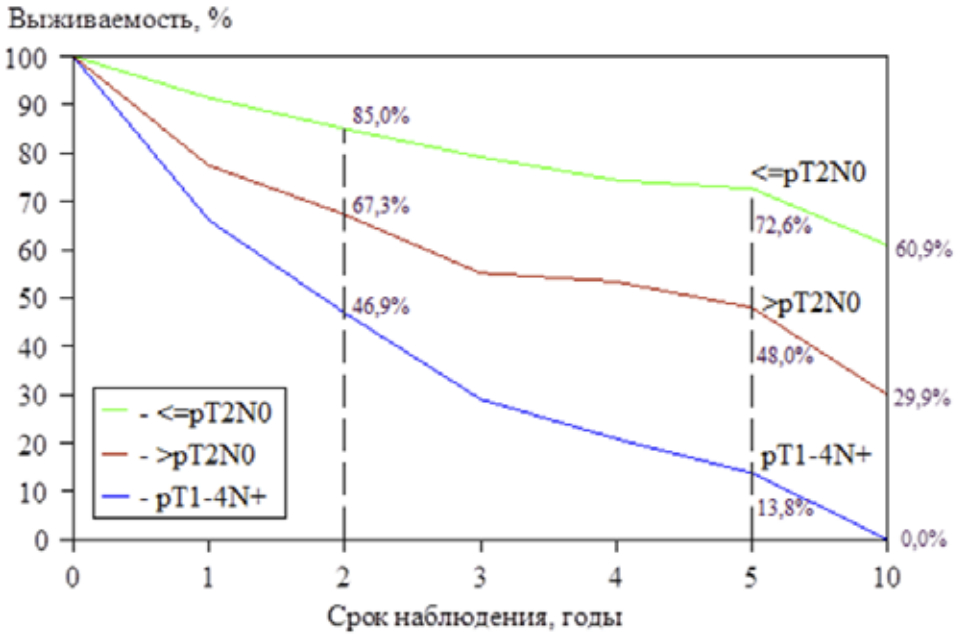
- Общая 10-летняя выживаемость – **43,4%**
- Общая 5-летняя выживаемость по стадиям : pT0-T1 - **85,9%**, pT2a **65,7%**, pT2b- **55,0%**, pT3 - **35,3**%, pT4 - **20,8%**
- Общая 10-летняя выживаемость по стадиям : pT0-T1 – **80,6%**, pT2a - **61,1%**, pT2b – **37,5%**, pT3 – **20,7%**, pT4 – **4,6%.**

Канцерспецифическая выживаемость обследованных больных



- Канцерспецифическая 10-летняя выживаемость – **47,2%**
- Канцерспецифическая 10-летняя выживаемость по стадиям : pT0-T1 - **83,8%**, pT2a – **79,0%**, pT2b – **39,0**%, pT3 – **21,9**%, pT4 – **5,1%**.

Общая выживаемость больных РМП в зависимости от патоморфологической стадии



Общая пятилетняя выживаемость:

≤pT2N0-72,6%

>pT2N0-48,0%

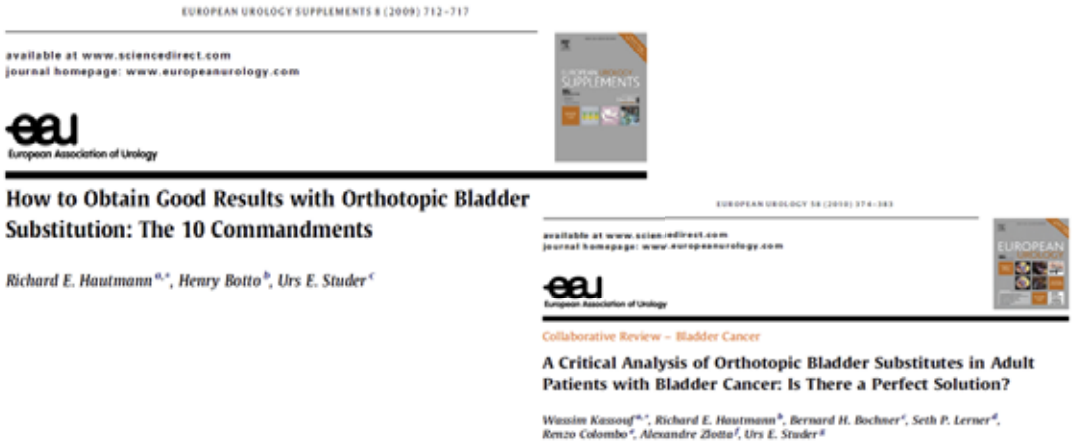
pT1-4N+-13,8%

Общая десятилетняя выживаемость:

≤pT2N0-60,9%

>pT2N0-29,9%

pT1-4N+-0,0%



EUROPEAN UROLOGY SUPPLEMENTS 8 (2009) 712–717

available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europeanurology.com

European Association of Urology

How to Obtain Good Results with Orthotopic Bladder Substitution: The 10 Commandments

Richard E. Hautmann [a,], Henry Botto [b], Urs E. Studer [c]*

EUROPEAN UROLOGY 58 (2010) 374–383

available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europeanurology.com

European Association of Urology

Collaborative Review – Bladder Cancer

A Critical Analysis of Orthotopic Bladder Substitutes in Adult Patients with Bladder Cancer: Is There a Perfect Solution?

Wassim Kassouf [a,], Richard E. Hautmann [b], Bernard H. Bochner [c], Seth P. Lerner [d], Renzo Colombo [e], Alexandre Zlotta [f], Urs E. Studer [g]*

«…даже в самых опытных руках частота отдаленных осложнений радикальной цистэктомии с ортотопической цистопластикой остается существенной…»

R.E.Hautmann,2011

Ранние осложнения РЦ в зависимости от метода деривации мочи

Методы деривации мочи после РЦ *	Количество больных с ранними осложнениями абс. (%)	Консервативное лечение абс. (%)	Количество и виды повторных операций абс. (%)			П/о смертность абс. (%)
			ЧПНС	Откры-тые	Всего	
УКС (n=27)	15 (55,6%)	11 (40,7%)	-	4 (14,8%)	4 (14,8%)	-
УСА (n=42)	27 (64,3%)	9 (21,4%)	6 (14,3%)	12 (28,6%)	18 (42,9%)	3 (7,1%)
ГЦП (n=24)	2 (8,3%)	2 (8,3%)	-	-	-	-
ИЦП (n=264)	87 (33,0%)	45 (17,0%)	15 (5,7%)	27 (10,2%)	42 (15,9%)	7 (2,7%)
СЦП (n=25)	5 (20,0%)	2 (8,0%)	-	3 (12,0%)	3 (12,0%)	2 (8,0%)
Всего (% от всех больных, n=382)	136 (35,6%)	69 (18,1%)	21 (5,5%)	46 (12,0%)	67 (17,5%)	12 (3,1%)

Ранние осложнения РЦ по Clavien-Dindo в зависимости от метода деривации мочи (n=382)

Градация по Clavien-Dindo	Число больных абс. (% в своей группе)					Всего
	УКС (n=27)	УСА (n=42)	ГЦП (n=24)	ИЦП (n=264)	СЦП (n=25)	
I	4 (14,8%)	4 (9,5%)	2 (8,3%)	19 (7,2%)	1 (4,0%)	30 (7,9%)
II	3 (11,1%)	1 (2,4%)	-	20 (7,6%)	-	24 (6,3%)
IIIA	-	6 (14,3%)	-	15 (5,7%)	-	21 (5,5%)
IIIB	4 (14,8%)	12 (28,6%)	-	24 (9,1%)	2 (8,0%)	42 (10,0%)
IVA	3 (11,1%)	1 (2,4%)	-	-	-	4 (1,0%)
IVB	1 (3,7%)	-	-	2 (0,8%)	-	3 (0,8%)
V	-	3 (7,1%)	-	7 (2,7%)	2 (8,0%)	12 (3,1%)
Всего	15 (55,6%)	27 (64,3%)	2 (8,3%)**	87 (33,0%)*	5 (20,0%)*	136 (35,6%)

*p<0.05

Ранние осложнения РЦ по классификации Clavien-Dindo в зависимости от временных групп оперированных больных (n=382)

Градация по Clavien-Dindo	Группы пациентов	
	Группа 1 (1-191) абс. (%)	Группа 2 (192-382) абс. (%)
I	17 (4,5%)	13 (3,4%)
II	14 (3,7%)	10 (2,6%)
IIIA	13 (3,4%)	8 (2,1%)
IIIB	25 (6,5%)	17 (4,5%)
IVA	3 (0,8%)	1 (0,3%)
IVB	3 (0,8%)	-
V	8 (2,1%)	4 (1,0%)
Всего	83 (21,7%)	53 (13,9%)*

*p<0.05

Ранние осложнения РЦ, не связанные с методом деривации мочи (n=382)

Ранние осложнения РЦ, несвязанные с деривацией мочи	Кол-во больных	Метод лечения		Умерло
		оперативное	консервативное	
Тонкокишечная непроходимость	39 (10,2%)	21 (5,5%)	18 (4,7%)	2 (0,5%)
Несостоятельность шва в зоне межкишечного анастомоза	2 (0,5%)	2 (0,5%)	-	-
Эвентрация	6 (1,5%)	6 (1,5%)	-	1 (0,3%)
Нагноение п/о раны	4 (1,0%)	-	4 (1,0%)	-
Пневмония	7 (1,8%)	-	7 (1,8%)	-
Раневой сепсис	4 (1,0%)	-	4 (1,0%)	1 (0,3%)
ТЭЛА	3 (0,8%)	-	3 (0,8%)	3 (0,8%)
Тромбоз бедренных вен	3 (0,8%)	-	3 (0,8%)	-
Острый инфаркт миокарда	3 (0,8%)	-	3 (0,8%)	3 (0,8%)
Кровотечение из вен малого таза	1 (0,3%)	1 (0,3%)	-	-
Желудочно-кишечное кровотечение	5 (1,3%)	2 (0,5%)	3 (0,8%)	-
Всего	77 (20,2%)	32 (8,4%)	45 (11,8%)	10 (2,6%)

Ранние осложнения РЦ, связанные с методом деривации мочи (n=382)

Ранние осложнения РЦ, связанные с деривацией мочи	Кол-во больных	Оперативное лечение		Консервативное лечение	Умерло
		ЧПНС	откр. опер.		
Несостоятельность мочеточнико-резервуарных анастомозов	12 (3,1%)	7 (1,8%)	5 (1,3%)	-	-
Несостоятельность швов резервуара	6 (1,6%)	1 (0,3%)	5 (1,3%)	-	1 (0,3%)
Несостоятельность резервуарно-уретрального анастомоза	12 (3,1%)	1 (0,3%)	2 (0,5%)	9 (2,4%)	-
Обострение хронического пиелонефрит	24 (6,3%)	12 (3,1%)	2 (0,5%)	10 (2,6%)	-
Уросепсис	5 (1,3%)	-	-	5 (1,3%)	1 (0,3%)
Всего	59 (15,4%)	21 (5,5%)	14 (3,7%)	24 (6,3%)	2 (0,5%)

Поздние осложнения РЦ в зависимости от метода деривации мочи (n=234)

Методы деривации мочи после РЦ	Количество больных с поздними осложнениями абс. (%)	Консервативное лечение абс. (%)	Количество и виды повторных операций абс. (%)			П/о смертность абс. (%)
			ЧПНС	Эндо-урологические	Открытые	
УКС (n=9)	5 (55,6%)	4 (44,4%)	-	-	1 (11,1%)	1 (11,1%)
УСА (n=31)	22 (71,0%)	14 (45,2%)	3 (9,7%)	1 (3,2%)	4 (12,9%)	1 (3,2%)
ГЦП (n=14)	4 (28,6%)	3 (21,4%)	1 (7,1%)	-	-	1 (7,1%)
ИЦП (n=165)	51 (30,9%)	20 (12,1%)	3 (1,8%)	7 (4,2%)	21 (12,7%)	4 (2,4%)
СЦП (n=15)	5 (33,3%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	-
Всего (n=234)	87 (37,2%)	42 (17,9%)	8 (3,4%)	10 (4,3%)	27 (11,5%)	7 (3,0%)

Поздние осложнения РЦ по Clavien-Dindo в зависимости от метода деривации мочи (n=234)

Градация по Clavien-Dindo	Число больных абс. (% в своей группе)					Всего (n=234)
	УКС (n=9)	УСА (n=31)	ГЦП (n=14)	ИЦП (n=165)	СЦП (n=15)	
I	4 (44,4%)	6 (19,4%)	1 (7,1%)	14 (8,5%)	-	25 (10,7%)
II	-	4 (12,9%)	2 (14,3%)	2 (1,2%)	-	8 (3,4%)
IIIA	-	3 (9,7%)	1 (7,1%)	5 (3,0%)	1 (6,7%)	10 (4,3%)
IIIB	-	5 (16,1%)	-	25 (15,2%)	3 (20,0%)	33 (14,1%)
IVA	-	3 (9,7%)	-	3 (1,8%)	-	6 (2,6%)
IVB	-	-	-	-	-	-
V	1 (11,1%)	1 (3,2%)	-	2 (1,2%)	1 (6,7%)	5 (2,1%)
Всего	5 (55,6%)	22 (71,0%)	4 (28,6%)*	51 (30,9%)*	5 (33,3%)*	87 (37,2%)

*p<0.05

Поздние осложнения РЦ по классификации Clavien-Dindo в зависимости от временных групп оперированных больных (n=234)

Градация по Clavien-Dindo	Группы пациентов абс. (%)	
	Группа 1 (1-191) n=98	Группа 2 (192-382) n=136
I	11 (11,2%)	14 (10,3%)
II	4 (4,1%)	4 (2,9%)
IIIA	4 (4,1%)	6 (4,4%)
IIIB	16 (16,3%)	17 (12,5%)
IVA	4 (4,1%)	2 (1,5%)
IVB	-	-
V	3 (3,1%)	2 (1,5%)
Всего	42 (42,9%)	45 (33,1%)*

*p<0.05

Поздние осложнения РЦ, несвязанные с методом деривации мочи (n=234).

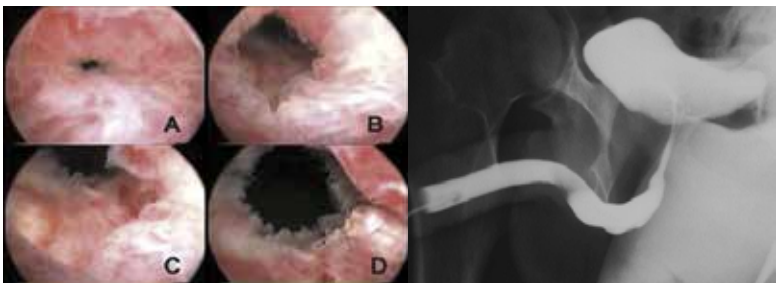
Поздние осложнения РЦ, несвязанные с деривацией мочи	Кол-во больных	Оперативное лечение		Консервативное лечение	Умерло
		эндоск.опер.	откр. опер.		
Спаечная тонкокишечная непроходимость	4 (1,7%)	-	4 (1,7%)	-	1 (0,4%)
Послеоперационная грыжа	2 (0,9%)	-	2 (0,9%)	-	-
Перитонит / абсцесс в брюшной полости	2 (0,9%)	-	2 (0,9%)	-	1 (0,4%)
Лимфоцеле	3 (1,3%)	2 (0,9%)	-	1 (0,4%)	-
Всего	11 (4,7%)	2 (0,9%)	8 (3,4%)	1 (0,4%)	2 (0,9%)

Поздние осложнения РЦ, связанные с методом деривации мочи (n=234).

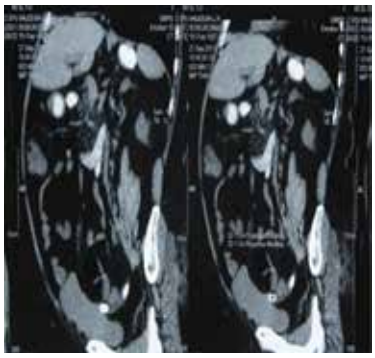
Поздние осложнения РЦ, связанные деривацией мочи	Кол-во больных	Оперативное лечение			Консервативное лечение	Умерло
		ЧПНС	эндоск. опер.	откр. опер.		
Стриктуры мочеточнико- резервуарных анастомозов	16 (6,8%)	7 (3,0%)	-	8 (3,4%)	1 (0,4%)	-
Стриктуры резервуарно-уретрального анастомоза	7 (3,0%)	-	6 (2,6%)	1 (0,5%)	-	-
Обострение хронического пиелонефрита	17 (7,3%)	-	-	-	17 (7,3%)	1 (0,4%)
Прогрессирование нефросклероза и ХПН	8 (3,4%)	-	-	-	8 (3,4%)	2 (0,9%)
Метаболический ацидоз	6 (2,6%)	-	-	-	6 (2,6%)	-
Синдром гематурии-дизурии	2 (0,9%)	-	-	-	2 (0,9%)	-
Камни мочеточника /неоцистиса	3 (1,3%)	-	1 (0,4%)	2 (0,9%)	-	-
Разрыв резервуара	4 (1,7%)	-	-	4 (1,7%)	-	-
Резервуарно-влагалищный свищ	3 (1,3%)	-	-	3 (1,3%)	-	-
Резервуарно-кожный свищ	2 (0,9%)	-	-	2 (0,9%)	-	-
Полип в месте имплантации мочеточника	1 (0,4%)	-	1 (0,4%)	-	-	-
Резервуарно-мочеточниковый рефлюкс	7 (3,0%)	-	-	-	7 (3,0%)	-
Всего	76 (32,5%)	7 (3,0%)	8 (3,4%)	20 (8,5%)	41 (17,5%)	3 (1,3%)

цистэктомии и ортотопического замещения мочевого пузыря

Неоцисто-кожный свищ (n=2)



Стриктура уретро-резервуарного анастомоза (n=7)



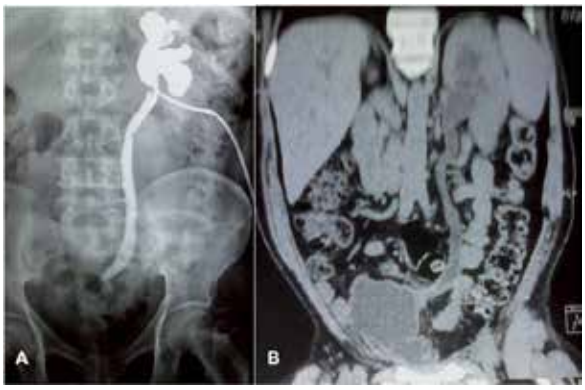
Стриктура уретеро-неоцистоанастомоза

✓Частота по данным литературы составляет от 1,7 до 25%; вероятность развития выше (13,5-25,0% vs. 1,7-7,0%) при антирефлюксной имплантации; мочеточников *(Studer U.E. et al, 1996; Shaaban A.A. et al 2006; Jensen J.B. et al 2006;; Hautmann R.E. et al 2006; Ghoneim M.A. et al, 2007; Ali-El-Dein B. et al 2008; Cookson M.S. et al 2009; Lawrentschuk N. et al 2010; Schondorf D. et al, 2013; Anderson C. et al,2013)*

✓Развиваются как правило в течение первых 2-х лет после операции (в среднем 7-25 месяцев), в отдельных случаях - до 13 лет (Hautmann R. at al 2011)

✓Причины и факторы риска: ишемия мочеточника (избыточная мобилизация, затягивание швов, эндогенные факторы), экстравазация мочи через швы анастомоза, избыточное использование каутера, предшествующая лучевая терапия;

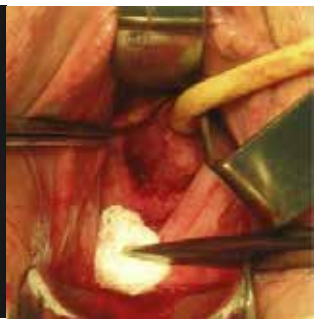
✓Наши данные - 16 (6,8%) больных;

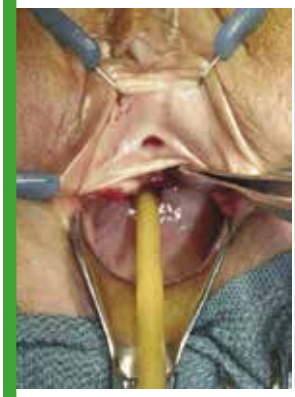


Разрыв ортотопического неоцистиса

- ✓ Встречается с частотой 1,5-4,3% (Parsons J.K. et al 2001; Singh S. et al 2004)
- ✓ Редкое и грозное осложнение
- ✓ Бывает спонтанное или спровоцированное
- ✓ Факторы риска : илеоцистопластика с большим объемом неоцистиса, нарушение опорожнения неоцистиса, повышенное слизеобразование в резервуаре, крепкий сон, прием алкоголя
- ✓ Наши данные - 4 (1,7%) пациента
- ✓ Лечение : экстренное хирургическое !

Резервуарно-влагалищная фистула





- ✓ Наблюдается с частотой до 5% (Комяков Б.К. и соавт.,2007; Chang S. et al. 2002; Rapp D.E. et al 2004)
- ✓ Факторы риска : нарушение опорожнения неоцистиса, гистерэктомия, повреждение передней стенки влагалища во время удаления мочевого пузыря, предшествующая лучевая терапия
- ✓ Наши данные : 3 (1,3%) пациентки;
- ✓ Лечение : хирургическое (трансвагинальная фистулорафия)

Нарушение опорожнения неоцистиса

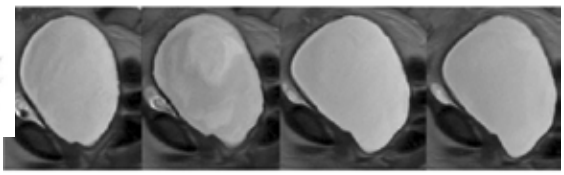
- ✓ Встречается у женщин гораздо чаще, чем у мужчин – 30-80% vs.4-25% *(Hautmann R.E. et al 1997; Steers W. et al 2000; Ghoneim M.A. et al 2002; Hautmann R.E. et al 2007; Studer U.E. et al 2008);*
- ✓ Развивается как правило в течение первого года после цистопластики;
- ✓ Наши данные : женщины - 27,6%, мужчины - 10,1%;
- ✓ Причины могут быть механическими и динамическими;
- ✓ Повышает риск развития осложнений (разрыва неоцистиса, камнеобразования, формирования фистул и др.);

Механические причины

- ✓ Стриктура уретры/уретро-неоцистоанастомоза;
- ✓ Гиперплазия простаты;
- ✓ Местный рецидив опухоли;
- ✓ Неоцистоцеле со смещением резервуара каудально, ангуляция уретры;
- ✓ Пролабирование слизистой неоцистиса в область шейки;
- ✓ Неправильное расположение выходного отдела неоцистиса.

Динамические причины

- ✓Сочетание избыточного объема неоцистиса (более 700-800 мл) с низком внутрипросветным давлением;
- ✓Исходное дисфункциональное мочеиспускание;
- ✓Неспособность поддерживать абдоминальное давление, достаточное для опорожнения неоцистиса и адекватно расслаблять мышцы тазового дна;
- ✓Отсутствие рефлекторного расслабления шейки неоцистиса, как при опорожнении нормального мочевого пузыря;



Распределение больных с дневным и ночным недержанием мочи в зависимости от метода цистопластики через 12 месяцев катамнестического наблюдения (n=166)

Метод нео-цистиса / Вид инконти-ненции	ГЦП		ИЦП		СЦП		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Дневная	2/11	18,2	12/143	8,4*	2/12	16,7	16/166	9,7
Ночная	7/11	63,6*	80/143	55,9	7/12	58,3	94/166	56,7

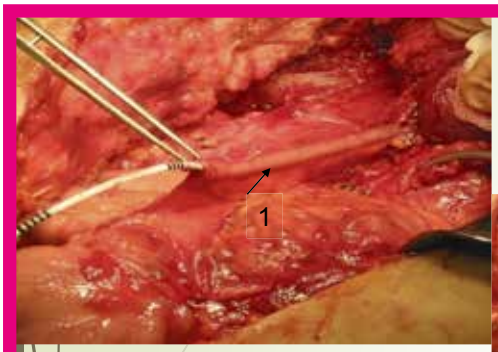
*p<0.05

Средние показатели качества и общего уровня жизни больных РМП после РЦ и различных методов отведения мочи

Показатели	Средний балл ответов (n=192)			
	ОЦ	УСА	на кожу	Континентная кожная
Общие	41,0	31,7	28,9	40,9
Определяющие	37,2	29,8	22,6	35,6
Специальные	28,2	23,1	17,5	26,1
Общий уровень жизни	106,4*	84,6	69,0*	102,6

*p<0.05

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПРОТЯЖЕННЫХ ДЕФЕКТОВ МОЧЕТОЧНИКОВ ПОСЛЕ КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ



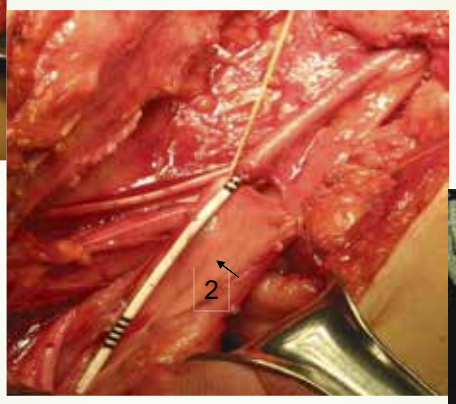
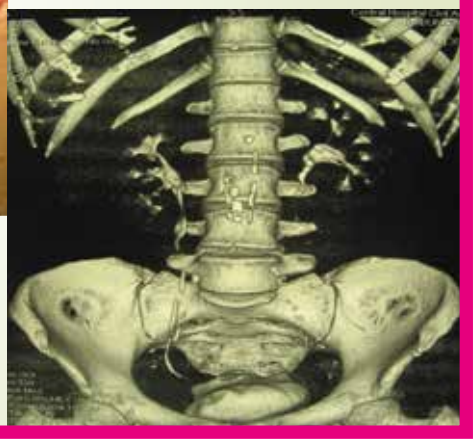


Рис. 1. Замещение протяженного дефекта мочеточника червеобразным отростком **(1)** и лоскутом из мочевого пузыря **(2) (операция Боари)**



МСКТ с контрастированием через 12 мес после операции: функция почек удовлетворительная, проходимость мочевых путей не нарушена

Рис. 2а. Этапы аппендикоуретеропластики

Рис. 2б. МСКТ через 6 мес после операции. функция почек удовлетворительная, проходимость мочевых путей справа не нарушена

Рис. 3а. Тотальная деструкция мочеточника

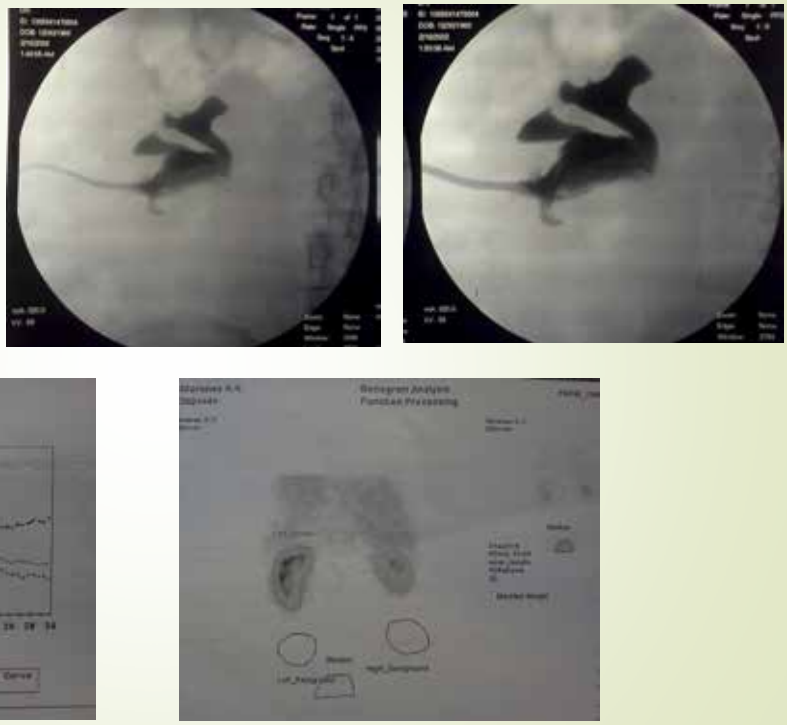
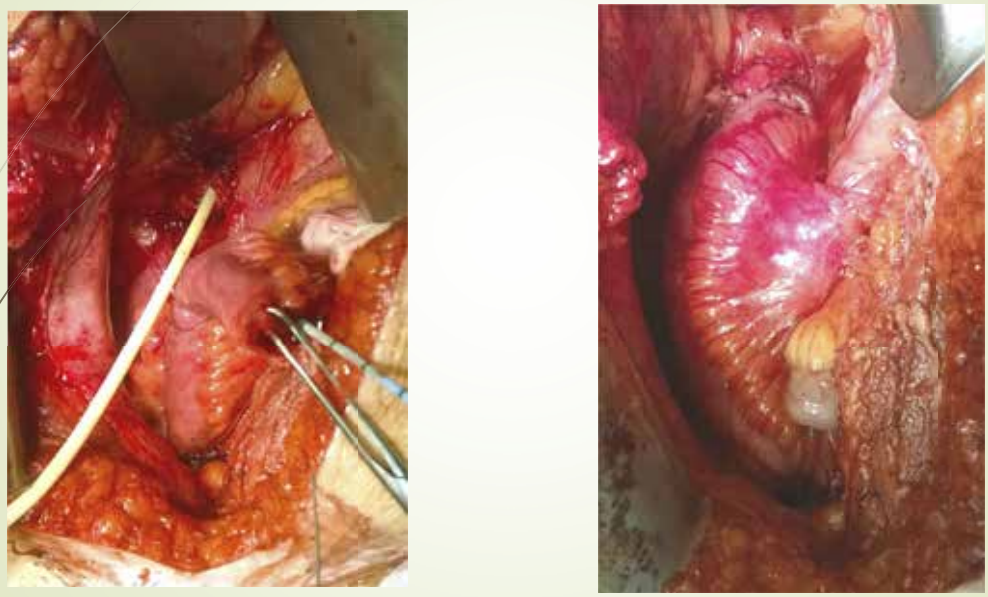


Рис. 3б. Этапы тотальной кишечной пластики мочеточника



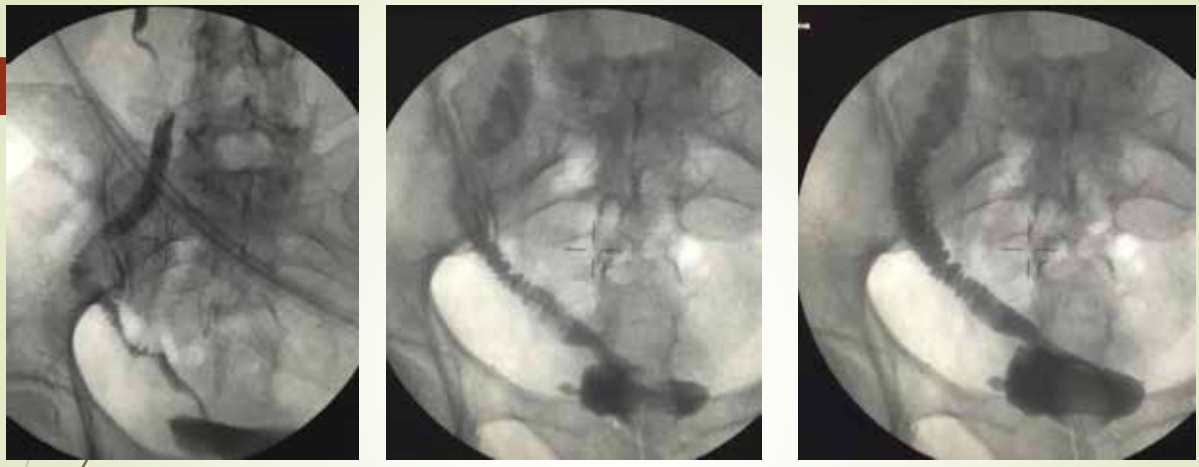


Рис. 3в. Антеградная пиелоилеограмма после операции. Хорошо контрастируется свободнопроходимый илеотрансплантат

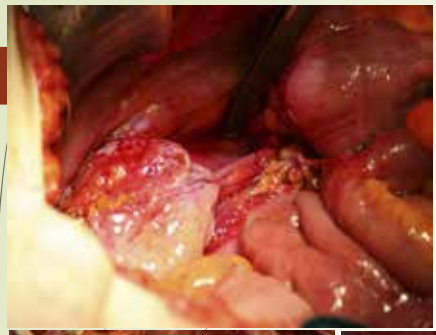


Рис. 4а. Завершающий этап тотального замещения правого мочеточника комбинацией аппендикоуретеропиелопластики и операции Боари

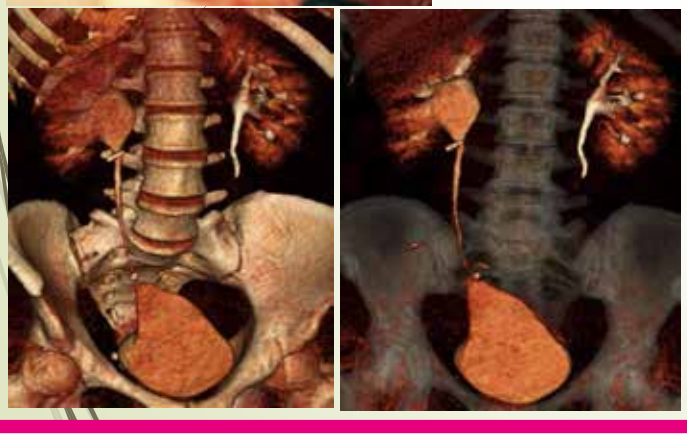


Рис. 4б. МСКТ с контрастированием через 6 месяцев после операции: умеренная пиелоэктазия, артифициальный мочеточник прослеживается на всем протяжении

ОСЛОЖНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ РЕЗЕКЦИЙ И ЭВИСЦЕРАЦИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СВОБОДНЫХ И ПЕРЕМЕЩЕННЫХ КОЖНО-МЫШЕЧНО-ФАСЦИАЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ

ОСЛОЖНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ РАСШИРЕННОЙ РЕЗЕКЦИИ И ЭВИСЦЕРАЦИЙ МАЛОГО ТАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СВОБОДНЫХ И ПЕРЕМЕЩЕННЫХ КОЖНО-МЫШЕЧНО-ФАСЦИАЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ

Профессор Павлов Валентин Николаевич,
ректор Башкирского государственного медицинского университета,
член-корреспондент РАН

Актуальность

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ В 2015 ГОДУ
(ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ)

Под редакцией А.Д. КАПРИНА, В.В. СТАРИНСКОГО, Г.В. ПЕТРОВОЙ

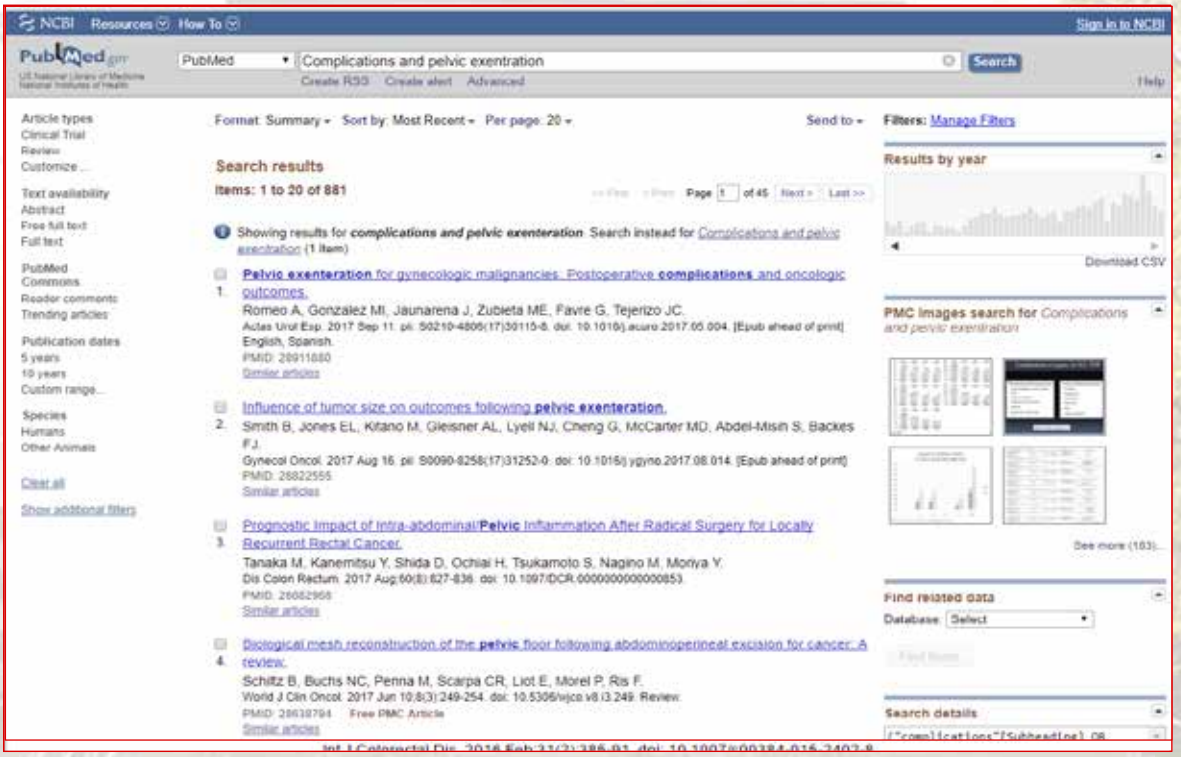
Москва 2017

Первичные опухоли	Новые случаи	III-IV стадия
рак прямой кишки	23 889	48,8 %;
рак мочевого пузыря	12 992	27,3 %
рак шейки матки	14808	36,5 %
рак яичников	12165	61,4 %

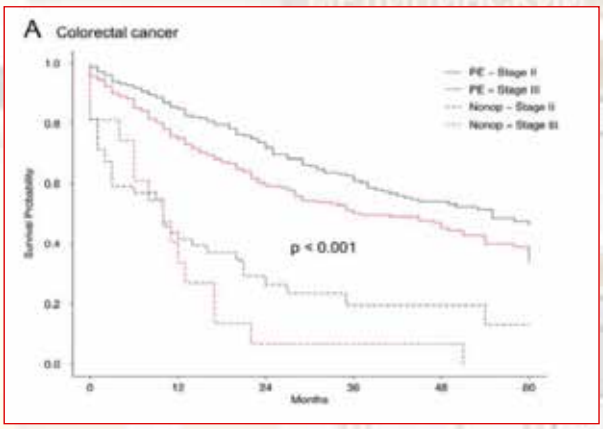
Летальность в течении первого года	
рак прямой кишки	25,7 %
рак яичников	23,4 %
рак шейки матки	16,5 %
рак мочевого пузыря	17,9 %

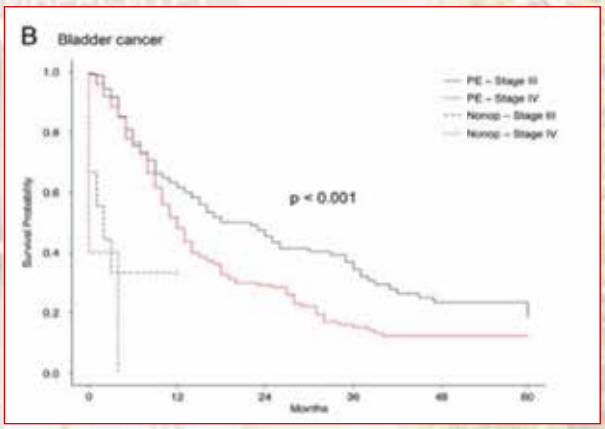
В 39% случаях злокачественный процесс не выходит за пределы органов малого таза на протяжении всей оставшейся жизни.

Актуальность

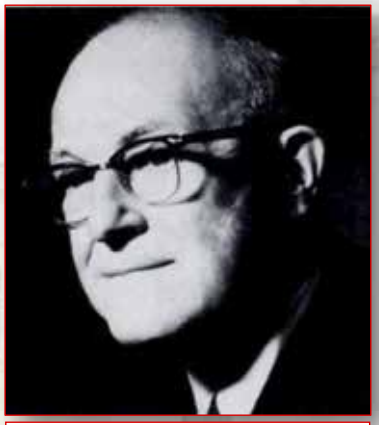


Актуальность

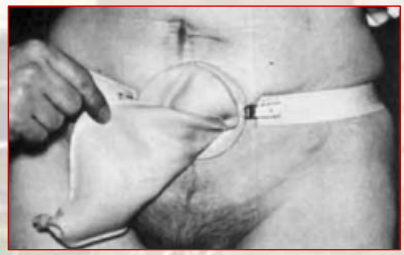




История



Alexander Brunschwig
(1901-1969)



OPERATIVE GYNECOLOGY

COMPLETE EXCISION OF PELVIC VISCERA FOR ADVANCED CARCINOMA: A ONE-STAGE ABDOMINOPERINEAL OPERATION WITH END COLOSTOMY AND BILATERAL URETERAL IMPLANTATION INTO THE COLON ABOVE THE COLOSTOMY

A. Brunschwig
Memorial Hospital, New York, N. Y.

Cancer, **1**: 177–183, (July) 1948

Тотальная эвисцерация органов малого таза при местно-распространеном раке; одномоментная абдомино-перитонеальная резекция с выведением концевой колостомы и билатеральной имплантацией мочеточников в толстую кишку выше колостомы.

SUMMARY OF OPERATIVE STATISTICS

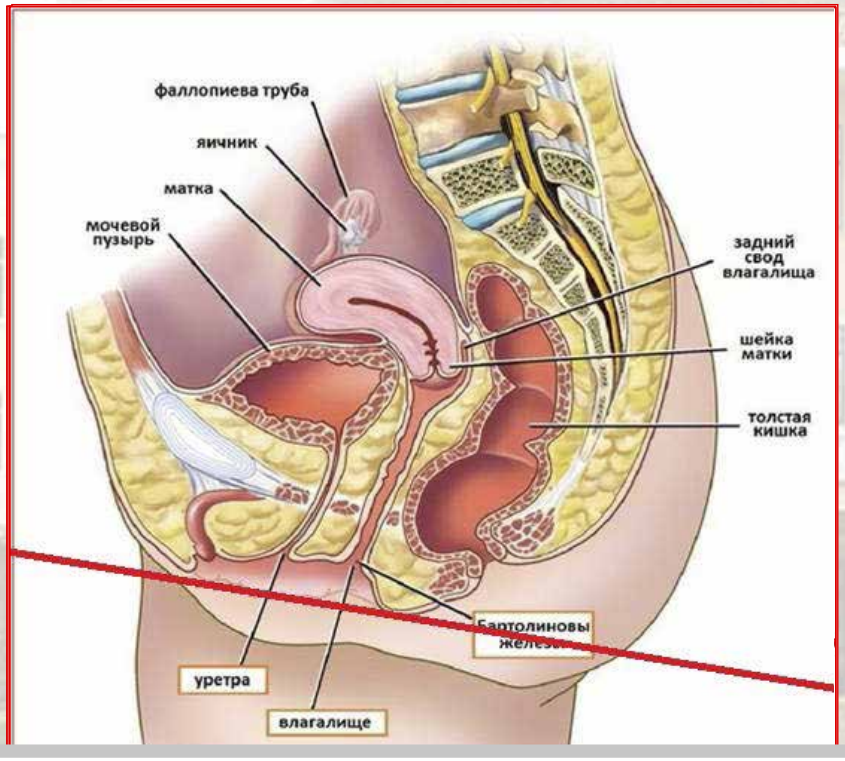
Total number of patients operated upon	22
Postoperative deaths (Cases Nos. 2, 11, 14, 16, 19)	5
Per cent surgical mortality	23%
Deaths during operation	0
Average postoperative survival among those classified as surgical mortality	8 days

Author, reference	Year	Location	Patients	R0, %	Mortality, %	Morbidity, %	5-year OS, %
Brunschwig[7]	1948	New York	22	–	23	–	–
Brunschwig[34]	1965	New York	430	–	18	–	22
Ketcham et al[35]	1970	Maryland	162	–	17	–	38
Symmonds et al[36]	1975	Minnesota	198	–	8	92 (early) 88 (late)	33
Averette et al[37]	1984	Miami, FL	92	69	24	67	37
Lawhead et al[38]	1989	New York	65	54	9	–	23
Robertson et al[39]	1994	Tyne, United Kingdom	83	–	4	47	41
Salo et al[40]	1999	New York	103	69	1	24[a]	31
Heriot et al[41]	2008	Sydney (New South Wales) and Melbourne (Victoria), Australia Christchurch, New Zealand	160	61	1	27	37
You et al[1]	2012	Houston, TX	46	80	0	50	58
Bhangu et al[42]	2014	London, United Kingdom	100	78	0	53	84 (PRC)[b] 72 (RRC)[b]
Harris et al[2]	2016	Multicenter	533	59	–	–	28

OS = overall survival; RRC = recurrent rectal cancer; PRC = primary rectal cancer; – = not reported.
[a]Data include morbidity requiring hospitalization or reoperation.
[b]Data include 3-year overall survival.

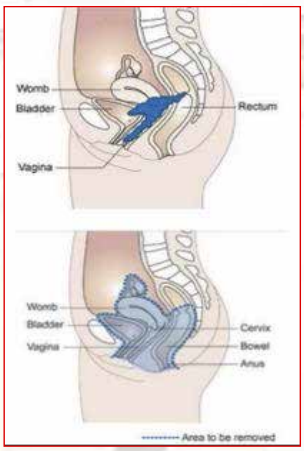
Pelvic Exenteration Surgery: The Evolution of Radical Surgical Techniques for Advanced and Recurrent Pelvic Malignancy

Классификация



- Передняя
- Задняя
- Тотальная
- Супралеваторная Тип I
- Инфралеваторная Тип II
- Инфралеваторная с вульвэктомией Тип III

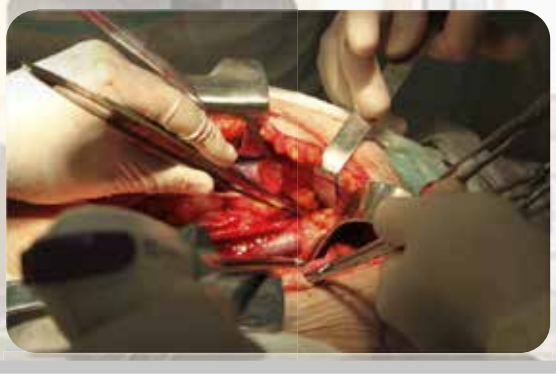
Этап I. Удаление



Тотальная инфралеваторная эвисцерация малого таза

Аденокарцинома шейки маткиT4N2M0. Рецидив после ХЛТ

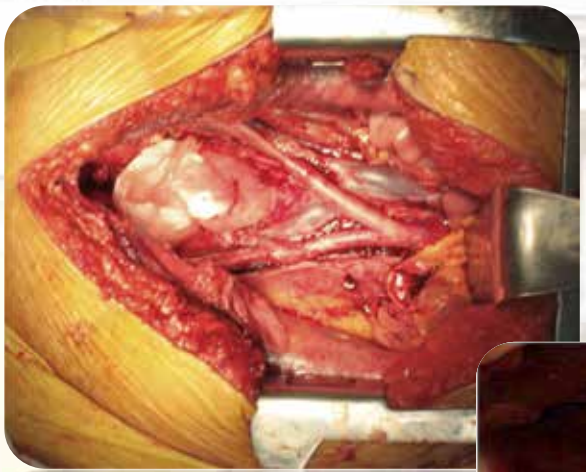
Этап I. Удаление



Аденокарцинома прямой кишки T4N1M0. Рецидив после ХЛТ.

Тотальная супралеваторная эвисцерация малого таза

Ложе опухоли



Этап II. Реконструкция

Отведение мочи

Отведение кала

Укрепление дефекта

Тотальная инфралеваторная эвисцерация малого таза

Уретероилеостомия по Bricker
10 пациентов

Постоянная одноствольная сигмостома
10 пациентов

Пластика кожно-мышечно-фасциальный лоскутом
10 пациентов

Оментопластика
6 пациентов

Тотальная супралеваторная эвисцерация малого таза

Уретероилеостомия по Bricker
26 пациента

Постоянная одноствольная сигмостома
25 пациент

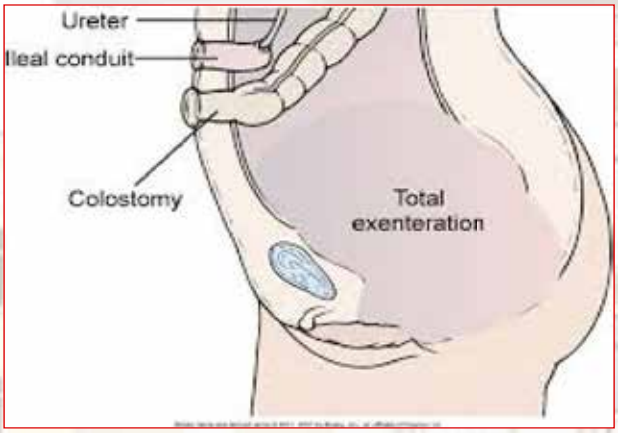
Пластика дефекта свободным торако-дорзальным лоскутом
1 пациент

Ортотопическая пластика по Studer
4 пациента

Колоанальный аностомоз
5 пациентов

Оментопластика
14 пациентов

Этап II. Реконструкция



Формирование анастомоза
- Надежность
- Скорость исполнения
- Функциональность

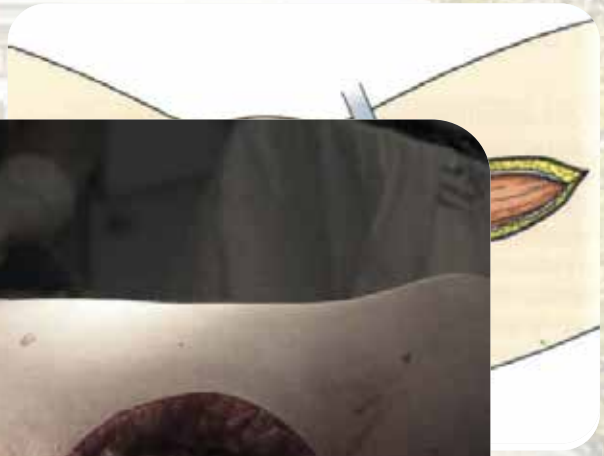
Отсутствие стриктур
рефлюксов
непроходимости

Дефект промежности

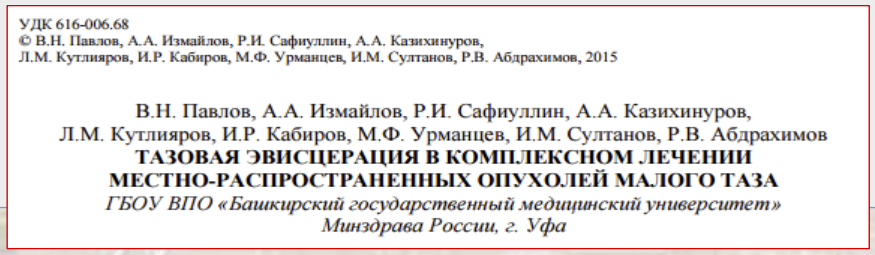
Реконструктивно-пластическое восстановление тазового дна после эвисцерации малого таза с использованием кожно-мышечного лоскута тонкой мышцы бедра

В.Н. Павлов, А.А. Бакиров, И.Р. Кабиров, А.А. Измайлов, Л.М. Кутлияров, Р.И. Сафиуллин, М.Ф. Урманцев, И.М. Султанов, Р.В. Абдрахимов
— ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

Забор лоскута



Средняя продолжительность операции	325±110 (210 – 440) минут
Тотальные инфралеваторные ЭМТ	336±84 (230 - 470) минут
Объем кровопотери	920±235 (390-1450)
Тотальные инфралеваторные ЭМТ	955±140 (410-1600) мл.
Пребывание в стационаре	15,5±3,45 (от 11 до 36) суток
Тотальные инфралеваторные ЭМТ	15,6±4,12 (от 11 до 24) суток



23.10.2017

Башкирский государственный медицинский университет

Клинический пример 1

Плоскоклеточный рак влагалища T4N2M0. Рецидив после ХЛТ. Инвазия в прямую кишку матку, мочевой пузырь, большие половые губы, кожу и мышцы промежности.

Операция:
Тотальная инфралеваторная эвисцерация малого таза. реконструктивная пластика промежности кожно-мышечно-фасциальным лоскутом тонкой мышцы бедра.

Клинический пример 2

Плоскоклеточный влагалища T4N2M0. Рецидив после ХЛТ. Инвазия в прямую кишку матку, мочевой пузырь, большие половые губы, кожу и мышцы промежности.
Осложнение: Постлучевой распад опухоли

Операция:
Тотальная инфралеваторная эвисцерация малого таза. реконструктивная пластика промежности кожно-мышечно-фасциальным лоскутом тонкой мышцы бедра.

Клинический пример 3

Плоскоклеточный рак влагалища T4N2M0. Рецидив после ХЛТ. Инвазия в прямую кишку матку, мочевой пузырь, большие половые губы, кожу и мышцы промежности.

Операция:
Тотальная инфралеваторная эвисцерация малого таза. реконструктивная пластика промежности кожно-мышечно-фасциальным лоскутом тонкой мышцы бедра.

Клинический пример 4.
15 июня 2017 г.

Уротелиальная карцинома мочевого пузыря T4bN2M0.
Рецидив после ТУР опухоли.
Инвазия в переднюю брюшную стенку.

Клинический пример 4.
15 июня 2017 г.

Операция:
Передняя эвисцерация органов малого таза.
Формирование илеокрндута по Бриккеру.
Рекоструктивно-пластическое восстановление дефекта передней брюшной стенки свободным торако-дорзальным лоскутом.

ОПЕРАЦИОННАЯ БРИГАДА

Член-корреспондент РАН, ректор ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, профессор - **Павлов Валентин Николаевич;**

Профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова - **Калакуцкий Николай Викторович**;

Профессор кафедры факультативной хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова - **Вавилов Валерий Николаевич**;

Профессор кафедры стоматологии общей практики и челюстно-лицевой хирургии ИДПО - **Сельский Натан Евсеевич;**

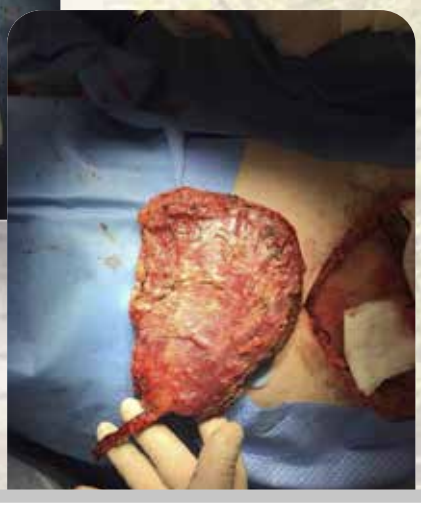
Профессор кафедры урологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России – **Пушкарев Алексей Михайлович;**

Профессор кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО - **Курбангулов Ильдар Раисович.**

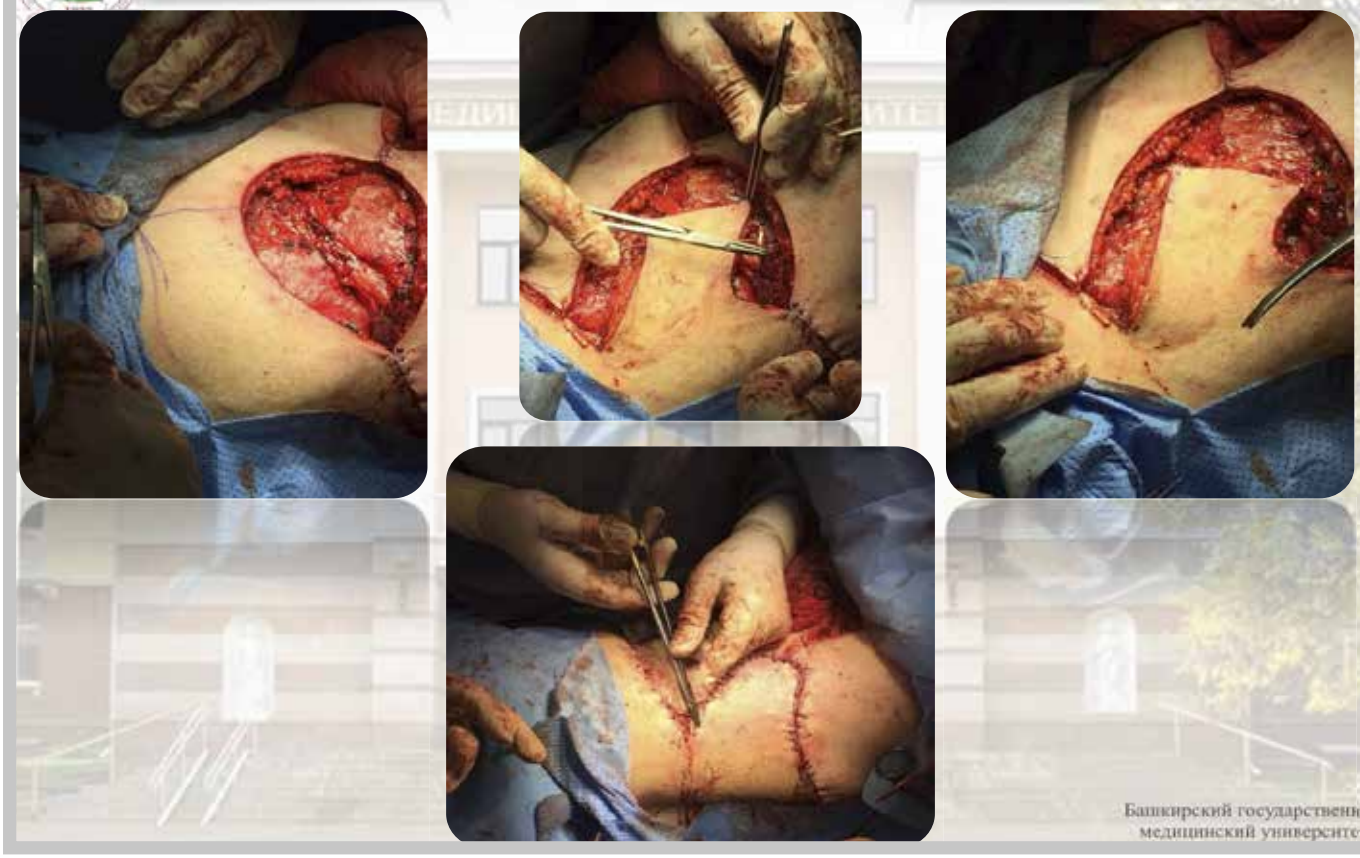
Этап эвисцерации с резекцией передней брюшной стенки

Макропрепарат и дефект передней брюшной стенки

Формированием свободного торакодорсального кожно-мышечного лоскута на сосудистой ножке



Закрытие дефекта перемещенным лоскутом



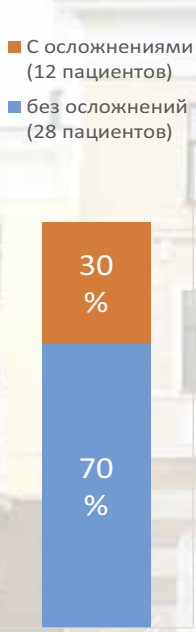
Башкирский государственный медицинский университет

Формированием сосудистых анастамозов

Окончательный вид

Клинический пример 4.
2 мес после операции

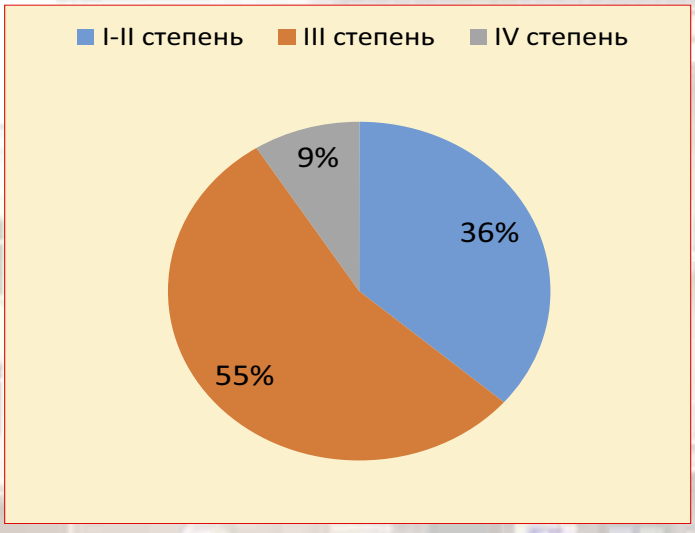
Послеоперационные осложнения



Вид осложнения	Кол-во случаев	в структуре осложнений, %	от общего числа пациентов, %
Инфицирование/ несостоятельность швов лапаротомной раны	3	18,8	7,5
Инфицирование/ несостоятельность швов промежностной раны	2	12,5	5,0
Несостоятельность уретероилеоанастомоза	2	12,5	5,0
Острый пиелонефрит	3	18,8	7,5
Некроз эпидермальной части лоскута	2	12,5	5,0
Несостоятельность межкишечного анастомоза	1	6,3	2,5
Тазовый абсцесс	1	6,3	2,5
Эвентрация	1	6,3	2,5
Внутрибрюшное кровотечение	1	6,3	2,5

Башкирский государственный медицинский университет

Тяжесть послеоперационных осложнений классификация Clavien–Dindo*



I степень - любые отклонения от нормального течения послеоперационного периода, консервативное лечения.
II степень - специфическая медикаментозная коррекция.
III степень - случаи, потребовавшие хирургического лечения.
IV степень - продолжительное пребывания пациентов в условиях отделения интенсивной терапии.
V степень - смерть пациента в послеоперационном периоде в течение 90 дней.

* Clavien PA, Barkun J, de Oliveira ML, et al. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. Ann Surg 2009:187-96

Башкирский государственный медицинский университет

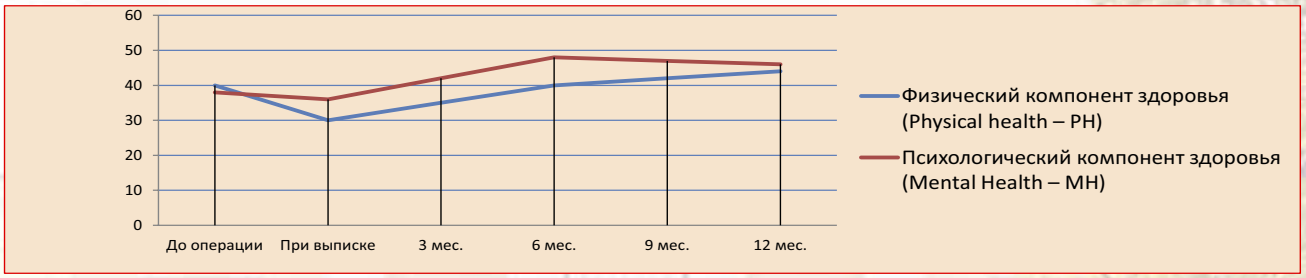
Реконструктивная пластика промежности

Диагноз	Количество случаев
Рак шейки матки	6
Рак влагалища	2
Рак яичников	1
Рак прямой кишки	1

Диагноз	Возраст	Время операции
Рак вульвы.	54	4:30
Рак шейки матки	66	5:00
Рак яичников	52	4:15
Рак шейки матки	58	5:15
Рак шейки матки	63	4:45

Осложнение: Некроз и отторжение эпидермальной части лоскута – 2 пациентов
Выполнена местная пластика кожным лоскутом.

Качество жизни



Medical Outcomes Study: 36-Item Short Form Survey

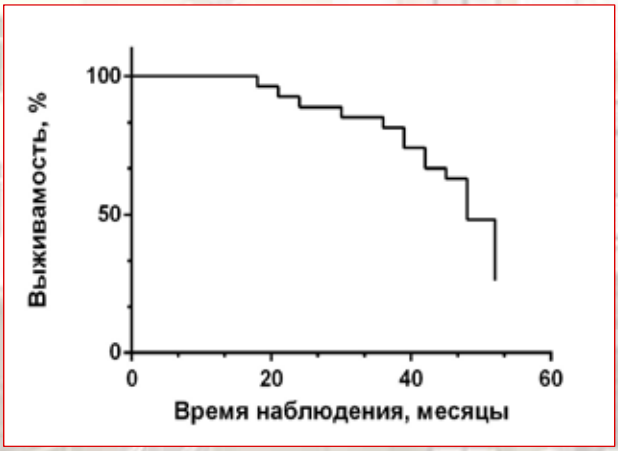
Показатель	Период времени опроса					
	До операции	При выписке	3 мес.	6 мес.	9 мес.	12 мес.
PF[1]	76±1,72	70±4,36	71 ±2,31	73±1,34	74±2,17	77±1,56
RP[2]	43±6,67	33±7,05	38±3,16	38±3,87	40±4,16	45±2,37
BP[3]	57±4,07	53±4,21	55±2,45	57±3,16	58±4,78	61±4,65
GH[4]	20±3,17	14±2,62	16±2,27	17±3,34	20±4,12	21±3,28
VT[5]	37±2,35	30±3,49	34±2,44	35±3,12	37±1,74	41±2,13
SF[6]	58±3,61	54±4,21	55±3,76	58±3,12	60±4,13	61±2,86
RE[7]	43±6,36	42±4,89	47±3,17	50±2,75	51±4,16	51±1,14
MH[8]	32±2,52	33±2,97	38±1,52	40±2,14	43±3,61	45±2,54

[1]PF - физическое функционирование, [2]RP - ролевое функционирование, [3]BP - интенсивность боли, [4]GH - Общее состояние здоровья, [5]VT - жизненная активность, [6]SF - социальное функционирование, [7]RE - ролевое функционирование, [8]MH - психическое здоровье.

Отдаленные результаты

Медиана наблюдения 32 месяца (10-61мес.)

15 пациентов (39,5%) умерло



1-годичная выживаемость	92,3%
3-летняя выживаемость	70,1%
5- летняя выживаемость	25,92%

Башкирский государственный медицинский университет

Спасибо за внимание!

Башкирский государственный медицинский университет

Раздел II:

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Holmium Laser settings during lithotripsy of different types of kidney stones

P.Gavrilov , O.Angerri, E.Emiliani , F. Millán, H. Villavicencio

Introduction. Currently, holmium laser is the most versatile energy source for the treatment of intrarenal stones by intracorporeal lithotripsy since it may be used with both flexible and rigid endoscopes, permitting access to all parts of the kidney. High-power laser enables the destruction of all kinds of stones, but the settings most suitable for the treatment of individual types remain to be defined.
Materials and methods. In the operation theatre we used a pelvic trainer into which we introduced six different types of urinary stones from our stone library: uric acid, cystine, struvite, brushite, calcium oxalate monohydrate, and calcium oxalate dihydrate.
Ex vivo lithotripsy was performed by means of continuous serum irrigation with the Lumenis VersaPulse 120 W high-power laser, with a 550-micron fibre. Power, frequency, and potency parameters, as well as the short-pulse/long-pulse variable, were varied among the six different types of stones.
Results. In all cases lithotripsy was commenced using low power and frequency: 0.2 J and 10 Hz. Power and frequency were raised up to a maximum of 3 J and 40 Hz, according to the type of stone, and until maximum potencies close to 120 W were obtained.
The difference in hardness of the investigated types of stones required differing power settings according to whether fragmentation into large pieces or pulverisation was desired. The different power settings used for the various types of stones are described, and the fragmentation ability and speed of the holmium laser are appraised.
Conclusions. High-power laser is useful for destruction of any type of urinary stone. The harder the stone, the greater is the potency needed; however, the frequency is not so important. Low power is able to yield good results on soft stones, and excellent pulverisation can be obtained by increasing the pulse frequency. The long pulse is very useful for lowering the stone retropulsion and increasing pulverisation, particularly in the case of softer stones.

Определение уровня маркеров острого повреждения почки у пациентов после ретроградной уретероренноскопии

И.А. Абоян, К.А. Ширанов, Д.А. Ромоданов, Е.Н. Гуськова, С.М. Пакус, С.В. Павлов

МБУЗ «Клинико-диагностический центр Здоровье»
г. Ростов-на-Дону

Стандартная диагностика острого повреждения почки включает измерение уровня креатинина крови, однако этот показатель не позволяет провести раннюю диагностику данного состояния. В современной литературе приводятся данные об изучении роли различных биомаркеров в оценке острого повреждения почки после эндоскопического лечения. Однако к настоящему времени не определено изменение уровня маркеров повреждения почки после ретроградной уретероренноскопии. Целью нашего исследования была оценка повреждающего эффекта ретроградной уретероренноскопии на ткань почки с помощью определения уровня биомаркеров острого повреждения почки, включая KIM-1, NAG в моче, NGAL в крови и моче.
В исследование включено 20 пациентов (группа 1), которым проводилась уретероренноскопия по поводу камней проксимального отдела мочеточника размером < 2 см. Кроме того, в контрольную группу вошло 20 лиц, подобранных по возрасту и полу. Уровень KIM-1, NGAL и NAG, а также уровень креатинина определяли утром перед операцией, через 2 часа и через 24 часа после операции.
Исходные характеристики лиц обеих групп были сопоставимы. Через 2 часа после операции уровень KIM-1 и NGAL статистически значимо увеличился по сравнению с исходным, но через 24 часа вернулся к нормальным показателям. Уровень NAG статистически значимо не изменился.
По данным анализа уровня лабораторных маркеров, ретроградная уретероренноскопия вызывает обратимое острое повреждение почки, которое восстанавливается через 24 часа после операции. Показатели KIM-1 и NGAL можно использовать для оценки выраженности повреждения почечной ткани после эндоскопического лечения мочекаменной болезни. Таким образом, определение уровня маркеров повреждения почечной паренхимы (KIM-1, NGAL) является перспективной методикой, которая показывает низкий уровень повреждения почечной паренхимы после ретроградной уретероренноскопии.

Сравнительные результаты рентгенконтролируемой перкутанной нефролитолапаксии (ПНЛЛ) и нефролитолапаксии, выполняемой исключительно под ультразвуковым (УЗ) контролем.

Д.В. Абрамов [2], М.Б. Дырдик [2], Ф.А.Севрюков [3], Д.С. Ледяев [1,2], И.В. Юдеев [2], В.А. Атдуев [1,2]

[1] Нижегородская государственная медицинская академия
г. Нижний Новгород

[2] ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России
г. Нижний Новгород

[3] ДКБ на ст. Нижний Новгород ОАО «РЖД»
г. Нижний Новгород

Введение. Несмотря на то, что стандартным методом контроля доступа к полостной системе почки для выполнения ПНЛЛ считается рентгеновский, многие клиники предпочитают формировать доступ в ЧЛС почки для выполнения ПНЛЛ исклю-

чительно под УЗ-наведением. Целью нашего исследования явилось сравнение эффективности и безопасности ПНЛЛ, выполняемой исключительно под УЗ-контролем и с использованием рентгена.
Пациенты и методы. Нами были изучены результаты лечения 612 пациентов. У 97 пациентов была выполнена стандартная ПНЛЛ под рентген-контролем (группа 1). 515 пациентам была выполнена ПНЛЛ исключительно под УЗ-контролем (группа 2). Группы не различались по полу (p=0,15), возрасту (p=0,28), ИМТ (p=0,87), давности заболевания (p=0,73). Количество коралловидных камней в группе 2 оказалось выше, чем в группе 1 (35,3% и 12,4%; p<0,001), средний размер камня в группе 1 был меньше, чем в группе 2 (22,9±1,2 и 25,7±0,5 мм, p=0,04). Рентгеннегативных камней в группе ПНЛЛ, выполненной под УЗ-наведением, было достоверно больше - 21%, по сравнению со группой 1 - 11,3% (p=0,03).
Результаты. Длительность операций достоверно не различалась (73,1±3,0 и 77,2±1,9 мин, p=0,914). Частота полной элиминации камня в группе 1 была 70,1%, в группе 2 - 80,6% (p=0,02). Среднее снижение уровня Hb не различалось (13,8±1,2 и 12,18±0,6, p=0,271). Средний койко-день в группах составил 15,6±1,6 и 14,8±0,5; p=0,729. Частота послеоперационных осложнений в группе 1 составила 32 (33%), в группе 2 – 151 (29,3%), p=0,469. Значимой разницы осложнений по тяжести в группах выявлено не было (p=0,17).
Заключение. Перкутаная нефролитотрипсия исключительно под УЗ-наведением является эффективной и безопасной операцией для большинства пациентов с нефролитиазом.

Перкутанная нефролитолапаксии (ПНЛЛ) под ультразвуковым (УЗ) контролем при коралловидном нефролитиазе (КН)

Д.В. Абрамов [2], М.Б. Дырдик [2], Д.С. Ледяев [1,2], А.А. Данилов [2], И.С. Шевелев [2], В.А. Атдуев [1,2]

[1] Нижегородская государственная медицинская академия
г. Нижний Новгород

[2] ФБУЗ Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России
г. Нижний Новгород

Введение. Лечение больных с КН сложную проблему и она обусловлена тяжестью патологии, наличием осложненных и рецидивных форм нефролитиаза. ПНЛЛ считается наиболее оптимальным методом лечения большинства пациентов с данной патологией.
Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности ПНЛЛ, выполняемой под контролем УЗ у больных с КН. Материал и методы. Изучены результаты лечения 183 пациентов с КН, которым выполнена ПНЛЛ под контролем УЗ. Средний возраст пациентов составил 54,2±0,85 г., мужчин было 73 (39,9%), женщин – 110 (60,1%). Давность заболевания составила 94,65±8,4 мес. (ДИ 95% 78,1–111,2). В 33 (18%) случаев камень был рентгеннегативный. Коралловидные камни категории К1 были в 44 (24%) случаев, К2 – 62 (33,9%), К3 – 37 (20,2%), К4 – 40 (21,9%). Средний размер камня составил 36,28±0,91 мм (ДИ 95% 34,48–38,08). Рецидивные камни были в 100 (54,6%) случаев. У 48 (26,2%) пациентов камни были множественными. В 59 (32,2%) случаев камни были инфицированные.
Результаты. Длительность операций составила 95,9±3,5мин (ДИ 95% 89,02–102,85). Частота полной элиминации камня составила 127 (69,4%). 173 (94,5%) ПНЛЛ было проведено через один доступ, в 5 (2,75) случаях – через два и в 5 (2,7%) случаях – через три доступа в полостную систему почки. У 159 (86,9%) больных оперативное лечение было проведено за один этап, у 21 (11,5%) – за два, у 2(1,1%) – за три, в одном случае – за 4 этапа. Снижение уровня гемоглобина в крови через 24 часа после операции составило 12,2±0,9 г/л (ДИ 95% 13,78–15,9).Средний койко-день составил 14,84±0,5 (ДИ 95% 10,43–13,94).Частота осложнений составила 55 (30,1%). По Клавиен осложнения I степени было 27 (14,8%), II– 22 (12%), IIIa– 0, IIIb – 3 (1,6%), IVa– 1 (0,5%), IVb - 1 (0,5%), V - 1 (0,5%).
Заключение. ПНЛЛ под УЗ наведением является эффективной и безопасной операцией для лечения больных с КН.

Преимущества мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике мочекаменной болезни

С.М. Алфёров, С.А. Левицкий, М.А. Гришин

ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УД Президента РФ
г. Москва.

Подход к лечению мочекаменной болезни (МКБ) претерпел существенные изменения в последние годы. Сократились сроки пребывания больных с МКБ в стационарах урологического профиля за счёт уменьшения времени обследования и снижения инвазивности и травматичности методов лечения. У большинства больных дезинтеграция камней достигается проведением дистанционной литотрипсии (ДЛТ). У пациентов с экстренным уролитиазом выполняется срочная ДЛТ, т.е. проведенная в первые сутки от момента поступления больного в стационар.
Лечебно-диагностический алгоритм, разработанный в нашем отделении в 2010 г, позволил значительно улучшить результаты лечения экстренных больных с почечной коликой. Данный алгоритм основан на применении с целью диагностики экстренного ультразвукового исследования почек, бесконтрастной мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) почек и забрюшинного пространства, экскреторной урографии. Основным методом диагностики мочекаменной болезни является нативная (бесконтрастная) мультиспиральная компьютерная томография.
Дизайн исследования. Группу мониторинга со-

ставили 1846 больных с МКБ, проходивших лечение в отделении урологии с 2012 по 2016г. 740 больным выполнена дистанционная литотрипсия (ДЛТ) на литотриптере «Dornier S II». Выполнено 1262 сеансов (1,7 сеансов на одного больного), в том числе 280 (37%) больным выполнена срочная ДЛТ (в первые сутки после экстренного поступления в стационар).

100% больных в первые сутки выполнялась нативная МСКТ. Данный метод диагностики позволяет в короткие сроки определять точные размеры, локализацию и плотность конкрементов. Определение денситометрических показателей камня позволяет диагностировать не визуализируемые при обзорной урографии слабоконтрастные конкременты (до 200 HU).

Полученная в результате обследования информация позволяет прогнозировать возможные осложнения, выбирать оптимальный метод лечения.

Своевременная и точная диагностика мочекаменной болезни (в основе которой лежит бесконтрастная мультиспиральная компьютерная томография в сочетании с экскреторной урографией) даёт возможность проводить срочную дистанционную литотрипсию. У 81% больных после срочной ДЛТ достигнута частичная или полная фрагментация камней с последующим отхождением фрагментов конкремента и восстановлением адекватного оттока мочи из почки, благодаря чему значительно снижается процент таких осложнений, как обструктивный пиелонефрит. Процент больных, которым требуется экстренное дренирование почки, благодаря разработанному подходу снизился почти в 2 раза (с 22% до 12% пациентов с экстренным уролитиазом).

Заключение. Выполнение нативной МСКТ у больных с почечной коликой в первые сутки от момента поступления позволяет выбирать оптимальную тактику лечения, благодаря чему значительно снижается частота осложнений и повышается эффективность лечения экстренного уролитиаза.

Ранняя диагностика конкрементов и выполнение денситометрии при МСКТ позволило сократить сроки динамического наблюдения до дренирования почки с 3±1,7 дней до 1±0,5 дня и уменьшить число случаев острого обструктивного пиелонефрита с 15±2,2 до 5±1,1 в год.

Проведение в короткие сроки высокоинформативных исследований в соответствии с лечебно-диагностическим алгоритмом, даёт возможность проведения срочной ДЛТ (в первые сутки после экстренного поступления в стационар), что позволило сократить время пребывания больных в стационаре до операции с 2,7 до 1,3 дней и средний койко-день по данной нозологии с 6,9 до 3,7 дней.

Бесконтрастную мультиспиральную компьютерную томографию можно считать самым информативным методом диагностики мочекаменной болезни, а внедрение данного метода диагностики в алгоритм обязательного обследования больных с уролитиазом позволяет значительно улучшить результаты лечения данной группы пациентов.

Апоплексия чашечно-лоханочной системы при почечной колике

С.М. Алфёров, С.А. Левицкий

ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УД Президента РФ
г. Москва.

В клинической практике уролога апоплексия чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) почки, не связанная с травматическим повреждением, встречается довольно редко. В большинстве описанных случаев спонтанные разрывы почки встречаются у больных, находящихся на хроническом гемодиализе, при опухолях почек, поликистозе, геморрагической лихорадке с почечным синдромом.

Апоплексия ЧЛС, вызванная обструкцией мочеточника конкрементом, является очень редким осложнением мочекаменной болезни. В литературе информация по тактике обследования и лечения данной категории больных практически не встречается, а клинические рекомендации по данной проблеме не разработаны. Мы проанализировали все случаи спонтанных нарушений целостности ЧЛС у больных с экстренным уролитиазом, находившихся на лечении в нашем отделении за период с 2010г по 2016г.

Дизайн исследования. Группу мониторинга составили 2869 больных с МКБ, проходивших лечение в отделении урологии ЦКБ УДП РФ с 2010 по 2016г.

В соответствии с лечебно-диагностическим алгоритмом, разработанным и внедрённым в нашем отделении в 2010г., всем больным в первые сутки от момента поступления выполнялось экстренное УЗИ почек и мочевого пузыря, срочная нативная мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов мочевой системы и срочная экскреторная урография. У 7 больных (0,24% от общего числа пролеченных больных) была выявлена апоплексия чашечно-лоханочной системы. От «классической» почечной колики клиническая картина при апоплексии ЧЛС отличалась более выраженным болевым синдромом, купируемым на непродолжительное время только наркотическими анальгетиками. Лабораторные данные этой группы пациентов соответствовали лабораторным показателям больных с «классической» почечной коликой.

При УЗИ почек, на фоне расширенных собирательных полостей почки, у пациентов с апоплексией выявлялся выпот в паранефрии.

При нативной (бесконтрастной) МСКТ почек явных признаков мочевого затёка в паранефральном пространстве не выявлялось. Затёк контраста вне ЧЛС фиксировался при проведении экскреторной урографии и подтверждался при МСКТ с контрастированием.

Во всех случаях при выявлении нарушения целостности ЧЛС было выполнено экстренное дренирование повреждённой почки мочеточниковым катетером-стентом. Чрескожное дренирование почки (ЧПНС) не потребовалось ни в одном наблюдении. Данной категории больных проводи-

лась антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия, противовоспалительная терапия.

Заключение. Нарушение целостности чашечно-лоханочной системы почки является редким осложнением обструкции мочеточника конкрементом, однако подобные случаи могут встретиться в практике любого уролога. Основными методами диагностики апоплексии ЧЛС являются рентгенконтрастные методы (экскреторная урография, МСКТ с контрастированием) при которых можно выявить мочевой затёк. Тактический подход к данной категории больных отличается от пациентов с классической почечной коликой. Если при обструкции мочеточника камнем без нарушения целостности ЧЛС основные мероприятия направлены на дезинтеграцию конкремента, и, тем самым, восстановление адекватного оттока мочи из почки, то при выявлении апоплексии ЧЛС должно быть выполнено экстренное дренирование почки с обязательным назначением антибактериальных препаратов широкого спектра действия. В послеоперационном периоде ведение таких больных соответствует ведению больных с травматическим повреждением почки.

Использование наропина для дополнительного обезболивания чрескожного хода при перкутанных операциях.

Н.А. Амосов, С.Б. Уренков,
А.А. Подойницын., С.Г. Есин

ГБУЗ МО МОНИКИ им М.Ф.Владимирского,
урологическое отделение
Московская область, г. Моники

Введение. Чрескожная нефролитотрипсия (ЧНЛТ) на сегодняшний день, по мнению большинства авторов, является золотым стандартом в лечении крупных и коралловидных камней почек. Несмотря на малую инвазивность данного хирургического пособия, в послеоперационном периоде пациенты испытывают боли различной интенсивности, что нередко требует назначения аналгетиков.

Цель исследования. Выявить эффективность применения анальгетиков (наропина) в качестве дополнительного обезболивания чрескожного хода при перкутанных операциях.

Материалы и методы. В исследование были включены 46 пациентов с нефролитиазом, в том числе коралловидным, госпитализированные в урологическую клинику МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского в период с ноября 2015 по май 2016 года. Всем пациентам в качестве метода оперативного лечения была избрана ЧНЛТ. Все операции проводились под спинальной анестезией. Было выделено 2 группы пациентов: в первую вошли 26 больных, у которых дополнительное обезболивание чрескожного хода не проводилось, во вторую группу были включены 20 пациентов, которым перед началом операции в области предполагаемого нефростомического хода вводилось 10мл 0,5% раствора наропина. Оценка эффективность проводилась с помощью визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ), которая заполнялась пациентами каждые 3 часа в течении первых суток после операции далее один раз в день в течении 3 дней. Шкала напоминает линейку, где за 0 баллов принято отсутствие боли, 10 баллов – нестерпимая боль.

Результаты. В первой группе средний балл по ВАШ в течении первых 6 часов после операции составил - 6,1 (4-8б.). Во второй группе исследования, где использовался наропин средний балл по ВАШ составил - 3,6 (2-6б.). Потребность в использование ненаркотических анальгетиков в первой группе составила 80,8% (21 пациент), во второй группе 45% (9 пациентов). Достоверного различия интенсивности боли по ВАШ и потребности в применении анальгетиков на 2-4 сутки у групп исследования не получено.

Выводы. Введение 0,5% раствора наропина по ходу чрескожного доступа во время перкутанных операций позволяет снизить выраженность болей и более чем на 35%, сократить потребность в использовании анальгетиков в первые сутки после ЧНЛТ.

Выбор метода для удаления резидуальных фрагментов коралловидного камня после чнлт.

Н.А. Амосов, С.Б. Уренков,
А.А. Подойницын., А.Е. Иванов

ГБУЗ МО МОНИКИ им М.Ф.Владимирского,
урологическое отделение
Московская область, г. Моники

Введение. Коралловидный нефролитиаз является одной из сложных форм мочекаменной болезни. При лечении пациентов с данной нозологией нередко возникает потребность в дополнительных оперативных методах для наиболее полного избавление пациента от коралловидного камня.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ эффективности различных малоинвазивных методов удаления резидуальных фрагментов коралловидного камня после ЧНЛТ.

Материалы и методы. В урологическом отделении МОНИКИ им М.Ф.Владимирского с 2008 года по 2015 год было выполнено 251 ЧНЛТ по поводу коралловидного нефролитиаза. У 73 пациентов наличие резидуальных конкрементов, размерами от 7 до 25мм потребовало выполнение различных дополнительных манипуляций для их удаления. В ходе исследования было выделено 3 группы пациентов в зависимости от метода удаления резидальных конкрементов. В первую группу вошли 21 (28,8%) пациент, которым выполняли mini-PERK, во вторую группу 33 (45,2%) пациента, которым выполняли ДУВЛ, в третью группу 19 (26%) пациентов, которым методом выбора для удаления резидуальных конкрементов была избрана РНЛТ.

Результаты. Полной элиминации резидуальных фрагментов, через 6 месяцев после проведенного лечения, удалось достичь в 85,7% случаев в

группе, где выполняли mini-PERK, в 69,7% случаев в группе, где выполняли ДУВЛ, в 78,9% случаев в группе, где выполнялась РНЛТ. Осложнения возникли у 2 (9,5%) пациентов после mini-PERK, у 5 (15,2%) после ДУВЛ, у 1 (5,2%) после РНЛТ. Стоит отметить, что все осложнения mini PERK и РНЛТ были купированы консервативно, у 2 пациентов после ДУВЛ формирование «каменной дорожки» в мочеточнике потребовало выполнение уретеролитоэкстракции.

Выводы. Мини - перкутанная нефролитотрипсия РНЛТ и ДУВЛ являются достаточно эффективными методами удаления резидуальных фрагментов коралловидных камней после ЧНЛТ. Основные осложнения ДУВЛ связаны с обструкцией мочетчника осколками конкремента и в ряде случаев требуют выполнения дополнительных незапланированных манипуляций, таких как уретеролитоэкстракция или уретеролитотрипсия. Метод для удаления резидуальных конкрементов коралловидных камней после ЧНЛТ должен подбираться индивидуально, исходя из плотности камня его размера и расположения в чашечно-лоханочной системе. Однако, стоит помнить, что у ряда пациентов с коралловидным нефролитиазом, стремление к полному освобождение почки от конкремента может привести к дополнительным осложнениям и ухудшению функции почки.

Послеоперационные осложнения после перкутанной нефролитотрипсии у пациентов с мочекаменной болезнью

И.В. Баженов, С.Г. Вахлов, С.А. Бурцев,
В.О. Данилов, В.В. Егоров, И.В. Поспелов,
Д.А. Деминов, А.Д. Семаков

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет
г. Екатеринбург

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»
г. Екатеринбург

Введение. Одной из наиболее сложных проблем урологии является лечение больных с крупными и множественными камнями почек. Эндоскопические методы удаления конкрементов предполагают меньшую хирургическую травму почки и, следовательно, низкий риск прогрессирования нарушения функции почки.

Материал и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни 896 пациентов проходивших лечение с января 2011г. по декабрь 2016г. Всем пациентам была выполнена чрескожная нефролитотрипсия (ЧПНЛ). 861 (96,0%) больных были полностью освобождены от камней за 1 этап, у 35 пациентов (3,9%) выполнены дополнительно сеансы ДУВЛ из-за оставшихся фрагментов в почке, 6 пациентам (0,6%) потребовалось выполнить эндоскопическую контактную литотрипсию оставшихся фрагментов, мигрировавших в мочеточник. Проведение повторной ЧПНЛ потребовалось 76 (8,5%) больным, они были полностью освобождены от камней за 2-3 этапа. У 12 (1,4%) пациентов потребовалась предварительная чрескожная нефростомия по поводу замкнутого пионефроза. Интраоперационные осложнения: перфорация лоханки у 11 больных (1,2%), перфорация чашечки и травма почечной паренхимы у 3 больных (0,3%), травма лоханки зондом контактного литотриптера у 7 пациентов (0,8%). Послеоперационные осложнения оценивались по пяти степеням в соответствии с усовершенствованной классификацией Clavien. Послеоперационное кровотечение у 6 больных (0,6%) потребовавшее трансфузии крови - Clavien II, пиелонефрит после ПН у 19 (2,1%) - Clavien II, 3 (0,3%) пациентам потребовалось открытое оперативное вмешательство ввиду нарастающей гематомы забрюшинного пространства и продолжающегося кровотечения - Clavien IIIb, 1(0,1%) пациенту выполнена нефрэктомия по поводу профузного кровотечения- Clavien IIIb, 1 (0,1%) пациент бак. шок с летальным исходом - Clavien V.

Заключение. ЧПНЛ в настоящее время является операцией выбора при камнях более 2 сантиметров в диаметре.

Дистанционная литотрипсия, как первая линия в лечении мочекаменной болезни

Ф.С. Бова, А.А. Сушков,
С.Б. Рычева, А.Х. Ферзаули

ГУЗ ОБ№2
г. Ростов-на-Дону

МКБ занимает одно из первых мест среди урологических заболеваний, составляя в среднем по России 34,2%.

Размер, форма, физико-химические свойства, локализация конкремента и клиническое течение заболевания определяют стратегию лечения.

К основным методам активного удаления мочевых камней относятся:

- ДЛТ
- Эндоскопическое пособие
- Комбинированная терапия (ДЛТ + эндоскопическое пособие)

Сегодня можно сказать, что метод ДЛТ не только широко внедрен в отечественную урологическую практику, но и является первой линией в лечении МКБ, что соответствует Европейским и Американским стандартам.

Необходимо обратить внимание на то, что несмотря на развитие эндоскопических методов лечения, ДЛТ по прежнему остаётся методом выбора при лечении камней некоторых локализаций.

Урологическое отделение Областной больницы №2 оснащено 2 аппаратами: Siemens Litoclast и аппарат Dornier.

С активным введением в практику определения плотности камней при СКТ, приоритет ДЛТ, как первого этапа лечения МКБ с камнями низкой

плотности многократно возрос.
С 2016г-2017г нами пролечено более 460 пациентов с окклюзирующими камнями мочеточников. У 260 пациентов конкременты плотностью до 800 Ед. Хф разрушались за 1-2 сеанса и не требовали эндоскопического пособия. Более плотные конкременты требовали не менее 2 сеансов ДЛТ, при которых конкремент частично или полностью фрагментировался, что устраняло обструкцию мочевых путей. При проведении последующей эндоскопической операции, в случае отсутствия отхождения фрагментов конкрементов, длительность и инвазивность операции снижались.
В заключение, хотелось бы сказать, что нельзя относиться к литотрипсии, как к лёгкой манипуляции. Данная операция требует высококвалифицированного персонала, тщательной предоперационной подготовки, грамотного послеоперационного ведения больных.

Дефицит системного стероидного фактора у пациентов с оксалатным типом образования камней.

П.В. Веренинов, В.В. Мусохранов, Е.М. Новиков

Клинический госпиталь ФКУЗ МСЧ МВД России
г.Москва

Мочекаменная болезнь – это хроническое заболевание, которое обусловлено нарушением обмена веществ и сопровождается формированием в почках и мочевых путях камней, образующихся из составных частей мочи.
На сегодняшний день имеются современные методы ее диагностики, но не существует единой теории камнеобразования.
Исходя из определения заболевания и последних данных эндокринологии мы прежде всего рассматриваем ее, как системное метаболическое нарушение связанное с явлением окислительного стресса, без корректировки которого заниматься метафилактикой данной нозологии в полной форме невозможно. И прежде всего не можем не уделить внимание такому системному фактору, как витамин Д3 (системный стероидный фактор или Д - гормон). Особенно при оксалатном литиазе, предиктором которого служит кальциемия и кальциурия соответственно. Кроме поддерженая минерализации костной ткани (за счет удержания кальция) витамин Д также ингибирует повышенную секрецию ПТГ, что так же не маловажно.
В настоящий момент мы более склонны к теории D-независимой гиперкальциурии , показывающей ,прежде всего, влияние генетического фактора в формировании кишечной гиперабсорбции кальция и развитии гиперкальциурии. В частности, за счет изменением полиморфизм гена VDR. Тем самым, ставя под сомнение опасность назначения витамина Д у такой категории пациентов.
Материалы и методы: На протяжении 2016 года нами был оценен уровнь витамина Д3 у пациентов длительной страдающих мочекаменной болезнью, общим количеством 117 человек. Выборка пациентов была абсолютно разнообразной (мужчины и женщины разных возрастных групп имеющих эугонадную функцию половых желез , около 20 процентов от общего числа имели субклинический гипотериоз). В эту группу не входили пациенты имеющие проявления метаболического синдрома: абдоминальное ожирение, дислипидемию, сахарный диабет 2 типа, т.е. клинически-ассоциированные признаки гипогонадизма. У всех пациентов был диагностирован дефицит витамина Д (от глубкого до умеренного – различных цифр). Причем, с возрастом была отмечена явная тенденция к увеличению глубины дефицита. Что так же позволило нам склониться в пользу вышеупомянутой теории.
Выводы: учитывая функции витамина D на организм: поддержании минерального равновесия, электролитный обмен, иммуномодулирующее, антипролиферативное действие, тесная взаимосвязь с синтезом половых гормонов, поддержание мышечной массы - необходимость восполнения его дефицита не может подвергаться сомнению.

Контактная уретеролитотрипсия у беременных с высоким риском развития обструктивного пиелонефрита на фоне уролитиаза

Е.А. Варенцов, П.Н. Соломатников, Е.В. Щуренков, И.С. Лапшин, В.А. Портной

Больница №7 (ГКБ 7)
г.Иваново

Введение. По данным литературы частота встречаемости уретеролитиаза у беременных составляет 0,1 - 0,5%, что связано, как правило, с несвоевременной диагностикой мочекаменной болезни.
Материалы и методы. Нами проведены 19 КУЛТ с последующим стентированием мочеточника у беременных женщин с высоким риском развития обструктивного пиелонефрита на фоне уролитиаза. Операции проводились с использованием полуригидного уретероскопа размером 9,5 по Шарьеру. Фрагментация и удаление камней осуществлялась пневматическим литотриптером с набором стандартных зондов и щипцов. Дренирование верхних мочевых путей выполнялось J-J стентами для внутреннего дренирования верхних мочевых путей.
Обследование включало общеклинические анализы и ультразвуковое исследование почек, мочеточника, матки. Оценка дилатации ВМП и ренального кровоснабжения проводились методом ультразвукового цветного допплеровского картирования. Показаниями к КУЛТ являлись: выраженные нарушения уродинамики, рецидивирующая почечная колика, угроза развития обструктивного пиелонефрита, неэффективность консервативной терапии. Операции проводились под спиномозговой анестезией.
Распределение пациенток по срокам беремен-

ности следующее: 1 триместр – 2 (10,5%), второй – 10 (52,7%), третий – 7 (36,8%). Камни мочеточников располагались справа у 12 (63,2%), слева – 7 (36,8%) пациенток. В нижней трети конкременты выявлены у 12 (63,2%) пациенток, в средней трети – 6 (31,5%), в верхней трети – 1 (5,3%).

Результаты. Полная фрагментация конкрементов и удаление фрагментов достигнуто в 16 случаях (84,2 %). В 2 случаях (10,5%) произошла миграция фрагментов конкремента в чашечно-лоханочную систему почки. В одном случае из-за невозможности проведения инструмента через интрамуральный отдел мочеточника в срок беременности 37 недель, конкремент перемещён в лоханку. У всех пациенток верхние мочевые пути дренированы стентом. Интраоперационных осложнений и осложнений, связанных с течением беременности не отмечалось. Эффективность контактной уретеролитотрипсии составила 84,2 %.

Выводы. Контактная уретеролитотрипсия у беременных женщин с высоким риском развития обструктивного пиелонефрита на фоне уролитиаза является эффективным и безопасным методом лечения камней мочеточника, позволяющим снизить частоту гестационного обструктивного пиелонефрита, улучшить здоровье матери и новорожденного.

Трансуретральная пиелокаликолитотрипсия камней почек ≤ 1см.

Е.И. Велиев, И.В. Серёгин, *Е.В.* Филимонов, М.И. Мартынов

ГКБ им. С. П. Боткина, Кафедра урологии и хирургической андрологии РМАПО
г. Москва

Введение. Внедрение в клиническую практику ригидных и гибких эндоскопов, трансуретральных кожухов (Flexor) позволяющих осуществлять постоянный доступ к почке через нижние мочевые пути, позволило изменить подходы к лечению камней почек. Преимущество ретроградного доступа при камнях почек перед перкутанными вмешательствами не оспоримо. За последние годы в мире накоплен значительный опыт эндоскопических методов лечения камней почек. В данной работе мы представляем собственный опыт выполнения трансуретральной пиелокаликолитотрипсии камней почек ≤ 1см.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 28 пациентов, находившихся на лечении в урологических отделениях ГКБ им. С.П. Боткина (10 мужчин и 18 женщин). Возраст пациентов от 18 до 72 лет. Все пациенты имели размер камня ≤ 1см. В 9 случаях камни локализовались в лоханке и лоханочно-мочеточниковом сегменте, у 12 пациентов находились в чашечках среднего и верхнего сегмента и 7 в чашечках нижнего сегмента.

Показаниями для выполнения трансуретральных вмешательств были: отсутствие эффекта или последствия дистанционной литотрипсии в 12 случаях, наличие обструкции у 5 пациентов и хроническая боль в 11 случаях. В 10 случаях вмешательство было выполнено с помощью ригидного уретероскопа Karl Storz размером 9,5Шр. с рабочим каналом 5 Шр, в 18 случаях с помощью гибкого уретероскопа Flex-X2 фирмы Karl Storz, размером 8,5Шр. и рабочим каналом 3,6Шр.. Для дезинтеграции камней во всех случаях использовался гольмиевый лазер AURIGA (WaveLight Laser Technologie AG, Германия) с лазерным световодом размером 365 µм. В 3 случаях была выполнена пиелокаликолитоэкстракция.

Результаты. Камни успешно удалены в 25 случаях. При ригидной уретероскопии камни были полностью удалены у 9(10) пациентов, при гибкой уретероскопии у 16(18) пациентов. Общая частота отсутствия камней за одно вмешательство составила 89%. В одном случае потребовалась пассивная дилятация мочеточника стентом, в связи с его ригидность и невозможностью проведения уретероскопа. Через 12 дней пациенту выполнено с эффектом повторное вмешательство. В одном случае из-за стеноза лоханочно-мочеточниковом сегмента выполнено чрескожное удаление камня с антеградной эндопиелотомией. Никаких серьезных интраоперационных и послеоперационных осложнений (Clavien 4-5 класс) отмечено не было. Перфорация мочеточника (Clavien 3b класс) произошла у одного пациента, которому выполнялась фиброуретероскопия и наблюдалось в проксимальном отделе мочеточника по причине усиленного продвижения уретероскопа при попытке пройти извитость мочеточника. Перфорация была незначительная и купировалась установкой стента. Резидуальный камень (Clavien 3a класс) отмечен у одного пациента, причиной было резвившееся в процессе операции кровотечение и плохая видимость. В последствие этим пациентам выполнена с эффектом дистанционная литотрипсия. Инфекция мочевых путей (Clavien 2 класс) отмечена у 3 пациентов, купирована назначением антибиотиков в течение 7 суток.

Заключение. Таким образом, мы считаем трансуретральную пиелокаликолитотрипсию эффективным методом лечения камней почек ≤1см, с высокой вероятностью полного удаления камня за одно вмешательство, но сопряженного с высоким риском развития осложнений.

Осложнения чрезкожной пункционной нефролитотомии при мочекаменной болезни.

Е.И. Велиев, И.В. Серёгин, Е.В Филимонов, Н.С. Мулабаев, М.И. Мартынов

ГКБ им. С. П. Боткина, Кафедра урологии и хирургической андрологии РМАПО
г. Москва

Введение. Преимущества эндоскопического лечения мочекаменной болезни (МКБ) перед открытыми операциями не оспоримо. В связи с большой долей МКБ в структуре урологических

заболеваний накоплен значительный опыт эндоскопических методов лечения, отражённый в многочисленных публикациях, однако наблюдающиеся осложнения, представляющие опасность для жизни пациента, необходимо систематизировать и оценивать по степени тяжести с учетом вида и объема лечебных мероприятий.
Целью нашего исследования явилось оценка осложнений чрезкожной эндоскопической хирургии при МКБ.
Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 670 пациентов находившихся на лечении в урологических отделениях ГКБ им. С.П. Боткина (405 мужчин — 60,5 % и 265 женщин — 39,5 %). Средний возраст пациентов составил 50,49 ± 13,80 лет (от 15 до 84 лет). 249 (37,1%) пациентов имели одиночные камни, 301(44,9%) пациент имел несколько камней и 120(17,9%) имели коралловидные камни. Чрезкожная пункционная нефролитотомия была выполнена у 598 пациентам через один доступ, через два доступа - у 58, через три - у 14.
Операции выполняли в рентген-операционной с помощью эндоурологического оборудования Wolf и KARL STORZ под ультразвуковым и рентгеновским контролем. Анестезиологический риск вмешательств определяли по классификации принятой Американским обществом анестезиологов (ASA). Послеоперационные осложнения мы оценивали по пяти степеням в соответствии с усовершенствованной классификацией Clavien-Dindo.
Результаты. Интраоперационные осложнения были отмечены в 12 (1,7%) случаях, у 7(1,0%) пациентов. В послеоперационном периоде у 98 пациентов (14,6%) имело место 140 осложнений. У 71 пациентов - по одному, у 21 - по два, у 9 - по три. Для их устранения были выполнены 32 дополнительных вмешательства, которые в 21 случае проводились без анестезии, в 11 - под анестезией. В послеоперационном периоде у 38 пациентов (4,7%) выявлены резидуальные камни. Гематурия отмечена у 29 пациентов, из них только 4 пациентам (0,5%) потребовалось переливание эритроцитарной массы и проведение дополнительных вмешательств. Лихорадка выше 38° С наблюдалась у 60 пациентов (8,9%). У 11 пациентов (1,6%) лихорадка продолжалась до 24 часов, у 49 пациентов (7,3%) больше суток обусловленная острым пиелонефритом. У отдельных пациентов в послеоперационном периоде наблюдалось выпадение нефростомического дренажа или неадекватное его функционирование, протекание мочи по свищевому ходу вокруг дренажей, что потребовало выполнение дополнительных вмешательств. В число осложнений мы включили резидуальные камни, которые мигрировали в ходе выполненного вмешательства и потребовали дополнительных манипуляций в послеоперационном периоде. Подобные осложнения у нас наблюдались в 23 случаях (3,4%). Анализ осложнений проведен согласно классификации по Clavien-Dindo. Осложнения I степени наблюдались в 48 случаях (7,1%), осложнения II степени в 63 случаях (9,4%), IIIa степень в 17 случаях (2,6%), IIIb степень в 10 случаях (1,4%), IVa степень в 1 случае (0,1%) и IVb степень так же в одном случае (0,1%) - сепсис. Осложнения V степени: летальный исход не наблюдались.
Заключение. Внедрение в клиническую практику классификации хирургических осложнений по Clavien-Dindo позволяет объективно оценивать степень тяжести послеоперационных осложнений. Однако, включение в данную систему интраоперационных осложнений, может привести к неправильной оценке результатов.

Интегрированнй подход в лечении мочекаменной болезни

Д. Ю. Волков, В. А. Андреев, С. В. Попова, Е. Н. Горбунова, И. Х. Геюшев, И. М. Астафьев

ГБУЗ НО «ГКБ № 30»
г. Нижний Новгород

Заболеваемость мочекаменной болезнью остается на высоком уровне. По данным различных авторов частота колеблется от 1000 до 1500 на 10000 тыс. населения. В последнее время отмечается увеличение впервые выявленных случаев заболевания. Рецидив мочекаменной болезни отмечается у 14 – 45 % больных. Использование комплексного подхода в диагностике, лечении и профилактики позволяет достичь хороших результатов.
На базе урологического отделения ГБУЗ НО «ГКБ № 30 г. Нижнего Новгорода» оказывается плановая и экстренная помощь больным с мочекаменной болезнью. Для диагностики используются ресурсы лаборатории, отделения лучевой и ультразвуковой диагностики. Если необходимы расширенные анализы, используются ресурсы внебольничных лабораторий. В результаты программы модернизации отделение оснащено – ригидным и фиброуретероскопом, контактными литотриптерами (ультразвуковой, пневматический), нефроскопом, передвижной рентгенустановкой, дистанционным литотриптером с двойным наведением, УЗИ аппарат для выполнения операций под ультразвуковым контролем. Выполняются открытые операции. В результате этого возможно оперативное лечение мочекаменной болезни любой локализации. После извлечения конкремента проводится анализ химической структуры конкремента. Дообследованние сопутствующей патологии, которая может служить причиной мочекаменной болезни. Назначается комплекс мероприятий по профилактике рецидивов. Больные наблюдаются на амбулаторном этапе врачом амбулаторного звена совместно со специалистами других специальностей (эндокринологи, нефрологи).
За 2013 - 2016 год пролечено 2178 больных с мочекаменной болезнью. Выполнено операций – 1856 операций. Летальность – 1 случай (ТЭЛА в раннем послеоперационном периоде). Осложнения и конверсии доступа встречались на этапе освоения методик - 25 случаев. По мере накопления опыта количество осложнений уменьшилось. На регулярном диспансерном учете состоит 1239

человек. Проводится комплексное обследование – клинико-лабораторное, УЗИ, лучевые методы диагностики. Это позволяет уменьшить количество рецидивов заболевания или выявить их на ранней стадии.
В результате комплексного интегрированного подхода проводиться обследование, лечение и динамическое наблюдение больных с мочекаменной болезнью не только на базе оснащенного отделения клиники, но и с использованием ресурсов других учреждений. Это позволяет оказывать квалифицированную, специализированную помощь и проводить метафилактику мочекаменной болезни.

К вопросу лечения гидронефроза.

А.Г. Гамзатов, К.М. Арбулиев,
Г.А. Газимагомедов, Н.М. Гусниев

ДГМУ, кафедра урологии
г. Махачкала

Гидронефроз часто встречающееся заболевание почек, которое может наблюдаться как у новорожденного, так и у пожилых людей. Причиной его, в основном, является нарушение уродинамики, оттока мочи из-за стеноза лоханочно- мочеточникового сегмента (ЛСМ) различного характера, что способствует дисплазии как элементов нефрона, так и чашечно- лоханочной системы (ЧЛС). Выраженность изменений в почке зависит от степени стеноза ЛМС и длительности этого состояния.
Причинами возникновения стеноза ЛМС и Гидронефроза являются, так аберрантный нижнеполярный сосуд почки, высокое отхождение мочеточника, изредка врожденный клапан в области ЛМС, перегиб и сужение прилоханочного отдела мочеточника и мочекаменная болезнь.
Важна своевременная диагностика и лечение его. Ведущее место в этом принадлежит физическим методам, таким как ультразвуковые в положении лежа и стоя, рентгенологические, особенно мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием почек.
В течении 15 лет (2002-2017) в Республиканском урологическом центре г. Махачкалы находились на лечении 172 больных гидронефрозом,
возрастом от 18 до 76 лет. Причиной заболевания у 68 было сужение ЛМС, в 56 случаях аберрантный нижнеполярный сосуд почки, высокое отхождение мочеточника - 21, врожденный клапан в области ЛМС - 2. Перегиб и сужение прилоханочного отдела мочеточника после перенесенных хирургических вмешательств – 14 и мочекаменная болезнь в 11 случаях.
Клинические проявления заключались в появлении болей на соответствующей стороне поясницы. Боли за редким исключением носят тупой, несильных характер. Более интенсивный характер они имеют, когда имеется начальная стадия болезни и причиной является камень почки. Характерны так же признаки воспалительного процесса – лейкоцитурия, изредка эритроцитурия, хотя они появляются чаще всего во второй, а то и в третьей стадиях процесса. Показаниями для хирургического лечения служили болевой синдром, значительное расширение ЧЛС, лейкоцитурия и артериальная гипертония.
Больным с камнями почек устанавливались мочеточниковые стенты и производились ДЛТ, другим (16) с выраженной соматической патологией органов грудной клетки также устанавливались стенты с заменой по мере необходимости. 16 пациентам с гидронефрозом в терминальной стадии произведено нефрэктомия. Остальным 129 больным произведены органосохраняющие операции – пластика ЛМС (124), уретеролиз (5) с внутренним стентированием мочеточника.
В основном мы пользовались методом Хайнес–Андерсена и в каждом отдельном случае исполнение его зависело от причины гидронефроза, то есть, если аберрантный сосуд, то накладывался антевазальный анастомоз.
Считаем обязательным резекцию ЛМС и измененного участка мочеточника (у некоторых больных до 4-6 см). В таких случаях приходится так же низвести и фиксировать почку во избежание натяжения анастомоза. У 4 больных с гидронефрозом на почве сужения значительного участка мочеточника с широкой лоханкой выполнена пластика по Кульп–де–Верду с хорошим результатом. Дренировали почку в начале шинирующим дренажем и нефростомой, а в последующем внутренним стентированием. Отдаленные результаты в течении 5 лет наблюдения хорошие у 102 пациентов, удовлетворительные – 19,4 больных нуждаются в периодическом стентировании мочеточника и 4 перенесли нефроктомию. Шовным материалом пластики ЛМС служил викрил 5.0.

Лапароскопическая пиелолитотомия в аномалийных почках

П.В. Глыбочко, Л.М. Рапопорт, М.Э. Еникеев,
Д.Г. Цариченко, Е.В. Шпоть, Д.О. Королев,
А.А. Воробьев

НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова
г. Москва

Актуальность. Неудовлетворенность результатами ДУВЛ, лимитированные (конкременты не более 15-20 мм) возможности ретроградной интраренальной хирургии (РИРХ), техническая сложность, повышенные рискисоздания доступа для ЧНЛТ в аномалийных почках обуславливают актуальность лапароскопической пиелолитотомии.
Цель исследования. Оценить возможности лапароскопический пиелолитотомии в аномалийных почках.
Материалы и методы. Проанализировано 8 лапароскопических пиелолитотомий, выполненных за последние несколько лет по поводу крупных,

множественных и коралловидных камней аномалийных почек. Возраст больныхот 32 до 62 лет (средний - 44±6 лет). Средняя плотность камней составила 980 (от 540 до 1483) единиц HU. В 6 (75%) наблюдениях камни локализовались в подковообразной почке, в одном (12,5%) – в пояснично дистопированной и в одном (12,5%) – в тазово дистопированной почках.

Результаты. Все лапароскопические операции протекали без конверсий. Интраоперационная кровопотеря не превышала 50-100 мл. Показатель «stonefree» составил 75 %. Резидуальные, клинически незначимые камни выявлены у двух (25%) больных после удаления коралловидных конкрементов в подковообразных почках. Результаты контрольных компьютерных томограмм свидетельствовали о восстановлении или существенном улучшении уродинамики верхних мочевых путей (ВМП).

Выводы. Лапароскопическая пиелолитотомия является методом выбора, а иногда и единственно возможным (тазовая дистопия почки) при удалении крупных, коралловидных камней аномалийных почек. Из недостатков лапароскопического доступа следует отметить возможность его использованиякак правило, исключительно при экстраренально расположенных лоханках и сравнительную сложность или невозможность повторных трансабдоминальных вмешательств при рецидивирующем нефролитиазе.

Роль лапароскопической пиелолитотомии в современной хирургии нефролитиаза

П.В. Глыбочко, Л.М. Рапопорт, М.Э. Еникеев, Д.Г. Цариченко, Е.В. Шпоть, Д.О. Королев, А.А. Воробьев.

НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова
г. Москва

Актуальность. Экстракорпоральные и эндоскопические методики в лечении нефролитиаза детально разработаны и высоко эффективны. Тем не менее, существуют ситуации, когда казалось бы, забытая уже пиелолитотомия, является менее травматичной, менее опасной и более эффективной.

Цель исследования. Определить показания, оценить безопасность и эффективность лапароскопической пиелолитотомии в современной хирургии нефролитиаза.

Материалы и методы. Проанализировано 16 лапароскопических пиелолитотомий, выполненных в клинике за последние несколько лет. Возраст больных составил от 39 до 72 лет (средний - 51±8 лет). Средняя плотность камней составила 1012 (от 160 до 1483) единиц HU. Показаниями к лапароскопическому доступу являлись:

1) крупные и коралловидные камни аномалийных почек (n=8); в 6-ти наблюдениях - подковообразная почка, в одном – пояснично дистопированная, в одном – тазоводистопированная.

2) "гигантские" монолитные камни крупных внепочечных лоханок (n=3).

3) множественные камни ЧЛС, суммарный объем которых (25-40 см.куб.) не позволял произвести чрескожное пособие в рекомендованные временные интервалы (n=2).

4) крупные, рецидивные (после ЧНЛТ) камни почек у больных с риском бактериотоксических осложнений чрескожной нефроскопии (n=3). Выбор был продиктован особенностью течения нефролитиаза: инфицированые камни, упорное течение пиелонефрита, стойкая бактериурия, гнойно-септические осложнения чрескожных вмешательств в анамнезе.

Результаты. Все лапароскопические операции протекали без конверсий. Интраоперационная кровопотеря не превышала 50-100 мл. Показатель «stone free» составил 87,5 %. Резидуальные, клинически незначимые камни выявлены у двух (12,5%) больных с коралловидными камнями подковообразных почек. Результаты контрольных МСКТ свидетельствовали о восстановлении или существенном улучшении уродинамики ВМП.

Выводы. Лапароскопическая пиелолитотомия является прекрасным дополнением современного арсенала хирургических методик при лечении больных нефролитиазом. Метод сопровождается высоким показателем «stone free» и низким процентом осложнений.

Интенсивность экскреции камнеобразующих веществ и метаболический тип мочевого камня

С.А. Голованов, Н.В. Анохин, А.В. Сивков, В.В. Дрожжева, М.Ю. Просянников

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ»
г. Москва

Актуальность. Мочевые камни - результат воздействия различных метаболических факторов в виде нарушенной экскрецией с мочой различных веществ и ионов. Однако, влияние метаболических факторов мочи на частоту формирования мочевых камней (МК) разного типа изучено недостаточно.

Цель исследования. Изучить связь интенсивности экскреции с мочой кальция, мочевой кислоты, фосфатов и магния с риском формирования МК определенного минерального состава.

Материалы и методы**.** Обследовали 437 больных с МК: 200 мужчин, 237 женщин. Провели сравнение групп с высокими (4-й квартиль) и низкими (1-й квартиль) значениями каждого изучаемого показателя экскреции.

Результаты. Экскреция кальция выше 6,6 мМоль/сут. повышает относительный риск формирования кальций-оксалатных (RR=1,76; p < 0,002), но не кальций-фосфатных МК (RR=1,04). Другие факторы, увеличивающие риск образования оксалатных МК: экскреция мочевой кислоты выше 4,2 мМоль/сут. (RR=1,35; p < 0,05), фосфатов - выше

33,6 мМоль/сут. (RR=1,53; p < 0,02) и магния - выше 5,1 мМоль/сут. (RR=1,81; p < 0,003).
Уратный литогенез более активно протекает при нормо- или гипокальциурии (менее 2,6 мМоль/сут.; RR=2,17; p < 0,02). Гиперурикурия (выше 4,2 мМоль/сут.) и гиперфосфатурия (выше 33,6 мМоль/сут.) не увеличивают риск формирования уратных МК.
Риск развития фосфатных МК из карбонатапатита повышается при низких значениях экскреции уратов (< 2,6 мМоль/сут.; RR=1,69; p < 0,02), фосфатов (< 18,3 мМоль/сут.; RR=1,85; p < 0,01), магния (< 2,65 мМоль/сут.; RR=2,04; p < 0,05) и не зависит от выраженности кальциурии. Повышенный риск образования струвитных МК наблюдали при низких значениях кальциурии (< 2,6 мМоль/сут.; RR=5,26; p < 0,01) и фосфатурии (< 18,3 мМоль/сут.; RR=4,0; p < 0,05).
Заключение. Полученные результаты могут быть использованы при выборе тактики противорецидивной терапии, основанной на анализе связей между интенсивностью экскреции кальция, мочевой кислоты, фосфатов, магния и риском формирования МК определенного химического состава.

Многоточечный анализ минерального состава коралловидных камней

С.А. Голованов [1], М.И. Андрюхин [2], А.М. Поликарпова [1], М.Ю. Просянников [1],
Д.С. Меринов [1], А.В. Сивков [1], А.В. Казаченко [1]

[1] НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ»
г. Москва

[2] РУДН
г. Москва

Введение. Общепринятые методики анализа минерального состава мочевых камней основаны на исследовании цельного камня, подвергнутого измельчению. По преобладающему минеральному компоненту камень относят к тому или иному метаболическому типу. В то же время, на разломах мочевых камней часто заметна их неоднородность, что предполагает существование различий в минеральном составе его различных зон.
Цель работы: сравнение минерального состава различных зон коралловидных камней для выяснения особенностей их роста и формирования.
Материалы и методы. Методом инфракрасной спектроскопии (ИК-Фурье спектрофотометр Nicolet iS10, Thermo Scientific, США) исследовали 120 коралловидных камней (КК). Каждый КК изучали в 4х зонах: наружный корковый и внутренний слои лоханочной и чашечной частей.
Результаты. В оксалатных КК выявили тенденцию накопления вевеллита в корковой зоне чашечной части, в отличие от внутренних зон. Накопление вевеллита в корковой зоне лоханочной части, по сравнению с внутренней частью этой же зоны, было менее выражено. В струвитных КК, наоборот, его накопление, преимущественно, наблюдали во внутреннем слое лоханочной части КК, по сравнению с его корой. Те же особенности были характерны и для КК из карбонатапатита. В уратных КК различий распределения минерального компонента в изучаемых зонах отмечено не было.
Выводы. Таким образом, минеральный анализ нескольких зон мочевого камня позволяет получить более точную информацию о его структуре и процессе формирования. Эти данные представляют научный и практический интерес, в том числе при метафилактике уролитиаза.

Факторы риска остеопороза при мочекаменной болезни

В.А. Григорян, В.И. Руденко, М.Э. Еникеев, Ж.Ш. Иноятов, Ю.Л. Демидко, И.Г. Краев, Л.С. Демидко

Клиника урологии, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет)
г. Москва

Введение. Рецидив мочекаменной болезни (МКБ) зависит от множества причин, одной из которых является состояние обмена кальция, поскольку это основной элемент, составляющий камень. Выявление остеопороза (ОП) и связанного с ним кальциевого обмена представляет интерес в отношении метафилактики, а, возможно, и профилактики МКБ.
Материалы и методы. С осени 2016 года мы исследовали факторы риска (ФР) остеопороза (наличие переломов, курение, диарея и др.) у 25 больных МКБ путем анкетирования. Возраст пациентов составил 47,4±15 лет. Мужчин было 17(68,0%), женщин – 8(32,0%). МКБ выявлена впервые у 15(60,0%), а повторно – у 10(40,0%) пациентов. Пациенты ответили на вопросы анкеты факторов риска ОП.
Результаты. У 12(48%) пациентов с МКБ были выявлены факторы риска ОП. Возраст пациентов с выявленными факторами риска ОП составил 54(17-85) года, с отсутствием факторов риска ОП – 45(28-67) лет (p=0,24). Отмечено увеличение количества факторов риска ОП с каждой декадой жизни (p=0,07). Статистически значимых различий между пациентами с впервые выявленной МКБ и рецидивом и наличием факторов риска ОП не выявлено (p=0,14).
Интерпретация результатов. У половины пациентов с МКБ выявлены факторы риска остеопороза. Возраст пациентов с выявленными факторами риска остеопороза был выше, чем у пациентов с отсутствием факторов риска. Также отмечено, с увеличением возраста увеличивается число факторов риска остеопороза.
Заключение. На основании уточнения факторов риска у пациентов с МКБ возможно уточнение показаний к диагностике остеопороза как одного из элементов кальциевого обмена. Таким образом,

возможна патогенетическая профилактика и метафилактика МКБ у пациентов с выявленным остеопорозом.

Перкутанное лечение коралловидного нефролитиаза

Б.Г. Гулиев, Е.О. Стецик, А.Ю. Заикин

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, кафедра урологии
г. Санкт-Петербург

Введение. Хирургическая тактика при коралловидных камнях (КК) почек до сих пор остается дискутабельной. В настоящее время еще остаются сторонники открытой нефролитотомии, внедряется лапароскопическая анатрофическая нефролитотомия при КК. Однако, несмотря на высокий риск инфекционных и геморрагических осложнений при данной патологии, перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛ) остается основным способом хирургического лечения больных с КК. Цель данной работы заключалась в оценке эффективности ПНЛ при коралловидном нефролитиазе.
Материалы и методы. С 1999 по 2017 годы в нашей клинике перкутанная нефроуретеролитотрипсия выполнена 1358 больным. У 371 (27,3%) из них были выявлены коралловидные камни. По классификации НИИ урологии К1 выявлен у 228 (61,4%), К2 – у 74 (20,0%), К3 – у 45 (12,1%) и К4 – у 24 (6,5%) пациентов. Первичные камни имели место в 296 (79,8%) случаях, рецидивные – в 75 (20,2%). Односторонний КК диагностирован у 345 (93,0%) больных, билатеральный – у 26 (7,0%). По степени нарушения функции почки большинство больных (71,7%) имели дефицит секреции от 25 до 50 %, остальные (28,3%) – от 50 до 70%. Диагностика КК основывалась на жалобах пациента, данных анамнеза и объективного статуса, результатах специальных методов исследования. Кроме ультразвукового и радиоизотопных исследований почек, экскреторной урографии больным с КК выполнялась спиральная компьютерная томография с 3D реконструкцией изображения. Вышеперечисленные методы позволяли определить размер и плотность камня, его стереометрическое расположение, изменения морфофункционального состояния почек и верхних мочевых путей, ангиоархитектонику почки. Кроме стандартных лабораторных методов исследования в предоперационном этапе выполняли нагрузочный тест Говарда и определяли уровень паратгормона.
Операцию выполняли в рентгеноперационной с помощью эндоурологического оборудования Karl Storz под ультразвуковым и рентгенологическим контролем. При коралловидных камнях К1 и К2 в полостную систему почки создавали один доступ. Из 302 больных пункцию осуществляли через нижнюю чашку в 91,4% случаях, а в остальных – через среднюю (8,6%). У больных с К3 и К4 для максимального удаления камня использовали два доступа, а у 10 пациентов потребовалось создание трех доступов. За один сеанс старались удалить большую часть камня, а затем по поводу резидуальных камней выполняли дистанционную литотрипсию. Только в 8 случаях ПНЛ выполняли в два этапа. После операции производилось дренирование полостной системы почки в течение 4 – 7 дней. До операции и спустя 6 – 12 месяцев после нее больным выполняли лабораторные исследования и динамическую сцинтиграфию.
Результаты. Обострение хронического пиелонефрита наблюдали у 46 (12,4%) больных. У 25 (6,7%) имело место кровотечение: в 21 случае оно было остановлено консервативным путем, а 4 пациентам произведена суперселективная эмболизация поврежденной артерии. В одном случае операция осложнилась повреждением плевральной полости и затеком промывной жидкости. Больному наряду с дренированием почки произведена пункция и дренирование плевральной полости. Случаев травмы толстой кишки и других паренхиматозных органов не было.
Перкутанная нефролитолапаксия в качестве монотерапии была эффективной у 265 (87,7%) из 302 больных с К1 и К2. При К3 и К4 только в 40 (58,0%) случаях из 69 удалось полностью удалить КК. Резидуальные камни имели место у 66 (17,8%) из 371 оперированного пациента. При этом у 10 из них они были локализованы во вторичных чашечках с узкой шейкой, поэтому ДЛТ не выполнялась. По данным динамической сцинтиграфии у всех пациентов отмечали нормализацию уродинамики верхних мочевых путей и улучшение функции почки.
Заключение. Таким образом, активная лечебная тактика при коралловидном нефролитиазе, широкое применение перкутанных методов удаления камней позволяют достичь хороших результатов у больных с КК. При К1 и К2 в большинстве случаев ПНЛ можно применять в качестве монотерапии, а при К3 и К4 в сочетании с дистанционной литотрипсией.

Подкапсульная гематома почки после контактной уретеролитотрипсии

Б.Г. Гулиев, Е.О. Стецик, А.Ю. Заикин

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, кафедра урологии
г. Санкт-Петербург

Введение. Почечные гематомы после контактной уретеролитотрипсии (КЛТ) с использованием гольмиевого лазера является редким осложнением. По данным литературы они встречаются в 0,3 – 0,8 % случаев после КЛТ.
Цель работы. Оценить частоту и причину развития почечных подкалсульных гематом после КЛТ у больным с камнями мочеточника различной локализации.
Материал и методы. С 2007 по 2016 годы в клинике урологии СЗГМУ имени Мечникова выполнено 1214 КЛТ с использованием 7,5 и 8,5 ШР ригидного

уретероскопа УРС. У пациентов с пост-КЛТ симптоматическими гематомами проведен анализ таких показателей, как возраст и пол больных, наличие в анамнезе операций по поводу камней и сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, гипертоническая болезнь), исходная функция почки, характеристика камней и степени гидронефроза. Также оценены предъявляемые в послеоперационном периоде симптомы, результаты лабораторных исследований, данные УЗИ и КТ почек.

Результаты. Пост УРС подкапсульная гематома была диагностирована у 4 из 1214 (0,3%) пациентов в возрасте от 36 до 65 лет. Преоперативное обследование показало, что все 4 пациента имели обструктивные камни верхней трети мочеточника с размерами от 0,8 до 1,2 см. Троим из них ранее выполнялись операции на верхних мочевых путях: у 2 – КЛТ, у одной больной 54 года на единственной левой почке дважды производилась перкутанная нефролитотрипсия. После КЛТ стент устанавливали во всех случаях. Все 4 пациента имели триаду симптомов: боль в боку, температура и достоверное снижение гемоглобина, потребовавшего гемотрансфузии. У трех больных гематома была диагностирована на 2-3 сутки, у одной пациентки через 2 недели после операции. Двум из них проводилась консервативная терапия, они выздоровели на фоне постельного режима и антибиотиков. В одном случае произведена пункция и дренирование гематомы под ультразвуковым контролем. У больной с единственной почкой в связи с нарастанием гематомы и явлений почечной недостаточности произведена лапароскопическая декапсуляция почки с дренированием гематомы. Гемотрансфузия проводилась двум больным. Выполненная в динамике КТ почек демонстрировала полную резолюцию гематомы у всех пациентов.

Заключение. Подкапсульная гематома почки является редким, но потенциально серьёзным осложнением КЛТ. Наличие боли в боку и лихорадка в послеоперационном периоде может свидетельствовать о подобном осложнении, что требует выполнения ультразвукового исследования почки. Лечение подкапсульной гематомы должно быть индивидуальным в зависимости от тяжести каждого клинического случая.

Прогнозирование инфекционных осложнений перкутанной нефролитотрипсии

Б.Г. Гулиев, Е.О. Стецик, А.Ю. Заикин

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, кафедра урологии
г. Санкт-Петербург

Введение. Перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛ) остается основным методом хирургического удаления крупных (>2.0 см), множественных и коралловидных камней почек. Для ПНЛ, несмотря на ее малоинвазивность, характерны такие осложнения, как кровотечение, обострение хронического пиелонефрита, травмы соседних органов и плевральной полости. Среди них наиболее частым является активизация инфекционного процесса, что связано с техническими особенностями ПНЛ (постоянное промывание полостной системы почки, повышение внутрилоханочного давления). Однако обострение хронического пиелонефрита наблюдается не у всех пациентов, которым выполняется ПНЛ.

Цель работы. Уточнение предоперационных критериев, позволяющих прогнозировать развитие инфекционных осложнений после ПНЛ.

Материалы и методы. В исследование включены 96 (7,1%) из 1358 больных, которым производилась ПНЛ в нашей клинике. Им выполнялся посев мочи из мочевого пузыря до операции и лоханки после пункции полостной системы почки, а также микробиологический анализ осколка удаленного камня. При отборе больных учитывали их возраст и пол, индекс массы тела, наличие в анамнезе эндоскопических или открытых операций на почке, степень гидронефроза, локализация камня и его размеры, количество выполненных перкутанных доступов и резидуальных конкрементов, интраоперационные осложнения (кровотечение, перфорация полостной системы почки, продолжительность операции, установка мочеточникового стента). В исследование не включали пациентов, которые исходно имели нефростому, предыдущие операции на верхних мочевых путях, камни или опухоли мочевого пузыря, хроническую почечную недостаточность, конкременты в контралатеральной почке и мочеточнике. Также были исключены больные с сахарным диабетом. Пациенты были распределены в две группы: I – без повышения температуры тела после ПНЛ; II – с высокой лихорадкой ($t^o > 38,0$). Анализировали связь изучаемых показателей с послеоперационным повышением температуры. Для сравнения количественных данных в исследуемых группах с нормальным распределением использовали критерий Стьюдента.

Результаты. Полученные результаты показали, что частота инфекционных осложнений после ПНЛ не зависела от пола больных и их возраста, размеров камней и индекса массы тела. Длительность ПНЛ в обеих группах была также практически одинаковой и статистически недостоверной (58,4 ± 28,6 мин – 1 группа, 62,4 ± 30,6 мин - II группа). Количество осложнений во второй группе было высоким (36,4% против 18,8%), однако эта разница была недостоверной. Посевы мочи из мочевого пузыря и лоханки, микробиологический анализ самого камня были позитивными у 24 (25,0%), 18 (18,7%) и 16 (16,7%) больных соответственно. Высокая лихорадка вследствие ПНЛ была у 11 (11,5%) из 96 больных. У больных с высокой лихорадкой только в 45,4% случаев в посеве мочи из мочевого пузыря отмечался рост микроорганизмов, а при позитивных анализах мочи из лоханки и самого камня температура повышалась у 63,6% больных. У больных с позитивными микробиологическими анализами лихорадка отсутствовала в 19 (22,4%), 11 (12,9%) и 9 (10,6%) случаев соответственно.

Заключение. Таким образом, при позитивных анализах мочи из лоханки и самого камня вероятность повышения температуры тела достоверно выше, чем при инфицированной моче из мочевого пузыря. Кроме того, результаты посевов мочи из лоханки и самого камня могут, применены для смены антибиотика в тех случаях, когда температура на фоне эмпирической противовоспалительной терапии сохраняется.

Осложнения перкутанной нефролитотомии: 10-летний опыт.

С.П. Даренков, Н.В. Зайцев, Д.В. Сачков, Т.А. Мударисов

ФГБУ «Клиническая больница»; Кафедра урологии ФГБУ ДПО«ЦГМА»УДПРФ
г. Москва

Введение. Перкутанная нефролитотомия (PNL) является методом выбора при крупных камнях почки, нижней группы чашечек и, когда доступность ДЛТ или RIRS ограничены.
Цель. Оценить эффективность и безопасность PNL на основании собственных результатов.
Материалы и методы. Проведен анализ и\б 1015чел, перенесших PNL в уролог.отд№2 «Клинической больницы» с 2007 по 2017г. Осложнения разделены по классиф. Clavien-Dindo. Осложнениями 1ст считали: (интенсивные боли; лихорадку; гематурию с тампонадой дренажа) длительностью>48ч; паранефральную гематому<50мл не требующую дренирования. 2ст: кровотечение требующее гемо-плазмотрансфузии. 3ст: перфорация лоханки; гидро-пневмоторакс; пункционный свищ >48ч; урогематома >50мл. 4ст-перфорация кишки; почечная недостаточность. 5ст-смерть.
Результаты. Оперировано 389муж и 625жен, ср. возраст 49,4 и 54,3, соотв. Stone free rate составил 96,8%(second look rate 5,5%). Осложнения 1ст получены у 321пациента (31,6% пролеченных). В общей стр-ре осложнений: интенсивные п\о боли- 18(4,1%); лихорадка-270(61%); выраженная гематурия-31(7%); паранефральная гематома-2(0,4%). Из осложнений 2ст отмечено 1(0,2%) кровотечение. Осложнения 3ст: перфорация лоханки 21(4,8%); не закрывшийся за 48ч пункционный свищ 87(19,9%); забрюшиная урогематома 4(0,9%). Среди осложнений 4ст получена: перфорация ободочной кишки 3(0,6%). На 1015 PNL ни одного случая смерти пациента (осл.5ст) не было.
Выводы. Основную группу отклонений от нормального течения п\о периода составляют осложнения 1ст (74,4% всех осл.), не представляющие прямой угрозы здоровью и требующие терапевтического подхода. Осложнения 3ст, являющиеся показанием к повторной операции, составляют 20,8% и успешно устраняются при помощи малоинвазивных методов. Жизнеугрожающие осложнения 4ст, требующие интенсивной терапии и активной хирургической тактики, встречаются лишь у 0,3% оперированных. Таким образом, PNL является высокоэффективным и безопасным методом лечения нефролитиаза.

Профилактика осложнений дистанционной дистанционной ударно-волновой литотрипсии

М.И. Давидов, А.М. Игошев, О.Е. Никонова

Урологическая клиника ПГМУ
г. Пермь

Цель работы. Профилактика осложнений дистанционной литотрипсии (ДЛТ) лекарственным препаратом канефрон Н.
Материалы и методы. В проспективное рандомизированное исследование включено 642 больных МКБ, которым выполнена ДЛТ на аппарате «Dornier Compact Delta II». В первой группе 320 больных за сутки до ДЛТ и в течение 90 суток после ДЛТ получали канефрон Н в дозе по 2 драже 3 раза в сутки. Во 2-й группе у 322 больных канефрон Н не назначался. По исходным показателям группы не различались между собой (p>0,05). Полная фрагментация камней достигнута у 93,17% больных 1-й группы и у 93,13% пациентов 2-й группы.
Результаты и обсуждение. В 1-й группе через 5 суток после ДЛТ полное освобождение почек и мочевых путей от фрагментов камней достигнуто у 81,9% больных (в контрольной группе у 65,2%), через 90 суток – у 93,1% больных (в контрольной у 78,3%). Разница между показателями в основной и контрольной группах достоверна (p< 0,05). Во 2-й группе после ДЛТ осложнения развивались чаще – у 17,1% больных, в том числе острый обструктивный пиелонефрит (у 1,2%) «каменная дорожка» в мочеточнике (у 2,2%) и почечная колика (у 13,7%). В результате осложнений средний койко-день удлинился и составил 9,8±0,8. При назначении канефрона Н в 1-й группе число осложнений было достоверно (p<0,05) ниже (1,2%), а койко-день составил всего лишь 6,0±0,5 суток. Кроме того, назначение канефрона Н способствовало более значительному повышению суточного диуреза, клубочковой фильтрации почек, уменьшению лейкоцитурии и бактериурии по сравнению с больными 2-й группы. Через 1 год после ДЛТ у больных 1-й группы в 2,3 раза было меньше случаев рецидива МКБ. Указанные эффекты снижения числа осложнений ДЛТ связываем с выраженным антимикробным, противовоспалительным, нефропротекторным, антиоксидантным, спазмолитическим и диуретическим действием канефрона Н.
Заключение. Канефрон Н статистически достоверно снижает число осложнений после ДЛТ, сокращает сроки лечения и уменьшает количество рецидивов МКБ.

Возможности компьютерной томографии в диагностике кровотечения после перкутанной нефролитотрипсии.

В.Н. Журавлев, И.В. Баженов, С.Г. Вахлов, В.О. Данилов, А.А. Макарян, С.Д. Чернышев, И.В. Кочмашев, В.Е. Шерстобитов.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет.
ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»
г. Екатеринбург

Введение. В настоящее время альтернативным методом лечения при крупных и коралловидных камнях почек является перкутанная нефролитотрипсия. Самым грозным осложнением данного метода лечения является кровотечение, в результате повреждения почечных сосудов при формировании доступа. Для определения тактики ведения больного необходим алгоритм диагностических мероприятий: УЗИ почек и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастным усилением.
Данные МСКТ позволяют: снизить лучевую нагрузку на пациента при суперселективной эмболизации почечных сосудов, с высокой вероятностью обнаружить источник кровотечения, может быть получена исчерпывающая информация о сосудистой анатомии зоны интереса, выбрать оптимальный доступ для предстоящей процедуры. С помощью этого метода с высокой вероятностью обнаруживается источник кровотечения, а также.
Материал и методы. В клинике урологии за 2011 – 2016г.г. 861 пациентам выполнена перкутанная нефролитотрипсия. У 29 (3,36%) больных операции осложнились кровотечениями.
Считается что наиболее информативным методом диагностики является мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением. Выполнение данной диагностической процедуры позволит выявить наличие гематомы и оценить её объем в околопочечном и забрюшинном пространстве. В 90% случаев нам удалось выявить кровотечение из поврежденного сосуда. У 15 (6,9%) пациентов выявлена подкапсульная гематома, у 10 (1,1%) пациентов гематома забрюшинного пространства, гемотампонада лоханки выявлена у 12 (1,4%) человек. Во всех случаях установлена сосудистая архитектоника сосудов, что позволило выставить показания для проведения суперселективной эмболизации поврежденных почечных сосудов. Отказ от выполнения МСКТ, возможен только у пациентов с нестабильной гемодинамикой или снижением функции почек.
Выводы. МСКТ при почечных кровотечениях является эффективным методом диагностики с целью определения тактики ведения больного и выбора метода остановки кровотечения, позволяющего избавить пациента от открытого оперативного лечения.

Воспалительные осложнения контактной уретеролитотрипсии

А.Ю. Зубков ,М.Э. Ситдыкова

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава РФ,кафедра урологии
г. Казань

Введение. Наиболее грозным и часто встречающимся осложнением контактной уретеролитотрипсии (КУЛТ) является пиелонефрит (до 12 %).
Цели и задачи. Повысить эффективность лечения мочекаменной болезни методом КУЛТ.Снизить количество интра- и послеоперационных осложнений.
Материал и методы. Контактная уретеролитотрипсия произведена у 746 больных в возрасте от 17 до 85 лет (368 мужчин,378 женщин). Для выполнения КУЛТ использовали ригидные уретероскопы 8,5 – 11 – 12 Ch фирм «STORZ», «ACMI», «WOLF»,а для дезинтеграции конкрементов применялась ультразвуковая, лазерная и пневматическая литотрипсия. Локализация конкрементов у 634 больных была в нижней трети мочеточника и у 112- в средней трети.
Результаты. Обострение ХП после КУЛТ в послеоперационном периоде наблюдалось у 65 (9,6 %) больных, причём наибольшее количество у пациентов подвергнутых лазерной литотрипсии – 49 (12,6 %), меньшее -17 (2,6 %) после ультразвуковой КУЛТ и отсутствовало после пневматической литотрипсии.Воспалительных осложнений можно избежать или значительно снизить риск их возникновения с помощью проведения ряда профилактических мероприятий:антибактериальной дооперационной профилактики с целью создания бактерицидных концентраций препаратов в организме до момента их возможной контаминации с учётом чувствительности возбудителя, стимуляции диуреза во время операции и в послеоперационном периоде на фоне адекватной инфузионной терапии, сокращения длительности оперативного вмешательства, адекватного интраоперационного оттока ирригационной жидкости и дренирования верхних и нижних мочевых путей в послеоперационном периоде, а также эффективной антибактериальной терапии под контролем клинических анализов и антибиотикограммы в послеоперационном периоде.
Выводы. Таким образом, соблюдение выше указанных профилактических и лечебных мероприятий позволяет значительно снизить количество воспалительных осложнений, уменьшить срок пребывания пациента в стационаре и стоимость лечения, быстрее восстановить трудоспособность и повысить успех КУЛТ камней мочевыводящей системы до 98 %.

Анализ осложнений после перкутанных нефролитотрипсий.

В.Ю. Иванов[2] , В.А. Малхасян[1], И.В. Семенякин[1], Р.Ю. Андреев[1]

[1] Кафедра урологии, Московского Государственного Медико-Стоматологического Универсиетета им. А.И. Евдокимова.
г. Москва

[2] Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Городская клиническая больница им. С.И. Спасокукоцкого
г. Москва

Введение. Чрезкожная нефролитотомия в настоящее время рассматривается, как безопасный и высокоэффективный метод удаления камней почек и верхней трети мочеточника, позволяющий с большей вероятностью удалить конкремент за одну операцию по сравнению с другими малоинвазивными методами лечения мочекаменной болезни. Хотя частота осложнении перкутанной нефролитотрипсии значительно ниже по сравнению с «открытой» операцией, осложнения все-же случаются. В данной работе проводится оценка частоты и типа осложнений при ЧНЛТ, выполненных в нашей клинике обращая особое внимание на такие тяжелые осложнения, как сепсис, кровотечение, повреждение близлежащих к почке органов.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный обзор медицинской документации пациентов, перенеших в нашей клинике перекутанных нефролитотрипсий. С 2013 г по май 2016 г. в урологической клинике МГМСУ выполнено 379 операций.

Все операции были выполнены в положении пациента на животе под спинномозговой анестезией. Доступ осуществлялся под сочетанным ультразвуковым и и рентгенологическим наведением. Перкутанные операции выполнялись по стандартной методике с использованием нефроскопов №18 FrCh и 26 FrCh. Средний размер конкремента составлял 2,4 см. (1,5-4,8) Оценка избавления пациента от конкремента производилась на следующие сутки рентгенологически и по данным ультразвукового исследования.

Результаты. Состояния свободного от камней после одной операции удалось достичь в 319 (84,2%) случаях. Осложнения были отмечены у 71 (18,7%) пациентов.

Острый пиелонефрит в п/о периоде развился у 43 (11,4%) пациентов.

Сепсис развился у 5-ти пациентов (1,3%). 9-ти пациентам с воспалительными осложнениями устанавливался внутренний мочеточниковый стент, остальные были пролечены консервативно.

Общее количество тяжелых кровотечение в раннем п/о периоде отмечено у 22 (6%). Из них 18 (4,7%) было пролечено консервативно, трансфузией компонентов крови, в том числе препаратами факторов свертывания,

Четверым (1 %) пациентам в связи с интенсивным, не поддающимся консервативной терапии кровотечением была выполнена люмботомия, ревизия заброшенного пространства. Двоим было выполнено ушивание дефекта паренхимы почки, двоим нефрэктомия. У одной пациентки после нефрэктомии в последующем развилась ТЭЛА, вследствие чего наступила смерть больной.

У одной пациентки на 5-е сутки после операции из-за нагноения паранефральной гематомы была выполнена люмботомия, ревизия забрюшинного пространства, дренирование гематомы.

У одной пациентки на шестые сутки послеоперационного периода было отмечено выделение кала по нефростомическому дренажу. По данным КТ диагностировано повреждение нисходящей кишки. Пациентке была выполнена лапаротомия, ревизия и дренирование брюшной полости и заброшенного пространства слева, нефрэктомия слева выведена двуствольная колостома. Через 3 мес. выполнена лапароскопическое закрытие колостомы.

Общее количество пациентов, которым потребовалось лечение в послеоперационном периоде в условиях реанимационного отделения составило 15 (3,95%).

Согласно классификации Clavien осложнения II степени были отмечены у 46 (12,1%) пациентов, осложнения группы IIIb у 9 (2,4%), IV степени у 15 (3,95%) пациентов, V степени у одного (0,26%).

Выводы. Перкутанная нефролитотрипсия является безопасным методом лечения мочекаменной болезни с относительно частыми, но не тяжелыми осложнениями, которые не требуют повторных интервенций или лечения в отделении интенсивной терапии. Несмотря на совершенствование технологии выполнения этих операций, ЧНЛТ может приводить к серьезным, жизнеугрожающим осложнениям. Хирург, выполняющий перкутанные операции должен быть осведомлён о этих осложнениях, методах их лечения и предотвращения. Стандартизация выполнения чрезкожных операций на верхних мочевых путях и перкутанного доступа может свести вероятность осложнений к минимуму.

Малоинвазивные методы лечения инкрустированных мочеточниковых стентов.

В.Ю. Иванов[2] , В.А. Малхасян[1], И.В. Семенякин[1], Р.Ю. Андреев[1]

[1] Кафедра урологии, Московского Государственного Медико-Стоматологического Универсиетета им. А.И. Евдокимова.
г. Москва

[2] Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Городская клиническая больница им. С.И. Спасокукоцкого
г. Москва

Введение. Мочеточниковые стенты в настоящее

время широко используются в урологической практике. Они применяются при выполнении оперативных вмешательствах на мочеточнике, устранении обструкции мочеточника, вызванной как внутренними, так и внешними причинами такими как мочеточников конкременты, стриктуры, опухоли ретроперитонеальный фиброз и т.д., они так же устанавливаются при ятрогенных повреждениях и перед масштабными абдоминальными операциями для индентификации и защиты мочеточника. Из-за широкого распространения уретрального стентирования возрастает количество осложнений, связанных с мочеточниковыми стентами - инкрустация, фрагментация стента, рецидивирующая мочевая инфекция.

Удаление инкрустированных стендов является сложной проблемой и связано с высоким риском осложнений в то же время дальнейшее оставление такого стента сопряжено с высокой морбидностью и летальностью, вследствие нарастающей обструкции верхних мочевых путей и мочевой инфекции.

Для удаления инкрустированных мочеточников стентов применяют дистанционную ударноволновую литотрпсию, уретероскопию, перкутанный доступ, цистолитотрипсию по отдельности и в комбинации, а так же «открытые» операции.

В нашем исследовании мы представляем наш опыт лечения инкрустированных стентов.

Материалы и методы. В урологической клинике МГМСУ с 2013 по 2016 было пролечено 31 пациентов с инкрустированными стентами. 29 женщин и два мужчины. У двух пациентов поводом для стентирования являлась пластика лоханочно-мочеточникового сегмента, у одной внешняя обструкция опухолью малого таза и одной пациентки пластика дистального отдела мочеточника по Боари, остальным пациентам пациентам стентирование было выполнено после уретероскопии. Большинству пациентам (26) стент был установлен в другой клинике. Время от момента установки стена до обращения в клинику составляло от 2-х месяцев до 1,5 лет. 19 пациентам, перенесшим стентирование в пределах 4-х мес. до обращения в клинику выполнялась ультразвуковое и рентгенологическое исследование мочевых путей. У 6 пациентов из этой группы, несмотря на проведенное обследование, инкрустация была выявлена при попытке удаления стента, 12-ти пациентам с длительностью нахождения стента более 5 месяцев выполнялась компьютерная томография. У 5-ти пациентов инкрустация стента развилась в течении двух - трех месяцев после установки стента. У троих пациентов, не вошедших в данное исследование, с длительностью нахождения стента более 9-ти мес. по данным КТ не было выявлено каких-либо признаков инкрустации и стенты были удалены без технических сложностей. Тактика лечения определялась исходя из локализации и степени инкрустации стента.

Результаты. У 10-и пациентов была выявлена инкрустация дистальной, внутрипузырной части стена, им была выполнена цистолитотрипсия. У 9-ти пациентов диагностирована инкрустация проксимальной, внутрипочечной части стента, с размером конкремента до 1,5 см, этим пациентам была выполнена ДУВЛ, у 2-х пациентов из них фрагментация достигнута после 1-го сеанса, у 4-х после второго сеанса, оставшемся 3-м была выполнена уретероскопия, контактная литотрипсия. Трем пациентам с наличием инкрустации в мочеточниковой части была выполнена уретероскопия, контактная уретеролитотрипсия.

Методика уретероскопии при инкрустированном стене заключалась в проведении полужесткого уретроскопа 7,5 Ch параллельно стенту до места инкрустации в виде удерживающей «муфты», где выполнялась пневматическая литотрипсия. Недостатком применения уретероскопии является частая необходимость повторной установки стена из-за наличия крупных фрагментов или повреждений слизистой мочеточника (в нашем исследовании 4-м из 5-ти).

Двум пациентам с инкрустацией внутрипочечной части с размером конкремента более 1,5 см. выполнена перкутанная нефролитотрипсия. Из 5-х пациентов с инкрустацией как дистальной, так и проксимальной части стента: двоим было выполнена цистолитотрипсия и перекутанная нефролитотрипсия, у одной пациентки одномоментная у другой из-за больших размеров конкрементов была разнесена на два этапа. Двум другим пациенткам из этой группы выполнялась выполнялась цистолитотрипсия в сочетании с ДУВЛ. Одной пациентке с выраженной инкрустацией всего стена выполнялось сочетание цистолитотрипсии, уретероскопии и перекутанной нефролитотрипсии, выполненной в два этапа: не первом - цистолитотрипсия, на втором уретероскопия и перкутанная нефролитотрипсия в положении на спине.

Одной пациентке с опухолевой обструкцией мочеточника удаление стена не выполнялась в виду неблагоприятного прогноза по основному заболеванию.

Выводы. Инкрустация стентов зачастую приводит к жизнеугрожающим осложнениям и является сложной задачей для хирурга. Перед любой попыткой удаления стента необходимо проведение обследования для исключения инкрустации. Локализация и степень инкрустации определяет выбор хирургической тактики. Комбинация различных эндоурологических процедур и ДУВЛ позволяет удалить инкрустированный стент с минимальной морбидностью.

Тщательное отслеживание пациентов, с установленными мочеточниковыми стентами, позволит уменьшить количество данных осложнений.

Диагностика, лечение и комбинированная метафилактика у больных с мочекаменной болезнью

С.Н. Калинина, О.О. Бурлака, С.А. Маджидов, М.С. Александров, А.Л. Павлов, П.С. Выдрин

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, кафедра урологии г. Санкт-Петербург

Введение. Мочекаменная болезнь (МКБ) - одно из самых распространенных урологических заболеваний, занимающих одно из первых мест по частоте обращаемости в лечебно-диагностические учреждения. В основе развития МКБ лежат нарушение обменных процессов в организме. В мире ежегодный прирост МКБ составляет 4%, до 70% эта пациенты молодого и трудоспособного возраста 40-50 лет. Заболеваемость МКБ чаще встречается у мужчин, чем у женщин. Общей проблемой всех типов конкрементов является прогрессирующее и рецидивирующее камнеобразование. Актуальной проблемой больных с МКБ остается своевременная ее диагностика и определение оптимальной тактики лечения таких больных. Отмечено резкое снижение выполнения открытых оперативных вмешательств у больных МКБ с появлением малоинвазивных методов, включая ДУВЛ, как в России так и за рубежом. Для выбора оптимальной тактики лечения пациентов, условий эффективной литотрипсии и метафилактики на самой ранней стадии заболевания является предоперационное прогнозирование химической структуры конкремента.

Цель работы. Улучшить диагностику, лечение и метафилактику больных мочекаменной болезнью.

Материалы и методы. За период с 2015 по 2017гг. обследовано 320 пациентов с МКБ в возрасте от 21 до 80 лет (средний возраст составил 50,5 лет), среди них были 225 мужчин и 95 женщин. У 50% больных выявлялись камни почек, у остальных 50% -камни мочеточника. Продолжительность заболевания составляла от 6 месяцев до 1-3 и более лет. Диагностический алгоритм обследования помимо общепринятых лабораторных методов включал: УЗИ почек, обзорную и экскреторную урографию. Для выбора оптимальной тактики лечения пациентов, условий эффективной литотрипсии или эндоскопических методов, а также проведения метафилактики на самой ранней стадии заболевания, мы применяли предоперационное прогнозирование химической структуры конкремента, применяя с 2015 года мультиспиральную двухэнергетическую компьютерную спиральную томографию (МСДКСТ) с автоматическим определением характеристик конкремента. До лечения уровень мочевой кислоты у 20% больных находился на верхней границы нормы, у 5% больных с двухсторонним уролитиазом уровень паратгормона был незначительно повышен. Показатели мочевины, креатинина у всех больных находились в пределах нормы. В бакпосевах мочи у 5% больных обнаруживали протейную инфекцию, у 10%-клебсиеллу, 20% - кишечную палочку, у остальных 65 % больных микрофлора не определялась. Из исследования исключены больные с онкологическими заболеваниями, принимающие противосвертывающие препараты, беременные.

Результаты и обсуждение. В 1 группу вошли 182 (56,9 %) пациента, которым выполнялась МСДКСТ и у 20% больных обнаружили ураты, в 50% -оксалаты, у остальных 30% - смешанные камни. Больным этой группы выполняли: перкутанную или мини перкутанную нефролитотрипсию или нефролитолапоксию (ПНЛ), контактную лазерную уретеролитотрипсию (КЛУЛТ) или в сочетании с уретеролитоэкстракцией и они получали комбинированную литолитическую терапию препаратом Блемарен в сочетании с роватинексом (2 капс.3 раза в сутки) и канефроном (2 капс. 3 раза в сутки, так как конкременты были высокой плотности. Преимущества МСДКСТ состоит в низкой лучевой нагрузке на пациента, более точном определении размера, плотности, состава и локализации конкремента, высоком качестве изображения. Во 2 группе 138 (43,1 %) больным не выполнялась МСДКСТ, только КСТ с определением плотности камня. У 50% пациентов этой группы конкременты были низкой или средней плотности и они получали только роватинекс (2 капс.3 раза в сутки). Этим больным выполняли ДУВЛ на трех установках: «Урат-П» или «Dornier Doli» или «Dornier Gemini» или в сочетании КЛУЛТ или ПНЛ. После лечения МКБ всеми вышеперечисленными методами нами получен положительный клинический эффект у 95% пациентов 1 группы после комбинированной литокинетической терапии и у 88% больных 2 группы.

Заключение. Таким образом, применение до лечения мультиспиральной двухэнергетической компьютерной спиральной томографии (МСДКСТ) с автоматическим определением характеристик конкремента определяет дальнейшую тактику лечения больных с МКБ, особенно с высокой плотностью конкремента, а комбинированная литокинетическая терапия снижает риск рецидивного камнеобразования. Цитратная терапия Блемареном в сочетании с Роватинексом и Канефроном позволяет быстро, эффективно выполнить коррекцию pH мочи, увеличить суточный диурез, особенно у больных без нарушения пассажа мочи из верхних мочевых путей. Комбинированную терапию можно сочетать с диетотерапией и водным питьевым режимом.

Эффективность комбинации ДЛТ с силодозином при камнях проксимального отдела мочеточника.

М.И. Коган, И.И. Белоусов, Акеф Яссине Мааруф

Кафедра урологии РостГМУ г. Ростов-на-Дону

Введение. Дистанционная литотрипсия (ДЛТ) яв-

ляется стандартизованной лечебной опцией при камнях проксимального отдела мочеточника. В тоже время поиск повышения эффективности метода продолжается.

Материалы и методы. 94 пациентам в возрасте 36 [28; 45] с проксимальным уретеролитиазом выполнена ДЛТ. В 1-й группе (n-46) в последующем проводили наблюдение, во 2-й группе (n-48) назначали Силодозин 8 мг в день сразу после первого сеанса ДЛТ. В зависимости от размеров камней группы разделены на подгруппы: 1А и 2А – камни ≤ 10 мм; 1Б и 2Б – камни > 10 мм.

Результаты. Размер камней для 1А, 1Б, 2А и 2Б подгрупп составил 8,5 [8,0; 9,8], 16,0 [13,0; 20,5], 9,0 [9,0; 9,5], 14,0 [11,0; 16,0] мм соответственно (p>0,05). Плотность камня для 1А, 1Б, 2А и 2Б подгрупп составила 856 [681; 1033], 1180 [951; 1329], 738 [560; 980], 1008 [669; 1129], ЕД. HU (p<0,05). Гидронефроз в 1А, 1Б, 2А и 2Б подгруппах имели 77,3%; 83,3%; 76,0% и 86,9% пациентов соответственно. Длительность лечения в 1А, 1Б, 2А и 2Б подгруппах составила 27 [15,8; 30], 33 [25; 36], 10 [8;18], 17 [13; 21] дней соответственно (p<0,05). Все пациенты освобождены от камней.

Кол-во сеансов ДЛТ в подгруппах составило 2 [2; 2], 3[2; 3], 1 [1; 2], 2 [1; 2] для подгрупп 1А, 1Б, 2А и 2Б соответственно (p>0,05). При этом общее время ДЛТ достоверно различалось: 100 [88; 107], 145 [107; 152], 65 [58; 109] и 86 [55; 115] мин. для подгрупп 1А, 1Б, 2А и 2Б соответственно (p<0,05).

Выводы. ДЛТ является эффективной опцией для проксимального уретеролитиаза вне зависимости от размеров конкрементов. Сочетанное использование альфа-адреноблокатора на фоне ДЛТ приводит к достоверному снижению длительности периода лечения более чем на 50% как при малых, так и больших камнях мочеточника и значимо повышает эффективность ДЛТ.

Сравнение стадартной чрескожной и миниперкутанной нефролитолапаксии

Ф.Г. Колпациниди, А.Г. Мартов, П.С. Кызласов, А.А. Кажера, А.И. Боков, А.Н. Абдулхамидов

ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России , кафедра урологии и андрологии
г. Москва

Мочекаменная болезнь, занимает одно из ведущих мест в структуре урологических заболеваний. Внедрение в широкую практику методов перкутанной литотрипсии привели к значительному сокращению числа открытых оперативных вмешательств. Вместе с тем, наблюдается тенденция к миниаютиаризации используемого инструментария, позволяющая сократить длительность операции и послеоперационного периода, уменьшить количество интра- и послеоперационных осложнений.

Цель. Сравнить продолжительность стационарного лечения при выполнении чрескожной нефролитолапаксии стандартным инструментарием в сравнении с миниперкутанными вмешательствами.

Материалы и методы. В исследование включены 154 пациента, которым в 2014–2016 годах в ФМБЦ им. А.И.Бурназяна были выполнены в течение одной госпитализации операции чрескожной нефролитолапаксии. Оперативному лечению подвергались пациенты с камнями в почках от 20 до 42 мм. Дезинтеграция камней проводилась ультразвуковым литотриптором KARL STORZ Calcuson и лазером LUMENIS VersaPulse PowerSuite 100. Размеры, расположение и плотность камня оценивались по результатам компьютерной томографии. Всем больным проводилось послеоперационное дренирование полостной системы почек. В результате оперативного вмешательства достигнут “stoun free».

Результаты. Общая продолжительность оперативного вмешательства лечения составляла от 45 до 110 минут, и корригировала с размерами камня и не зависела от метода доступа.

Различия наблюдались в длительности послеоперационного периода, составившего 4 дня у больных после стандартной нефролитолапаксии, и 2 дня после миниперкутаного вмешательства. Сокращение длительности послеоперационного периода было обусловлено меньшей выраженностью геморрагии и более ранним удалением дренажа.

Заключение. Длительность операции чрескожной нефролитолапаксии зависит от размеров камня и анатомических особенностей пациента. Продолжительность послеоперационного периода лечения пациентов после чрескожной нефролитолапаксии достоверно ниже при использовании миниперкутанной техники.

Выбор положения пациента на операционном столе для проведения ретроперитонеоскопической операции.

А.И. Корнев, А.А. Борискин

ФГБОУ ВО РНИМУ
г. Москва

ГБУЗ ГВВ № 2 ДЗ
г. Москва

На основании прямых измерений при полипозиционной компьютерной томографии выявлены благоприятные условия для проведения эндоскопических манипуляций, которые складываются в зоне интереса уже в положении больного на боку без валика. При этом увеличивается объём забрюшинного пространства, происходит разворот почки латеральным краем к месту введения троакаров и почка ближе всего смещается к задней подмышечной линии. В положении пациента на боку без валика уменьшается угол, образованный продольной осью почек и вертикальной осью тела во фронтальной плоскости, т.е. нижний полюс приближается к позвоночнику, что создаёт

условия, при которых становится досягаем верхний полюс органа. В положении больного на боку с валиком условия ухудшаются (забрюшинное пространство несколько уменьшается, наименьшее расстояние от почки до подмышечных линий несколько сокращается). Однако, расстояние от гребня подвздошной кости до рёберной дуги увеличивается, что позволяет установить троакары. Таким образом, при проведении ретроперитонеоскопических операций можно рекомендовать уменьшить размеры подрёберного валика после установки троакаров. Это увеличит глубину расположения почки, широту операционного действия и площадь доступности органа при проведении манипуляции. Использование валика в поясничной области необходимо для правильной установки троакаров.
Особенности расположения почки и мочеточника в зависимости от положения пациента на операционном столе дали возможность внести коррективы в технику проведения ретроперитонеоскопических вмешательств, что позволило улучшить условия и уменьшить время проведения операций.

Мочекаменная болезнь: оценка случаев госпитализации и эволюция подходов к лечению на примере трех отделений урологии г. Москвы в период 2012-2016.

С.В. Котов [1,2], С.В. Беломытцев [1,4], И.Э. Мамаев [3], Д.Н. Суренков [4]

[1] Кафедра урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова
г. Москва;

[2] ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова,
г. Москва;

[3] ГКБ №12 им. В.М. Буянова
г. Москва;

[4] ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана
г. Москва.

Введение. Мочекаменная болезнь (МКБ) является одной из основных причин госпитализации в урологический стационар. Вероятность самостоятельного отхождения конкремента часто порождает двойственность в подходах к лечению данной категории больных.
Цель. Сравнить характеристики группы пациентов с МКБ и применяемые методы лечения в зависимости от типа стационара и временного интервала
Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы 16151 случай госпитализации пациентов по поводу МКБ в период с 2012 по 2016 год в урологические отделения 3 городских больниц: одно отделение, оказывающего плановую урологическую помощь (ГКБ№1 им.Н.И. Пирогова) и два отделения, ориентированных на прием урологических больных по каналу скорой медицинской помощи (ГКБ№12 им. В.М. Буянова, ГКБ№29 им.Н.Э.Баумана).
Результаты. Доля МКБ в структуре всех госпитализации в три стационара составила 35,6%.Пациенты были разделены на 2 группы по локализации камней: в мочеточнике - 11892 пациента и камни почки - 4259 пациентов. Консервативное лечение проведено 8080 пациентам, контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ) - 2557, чрескожная пункционная нефролитотомия (ЧПНЛ) - 1401, дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) - 4113 человек.
Доля пациентов с МКБ в плановом отделении составила 29% госпитализаций (камни мочеточника - 42,4%, камни почки - 57,6%), а для отделения экстренной урологии – 39% (камни мочеточника - 87%, камни почки - 17%). Оперативная активность (с учетом ДУВЛ) планового отделения - 96%, в отделениях экстренной урологической помощи - 35,8%. Прослеживается уменьшение количества ДУВЛ и рост числа КУЛТ и ЧПНЛ. В 2012г. в плановом отделении КУЛТ выполнены 41% пациентов с камнями мочеточника, а в 2016г. - 56,5%; в отделениях экстренной урологической помощи - 14,6% и 26,7% соответственно. ЧПНЛ выполнена в 2012 году 40,7% пациентов с камнями почек в плановом и 15,5% в экстренных отделениях, а к 2016г. показатели составили 53,6% и 34,5% соответственно. Отмечено снижение койко-дня с 9,2 в 2012г. до 5,6 в 2016г.
Выводы. МКБ остается частой патологией, приводящей к госпитализации в урологические отделения. Различия в структуре нозологической группы среди плановых и экстренных отделений легко объяснить различными каналами госпитализации больных. Развитие и широкое применение эндоскопических малоинвазивных методов лечения делает оправданным более «агрессивный» подход к лечению пациентов с МКБ, позволяя в краткие сроки и с меньшей морбидностью избавить пациента от камня, а также добиться снижения койко-дня и увеличения показателя оборота койки.

Автоматизированная система поддержки принятия решений по прогнозированию, диагностике, профилактике и лечению мочекаменной болезни

А.Г. Коцарь., И.М. Холименко., М.Г. Шумакова

Введение. Интеграция искусственного интеллекта в медицинскую деятельность позволяет врачу использовать для поддержки принятия решений программное обеспечение. Такими программами являются экспертные системы, помогающие проанализировать все собранные о пациенте данные для их обоснованной интерпретации, решая проблему избыточности информации, трудностей ее связного анализа и учета взаимных влияний. Особенно актуально применение данных систем при работе с полиэтиологическими, полисимптомными нозологиями, где необходима нечеткая логика формирования вывода.

Цель работы. Доказать эффективность автоматизированных систем поддержки принятия решений в диагностике и профилактике мочекаменной болезни.
Материалы и методы. Частным примером подобных заболеваний является мочекаменная болезнь (МКБ), поражающая от 0,5 до 20% населения регионов. Для повышения качества оказания медицинской помощи больным уролитиазом разработана автоматизированная система поддержки принятия решений врача-уролога. Поскольку структура данных носит неполный и нечеткий характер, а классы пересекаются, в качестве основного математического аппарата выбрана нечеткая логика принятия решений. Использован метод синтеза нечетких решающих правил, с использованием подходов, разработанных школой Л.Заде, оперирующего с функциями принадлежностей к исследуемым классам состояний ω_1 и подхода Е. Шортлиффа, оперирующего понятиями коэффициентов уверенности в отнесении объектов к классу ω_1 . По результатам сравнения коэффициентов уверенности с пороговыми значениями производится дефазификация вывода и согласно лечебно-профилактическим алгоритмам формируются персонифицированные профилактические и лечебные рекомендации.
Результаты исследования. Проверка результатов сравнения полученных решающих правил на контрольных выборках пациентов с известными исходами наблюдения показывает хорошее совпадение автоматизированного и врачебного оценивания: Диагностическая эффективность - 0,94-0,98.
Выводы. Применение предложенной автоматизированной системы позволяет при низких временных и экономических затратах разрабатывать эффективную индивидуальную программу лечения, профилактики и метафилактики мочекаменной болезни.

Перкутанная нефролитолапаксия как метод лечения крупных и коралловидных камней единственной или единственно-функционирующей почки.

Е.В. Кочерова [1], А.А. Кочеров [2], О.В. Золотухин [1], М.В. Лозинский [1]., О.В. Фирсов [1]

[1] БУЗ ВО ВОКБ № 1
г. Воронеж

[2] НУЗ ДКБ на ст. Воронеж-I ОАО «РЖД»
г. Воронеж

Введение. Оперативное лечение пациентов с крупными и коралловидными камнями анатомически или функционально единственной почки представляет собой сложную проблему. Это обусловлено тем, что дальнейшее ухудшение функции единственной почки или потеря органа в результате оперативного лечения неминуемо приведут к необходимости постоянного проведения диализа или выполнения трансплантации почки.
Материалы и методы. Перкутанная нефролитолапаксия выполнена 10 больным с коралловидным камнем единственной почки среднего возраста 54±2,3 года. В 8 случаях путем использования одного операционного доступа, 2 случаях – множественного доступа.
Результаты. За одну процедуру полного избавления почки от конкрементов удалось добиться в 70,0% случаев. При этом потребность в гемотрансфузии из-за кровотечения возникла только в 1 наблюдении. 20,0% пациентов дополнительно применялась дистанционная литотрипсия либо трансуретральная контактная уретеролитотрипсия. Среднее время оперативного вмешательства составило 70,4±12,5 минут (45–150 минут). Удаление нефростомических дренажей выполнялось на 3 сутки у 80,0% пациентов. Выписка из стационара осуществлена на 7 сутки в 100% случаев. Обострение воспалительного процесса не зарегистрировано ни в одном из случаев. Оценка динамики функции почки на основе классификации ХПН показала стабильное состояние у 6 (60,0%) пациентов, улучшение –3 (30,0%) и ухудшение – 1 (10,0%) по сравнению с дооперационным статусом. Таким образом, перкутанная нефролитотрипсия сохраняет роль «золотого стандарта» в лечении крупных и коралловидных камней единственной почки, обеспечивая у этой категории больных высокую клиническую эффективность в сочетании с приемлемым уровнем риска развития осложнений.

Лапароскопическая пиелолитотомия при коралловидном нефролитиазе. Мультицентровое исследование.

А.Д. Кочкин [1], Э.А. Галлямов [2], В.Л. Медведев [3], Р.Г.Биктимиров [4], А.Г. Мартов [4], А.В. Кнутов [1], Ф.А. Севрюков [1], Д.В. Семёнычев [1], А.Б. Новиков [5], А.Е. Санжаров [6], В.П. Сергеев [4]

[1] «ДКБ на ст. Нижний Новгород ОАО «РЖД»
г. Нижний Новгород

[2] кафедра факультетской хирургии №1 ФГБОУ ВО МГМСУ им. Евдокимова
г. Москва

[3] кафедра урологии ФГБОУ ВО КубГМУ
г. Краснодар

[4] кафедра урологии и андрологии ИППО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России
г. Москва

[5] Многопрофильный медицинский центр Банка России
г. Москва

[6] ФГБУ ФНКЦ ФМБА России
г. Москва.

Цель. Настоящая работа посвящена анализу

эффективности и безопасности лапароскопической пиелолитотомии (ЛП) в хирургии коралловидного нефролитиаза. Материалы и методы. Проведён мультицентровой ретроспективный анализ результатов ЛП, предпринятых с I 2004 по XII 2016 г. г. Критерии включения: пациенты с коралловидными конкрементами К3-К4, подвергнутые лапароскопической пиелолитотомии в качестве альтернативы ПНЛ. Оценивали частоту развития и структуру интра- и послеоперационных осложнений, причины конверсий доступа, а так же продолжительность операции и стационарного лечения больных; степень элиминации камней. Результаты. Критериям включения соответствовали 137 пациентов, из них 78 (56,93%) мужчин. Летальности и конверсий доступа не было. Интраоперационные осложнения возникли дважды (1,46%). Продолжительность вмешательства составила 130 [100;150] минут при объёме кровопотери 150 [100; 200] мл; необходимости в гемотрансфузии не возникло ни разу. Совокупный показатель послеоперационных осложнений достиг 5,11%. Степень элиминации камней - 86,13%. Медиана послеоперационного стационарного пребывания больных - 7 [7; 11] дней.

Обсуждение. Мочекаменная болезнь остаётся самым распространённым заболеванием в урологии. Безусловным стандартом лечения крупных камней почки остаётся перкутанная нефролитотрипсия. Однако её низкая эффективность при плотном коралловидном литиазе не позволяет полностью отказаться от традиционных вмешательств. Проведённое исследование продемонстрировало эффективность и безопасность лапароскопической пиелолитотомии при коралловидном нефролитиазе. Заключение. При наличии плотного коралла, чашечные отроги которого соответствуют диаметру их шеек, расположенного в большой «внепочечной» лоханке, лапароскопическая пиелолитотомия является альтернативой не только «открытому», но и перкутанному вмешательству.

Частота послеоперационных кровотечений после перкутанной хирургии нефролитиаза

В.Ф. Куликовский [1,2], С.В. Шкодкин [1,2],
Ю.Б. Идашкин [1], А.А. Невский [2]

[1] ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
г. Белгород

[2] «НИУ БелГУ»
г. Белгород

Геморрагические осложнения занимают лидирующие позиции среди проблем, возникающих во время и после перкутанных вмешательств.

Цель. Оценить влияние размера конкремента на развитие геморрагических осложнений после перкутанной нефролитотомии (ПНЛТ).

Материал и методы. Нами за 2010 – 2016 годы выполнено 146 ПНЛТ, из которых 81 пациент (55,5%, основная группа) оперирован по поводу коралловидного нефролитиаза. В обеих группах использовали стандартные доступ 30 Ch и дезинтеграцию конкрементов литотриптером Swiss lithoclast® master. Гемостаз осуществляли тампонированием канала баллоном катетера Фоли 24 Ch. Необходимость тампонирования нефростомического хода больше суток с или без трансфузии свежезамороженной плазмы для обеспечения гемостаза после ПНЛТ расценивали как послеоперационное кровотечение.

Результаты. Размер конкремента не повлиял на выраженность послеоперационных геморрагических осложнений и необходимость трансфузии свежезамороженной плазмы в послеоперационном периоде. Трансфузия плазмы потребовалась 6 (7,4%) пациентам основной и 4 (6,2%) контрольной групп (p>0,05). Еще 7 (8,6%) пациентам основной группы потребовалось тампонирование нефростомического хода более суток в связи с кровотечением по нефростоме, т.е. в общей сложности 2 степень осложнений по Clavien-Dindo составила 16%. Такое же число пациентов с продленным тампонированием увеличило встречаемость послеоперационных кровотечений в контроле до 16,9%, что не имело достоверных различий с основной группой наблюдения (p>0,05).

Таким образом, размер конкремента не выступал фактором риска развития геморрагических осложнений в послеоперационном периоде.

Факторы риска геморрагических осложнений после перкутанной хирургии нефролитиаза

В.Ф. Куликовский [1,2], С.В. Шкодкин [1,2],
Ю.Б. Идашкин [1], А.А. Невский [2]

[1] ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
г. Белгород

[2] «НИУ БелГУ»
г. Белгород

Формирование перкутанного доступа сопряжено с вероятностью почечного кровотечения, что требует выявления факторов риска и разработки мер его профилактики.

Материал и методы. Нами выполнено 146 перкутанных нефролитотомий (ПНЛТ), из которых 81 пациент (55,5%, основная группа) оперирован по поводу коралловидного нефролитиаза. В обеих группах использовали стандартные доступ, дезинтеграцию конкрементов и методику гемостаза. Необходимость тампонирования нефростомического хода больше суток с или без трансфузии свежезамороженной плазмы расценивали как геморрагическое осложнение (ГО).

Результаты. 4,9% пациентов основной группы и 4,6% контрольной за 2 недели перед операцией были переведены с непрямых антикоагулянтов на нефракционированные прямые, необходимость более длительного тампонирования нефростомического канала потребовалась лишь одному

пациенту из группы контроля (p>0,05). Прием дезагрегантов достоверно не повышал вероятность ГО. Так, среди 42% пациентов основной группы, находящихся на этой терапии, ГО отмечены у 4,9% от всей группы, что составило 30,8% от числа ГО и 11,8% от получающих дезагреганты (p>0,05). В контрольной группе число пациентом с данным видом антитромботической профилактики составило 43,1%, ГО отмечены у 6,2% от всей группы, 36,4% от пациентов с осложнениями и 14,3% от получающих дезагреганты (p>0,05).
76,9% пациентов основной группы с ГО имели трудно корригируемую артериальную гипертензию. Склонность к гипертензии у пациентов этой группы без ГО отмечена в 10,3% (p<0,05). Аналогичные показатели контрольной группы наблюдения составили 72,7% с ГО и 7,4% без них соответственно (p<0,05).
Этапные вмешательства у 12,3% пациентов основной и 21,5% контрольной групп не сопровождались ГО (p<0,05).
Заключение: послеоперационные ГО превалировали у пациентов с артериальной гипертензией и не встречались у больных со сформированным более двух недель нефростомическим ходом, антикоагулянтная и дезагрегантная терапия в не увеличила числа ГО.

Перспектива использования биологических маркеров при различных видах дробления конкрементов мочевой системы

М.М. Кутлуев [1], К.С. Мочалов [2], Р.Р. Фархутдинов [2]

[1] Клинический госпиталь Уфа «Мать и Дитя», отделение хирургии
г. Уфа
[2] Башкирский Государственный Медицинский Университет, Центральная Научно-Исследовательская Лаборатория
г. Уфа

Целью явилось изучение возможности использования биологических маркеров для определения оптимальных сроков повторного дробления конкрементов мочевой системы.
Материалы и методы. Проведено проспективное рандомизированное когортное одноцентровое исследование, включившее в себя 100 пациентов, рандомизированных на 4 группы. В I гр. (n = 46) пациентам проводили контактную литотрипсию (КЛТ), во II гр. (n = 20) — ДУВЛ, в III гр. — (n = 18) — ПНЛ, в IV гр. (n = 16) — комбинированную литотрипсию. Дополнительно всем пациентам до оперативного лечения и на 1, 7, 14, 20 сутки после проводили железоиндуцированную хемилюминесценцию (ЖИХЛ) мочи с целью определения уровня активных форм кислорода (АФК) и оценивали содержание молекул средней массы (МСМ) мочи.
Результаты. Статистически значимаяотрицательная корреляция (r = –0,479, p< 0,05) времени операции и диаметра конкремента выявлена только в I группе.
Следующим этапом была проведена оценка процессов свободнорадикального окисления (СРО) посредством определения АФК в моче. Показатели свечения мочи условно «здоровых» пациентов были следующие: максимальная светимость (МС) 16,09 ± 7,5, светосумма (СС) 33,5±11,7. В I гр. показатели СС до опер., на 1,7,14,20 с. были: 20,77±1,78, 12,6±61,42, 18,54±2,23, 22,27±2,76, 24,80±5,21; во II гр.: 21,67±2,76, 17,67±2,08, 24,14±3,54, 42,81±23,59, 29,63±3,61; в III гр.: 23,92±3,15, 9,32 ±2,05, 8,90±2,38, 13,04±1,98, 12,87±5,42; в IV гр.:20,32±5,57, 12,82±3,41, 22,55±3,15, 18,31±2,61, 21,20±5,9 соответственно. Показатели МС в I гр. до опер., на 1,7,14,20 с. были: 9,66±0,93, 5,77±0,58, 8,96±1,41, 9,68±1,18, 10,18±2,06; во II гр.: 11,53±1,82, 8,84±1,41, 12,33±2,02, 19,19±6,94, 16,23±1,86, в III гр.: 9,92±1,75, 5,74±1,8, 4,72±1,65, 3,71±0,73, 4,67±2,5; в IV гр.: 13,02±2,58, 6,43±1,47, 13,12±3,50, 10,77±1,83, 10,46±3,89. Динамика содержания МСМ в моче была статистически не значимой.
Заключение. Уровень АФК в моче является перспективным критерием оценки степени альтерации мочевой системы и определения сроков проведения повторных литотрипсий. Уровень АФК в моче после КЛТ, ДУВЛ и комбинации ДУВЛ и КЛТ приближается к исходным показателям на 7-е сутки, а после ПНЛ — на 14-е.

Перкутанная нефролитотрипсия при коралловидном нефролитиазе

В.В. Ларин, О.И. Путилин

Липецкая областная клиническая больница
г. Липецк

Всего за период 2012-2016 гг. в урологическом отделении Липецкой областной клинической больницы проведено 492 перкутанных нефролитотрипсии, из них 259 операции (ПНЛТ) при коралловидном нефролитиазе (КН).

Перкутанные нефролитотрипсии при КН.

	2012	2013	2014	2015	2016	Всего
Количество операций при КН	25	52	55	62	65	259
Операции при рецидивном КН	3	7	8	16	14	48
Повторный осмотр «second-look nephroscopy»	1	6	4	2	-	13

Гендерный состав пациентов – 41,4% мужчин, 58,6% женщин. Возрастной состав – от 21 до 80 лет. Односторонний коралловидный камень был диагностирован у 248 (95,8%) и двухсторонний у 11 (4,2%). Рецидивный нефролитиаз имел место в 42 (16,2%) случаях. Камень выполнял лоханку и одну группу чашечек – 171(66%), лоханку и две группы чашечек – 59 (23%), все чашечки и лоханку – 29 (11%) случаев.
Хронический пиелонефрит в латентной фазе со-

провождал коралловидный нефролитиаз в 100% случаев.
В связи с совершенствованием оперативной техники эндоурологов мы отказались от проведения «Second-look nephroscopy». При наличии отдельно стоящих конкрементов в чашечках или в/з мочеточника формировался второй пункционный доступ меньшего калибра для удаления этих камней.
В результате значительно возросло количество случаев оперативного лечения коралловидного нефролитиаза К2 – К3 и проведение его в качестве монотерапии.
Основным осложнением наблюдавшимся при проведении ПНЛТ, являлось кровотечение из области шейки чашечки, возникающее при проведении пункционного доступа к полостной системе почки или в ходе нефроскопии. Кровотечение наблюдалось у 58 пациентов (22,4%). Во всех случаях данное осложнение не потребовало открытого оперативного вмешательства и было купировано проведением гемостатической терапии. В 29 случаях понадобилось переливание свежезамороженной плазмы крови. Надо отметить, что с совершенствованием оперативной техники и тенденцией к уменьшению калибра пункционного доступа данное осложнение встречается значительно реже.
Продолжительность операций составила 1 ч 15 мин + 34 мин.
Средний койко – день после операций ПНЛТ при КН в 2016 году составил 8,2.
Заключение: Проведение перкутанной нефролитотрипсии при коралловидном нефролитиазе является эффективной альтернативой открытым оперативным вмешательствам. Особую ценность данный метод оперативного лечения имеет при рецидивном коралловидном нефролитиазе.

Результаты контактной уретеролитотрипсии при конкрементах мочеточника различной локализации.

И.Э. Мамаев, А.А. Кравец, Е.А.Пронкин,
К.И. Глинин, Ш.Б. Ягудин, А.В. Макарченко,
М.А. Шоайдаров, К.К. Ахмедов

ГБУЗ «ГКБ имени В.М. Буянова ДЗМ
г. Москва

Цель исследования. Оценить эффективность, время дренирования верхних мочевых путей и наличие осложнений после выполнения контактной уретеролитотрипсии (КУЛТ), в зависимости от положения конкремента.
Материалы и методы. В исследование включены данные 201 пациента, перенесшего КУЛТ с января 2016 по апрель 2017 года. В зависимости от локализации конкрементов, пациенты были разделены на две группы. В первую вошли больные с камнями проксимального отдела (в/3 и ср/3) мочеточника - 39 (19,4%), во вторую - с конкрементами в дистальном отделе (н/3) мочеточника - 162 (80,6%). Размеры конкрементов от 4 до 23 мм. КУЛТ во всех случаях проводили по стандартной методике с использованием ригидного уретероскопа 12Шр. и гольмиевого лазера. Результаты оценивались по трем параметрам: отсутствие резидуальных фрагментов конкремента, послеоперационные осложнения (1 и более по шкале Clavien), необходимость длительного (более 1 суток) дренирования почки после операции.
Результаты. В первой группе резидуальные конкременты имелись у 2 (5,3%) пациентов, у 2 (5,3%) больных отмечены послеоперационные осложнения и 3 пациентам (8,1%) выполнена установка внутреннего мочеточникового стента более, чем на сутки. Во второй группе резидуальные камни после операции имелись у 2 (1,2%) пациентов, при этом у 8 (4,9 %) больных отмечены осложнения, а длительное дренирование почки потребовалось 12 (7,5%) пациентам.
Выводы. Отмечаются различия клинической эффективности метода в зависимости от локализации камня в виде большей доли резидуальных конкрементов после операции на проксимальном отделе мочеточника. Показатели послеоперационных осложнений и длительности дренирования в группах практически не отличаются.

Первый опыт лазерной тулиевой уретеролитотрипсии.

А.Г. Мартов, М.А. Гусейнов, А.С. Андронов

ГКБ имени Д.Д. Плетнева
г. Москва

Введение. Контактная уретеролитотрипсия является безопасным и эффективным методом лечения камней мочеточника. Для разрушения конкремента могут использоваться различные виды энергий, в том числе лазерная. В настоящее время в мировой урологической практике «золотым» стандартом разрушения камней является лазерная гольмиевая литотрипсия. Однако с 2013 года для литотрипсии используются и тулиевые лазеры.
Целью нашей работы стала оценка клинической эффективности тулиевой лазерной уретеролитотрипсии с использванием отечественного тулиевого лазера «Уролаз» (НТО «ИРЭ-Полюс», Россия).
Материалы и методы. Для удаления симптоматических камней мочеточника, размером от 0,7 до 1,5 см, у 10 больных (6 женщин и 4 мужчин, в возрасте от 28 до 62 лет) была выполнена контактная уретеролитотрипсия с использованием тулиевого лазера. Все пациенты проходили стандартное предоперационное обследование, которое включало выполнение нативного МСКТ с определением плотности конкремента по Хаунсфилду (Х). Плотность конкрементов варьировала от 650 до 1400 единиц Х., у 7 пациентов конкремент был локализован в нижней трети мочеточника, у 3 - в средней трети. Для операции применялись ригидные уретеропиелоскопы, диаметром 8 Fr, и тулиевый лазер с гибким волокном, диаметром 200 и 400

мкм, а также различные экстракторы, диаметром 1,7-2,4 Fr. Проведена оценка скорости фрагментации конкрементов при воздействии лазерного излучения при различных его режимах. Для выполнения уретеролитотрипсии применялись режимы «фрагментация» и «распыление» Использовались следующие параметры 0,5 Дж/5Вт; 0,7Дж/10 Вт; 1,0Дж/10Вт; 1,5Дж/15Вт. Также проведена оценка ретропульсии при воздействии тулиевого лазерного излучения на фрагменты конкремента, свободно лежащего в просвете мочеточника.

Результаты. У всех 10 (100%) пациентов конкременты мочеточников были успешно фрагментированы и удалены, среднее время операции составило 26,9±8,7 мин. Среднее время фрагментации конкремента составило 12±7 мин. Эффект ретропульсии был минимальным, не затруднял выполнения операции. У 3 пациентов операция закончилась установкой внутреннего стента (из-за изменений слизистой мочеточника, вызванных длительным стоянием камня на месте), остальным устанавливались мочеточниковые катетеры, которые удалялись на следующие сутки. Послеоперационные осложнения не отмечались ни у одного пациента. Послеоперационный койко-день составил в среднем 1,4±1,2 сут. Состояние, свободное от камней («stone-free rate»), по данным контрольного МСКТ на 2-12 сутки после операции было достигнуто у всех 10 (100%) пациентов.

Выводы. Тулиевая лазерная уретеролитрипсия является эффективным методом удаления симптоматических конкрементов мочеточника и может стать альтернативой гольмий лазерной уретеролитотрипсии . Применение тулиевого лазера для выполнения уретеролитотрипсии позволяет с высокой эффективностью разрушать камни мочеточника как в режиме «фрагментации», так и в режиме «распыления». Для оценки и сравнения клинической эффективности тулиевой уретеролитотрипсии необходимо проведение дальнейших исследований.

Особенности оперативного лечения камней почки, располагающихся в нижней чашечке

А.Г. Мартов, А.С. Андронов, С.В. Дутов,
Д.В. Ергаков, Р.А. Тахаев, З.И. Кильчуков,
С.А. Москаленко

ГКБ имени Д.Д. Плетнева
г. Москва

Введение. Выбор метода лечения камней чашечек нижнего сегмента почки является одним из актуальных вопросов современной урологии, что обусловлено вариабельностью клинической картины, отсутствием четких показаний к выполнению того или иного способа оперативного лечения, а также сложностью послеоперационного контроля проведенного оперативного вмешательства. Целью настоящего исследования явилось ретроспективное и проспективное изучение клинической эффективности и безопасности 3 современных малоинвазивных методов лечения мочекаменной болезни: перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ), трансуретральной нефлолитотрипсии (ТНЛ) а также дистанционной литотрипсии (ДЛТ) у пациентов с наличием одиночных камней чашечки нижнего сегмента, размером от 10 до 15 мм.

Материалы и методы. В исследование включено 136 пациентов с симптоматическими камнями нижних чашечек, которые с ноября 2010 года по настоящее время были подвергнуты оперативному лечению путем ДЛТ, ПНЛ и ТНЛ. Критериями включения в исследование были: наличие одиночного камня нижней чашечки почки, размеры камня от 10 мм до 15 мм, выполнение классической (стандартной) ПНЛ в положении на животе (размер пункционного доступа 28-30 Fr), проведение контрольного обследования спустя 3 месяца после операции. 46 пациентам была выполнена дистанционная каликолитотрипсия, 49 больным - ПНЛ, у 41 пациента произведена трансуретральная каликолитотрипсия. Средний возраст пациентов в 1 группе составил 43 года, во 2 группе – 51 год, в 3 группе – 50 лет. У 25% общего количества больных оперированная почка была предварительно дренирована внутренним стентом либо пункционной нефростомой. Послеоперационный контроль производился через 3 месяца и включал при оценке эффективности удаления рентгенопозитивных камней выполнение цифрового обзорного рентгеновского снимка и ультразвукового исследования, при рентгенонегативных камнях - неконтрастную КТ и ультразвуковое исследование. В качестве критерия эффективности выполненного оперативного вмешательства использовался показатель SFR (stone free rate - «частота отсутствия камней»), где за верхний предел возможного наличия фрагментов принимался их размер, равный 3 мм. Дополнительно исследовалась частота выполнения повторных вмешательств, наличие осложнений, а также субъективная оценка пациентами удовлетворенности своим лечением с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ: 0-10).

Результаты. Анализ эффективности трех альтернативных методов лечения камней чашечки нижнего сегмента, размером 10-15 мм, у группы больных, которым все три метода были применимы, показал, что ПНЛ ненамного эффективнее ТНЛ (SFR соответственно 95,9% и 85,4%), но оба метода достоверно эффективнее ДЛТ (SFR 69,5%). В группе больных, подвергнутых ТНЛ 29,3% пациентов потребовалось выполнение повторных вмешательств (ТНЛ или ДЛТ). В группе больных, перенесших ДЛТ, в 45,6% случаев понадобилось выполнение повторных сеансов дробления. Выполнение ПНЛ позволяло всех пациентов избавить от камня за один этап. Среди послеоперационных осложнений воспалительные превалировали в группе пациентов, перенесших ТНЛ (26,8%). Кровотечение, потребовавшее гемотрансфузии, было зафиксировано только после ПНЛ (14,3%). Обструктивные осложнения были зафиксированы во всех исследуемых группах. При этом внутреннее стентирование чаще всего выполнялось по-

сле ДЛТ (10,9%), нефростомия – после ТНЛ (7,3%). Статистически достоверно более высокое качество жизни по данным ВАШ было отмечено при проведении ДЛТ (7,9) и ПНЛ (7,0) по сравнению с ТНЛ (4,8).
Заключение. Все три современных метода лечения камней чашечек нижнего сегмента почки, размером от 10 до 15 мм (ПНЛ, ТНЛ и ДЛТ), достаточно эффективны. Их отдельное или совместное использование позволяет безопасно избавить от камней большинство пациентов.

Анализ осложнений перкутанных вмешательств по классификации Клавьен-Дидо у пациентов с коралловидными камнями почек К3-К4

Д.С. Меринов, В.А. Епишов, А.В. Артемов, Л.Д. Арустамов, Ш.Ш. Гурбанов

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» г. Москва

Актуальность. «Золотым стандартом» лечения пациентов с полными коралловидными камнями почек является перкутанная нефролитотомия (ПНЛ). Эффективность метода (55-98%) зависит от многих факторов, в том числе, от числа создаваемых доступов.
Цель работы. Анализ частоты осложнений ПНЛ у пациентов с коралловидными камнями почек К3-К4.
Материал и методы. В 2010 - 2015 гг. выполнено 938 ПНЛ больным с коралловидными камнями почек К3-К4: 487 (51,8%) операций проведены из моно-доступа (группа I), а 451 (48,2%) - по методике мульти-ПНЛ (группа II).
Результаты. Медиана размера камня составила 58 (42; 78) мм. ПНЛ из 2х доступов выполнена 371 (39,6%) пациенту, из 3х - 64 (6,9%), из 4х - 14 (1,5%) и из 5и доступов – 2 (0,4%). У 78% (352 из 451) больных в качестве дополнительного доступа использовали набор для мини-перкутанной хирургии с тубусами 14,5 Ch и 15,5 Ch. Эффективность моно- ПНЛ составила 53,6%, мульти-ПНЛ - 83,8%. Средняя продолжительность операции: 74,2±29,9 мин. при выполнении одного доступа; 85,7±26,9 мин. - при 2х; 116,6±28,7 мин. - при 3х; 144,0±12,2 мин. - при 4х и 177,7±15,3 мин. - при 5и доступах. Медиана койко-дня для ПНЛ из одного доступа составила 6,6 (5,4; 8,7) сут., а при мульти-ПНЛ - 10,2 (8,6;12,3) сут. Осложнения в интра- и раннем послеоперационном периоде отмечены у 99 (20,3%) больных группы I и у 115 (25,5%) – группы II. Осложнения по Клавьен-Дидо наблюдали у пациентов из группы моно- и мульти-ПНЛ, соответственно: I степени - у 36 (7,4%) и 38 (8,4%); II степени – у 99 (20,3%) и 115 (25,5%); IIIa степени – у 18 (3,7%) и 14 (3,1%); IIIb степени - у 7 (1,4%) и 8 (1,8%). Осложнения IV и V степеней - не зарегистрированы.
Выводы. Мульти-ПНЛ является высокоэффективным методом лечения больных со сложными формами нефролитиаза.

Осложнения перкутанной нефролитотомии, в зависимости от индекса массы тела, у пациентов с крупными и коралловидными камнями почек

Д.С.Меринов, Л.Д.Арустамов, А.В.Артемов, Ш.Ш.Гурбанов, В.А.Епишов

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина - филиал ФГБУ «НМИРЦ» г. Москва

Актуальность. Перкутанная нефролитотомия (ПНЛ) занимает ведущую позицию в лечении пациентов с крупными и коралловидными камнями почек с эффективностью около 70%.
Цель исследования. Сравнение результатов ПНЛ у пациентов, стратифицированных по индексу массы тела (ИМТ).
Материалы и методы. В исследование включено 217 больных. В зависимости от ИМТ пациенты были разделены на 5 групп: I гр. (n=13) - с ИМТ менее 20 кг/м^2, медиана размера камня 51 (32-70) мм.; II гр. (n=42) - с ИМТ 20-24,9 кг/м^2 и медианой размера камня 33,5 (24-50) мм.; III гр. (n=70) - с ИМТ 25-29,9 кг/м^2 и медианой размера камня 41,4 (30-50) мм.; IV гр. (n=53) - с ИМТ 30-34,9 кг/м^2 и медианой размера камня 45 (34-60) мм.; V гр. (n=39) - с ИМТ более 35 кг/м^2 с медианой размера камня 42 (30-57) мм. По размеру камня группы сопоставимы (p=0,049).
Результаты. Средняя продолжительность операции составила 86,2 ± 28,9 минут (по группам соответственно: 94,2±29,9 мин, 75,7±26,9 мин, 86,6±28,7 мин, 91,0±32,2 мин, 87,7±24,3 мин, p=0,085). Средняя длина перкутанного тракта по группам составила 75,8±5,0 мм, 87,2±6,4 мм, 107,7±5,7 мм, 113,3±7,2 мм и 124,4±6,3 мм соответственно, p<0,0001. Интраоперационные кровотечения отмечены у 28 (12,9%) пациентов общей когорты (по группам: 10,3%, 14,3%, 7,1%, 15,1%, 38,5% соответственно, p=0,04). Осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечены у 56 (25,8%) больных общей группы (по группам: 18,5%, 15,4%, 18,6%, 32,1% и 35,7% соответственно, p=0,07). Осложнения со стороны органов грудной клетки отмечена у двух (0,92%) больных (по 1 пациенту из II и IV гр.). Экстренная ревизия почки выполнена 7 (3,2%) пациентам (3 пациента из II гр. (7,1%), 2 пациента из III гр. (2,8%), 2 пациента из IV гр. (3,8%)), из них нефрэктомия была выполнена 3 (1,4%) больным (по одному из указанных групп). Показатель полного удаления камня по группам составил 69,2%, 71,4%, 64,3%, 54,7%, 66,7% соответственно (p=0,56). Средняя длительность послеоперационного периода в общей группе составила 8,2 (6,3; 9,5) койко-дня.
Заключение. ПНЛ у пациентов с избыточной массой тела и морбидным ожирением является высокоэффективным методом лечения крупных и коралловидных камней почек. Наибольшее количество осложнений наблюдается у пациентов с морбидным ожирением.

Первый опыт применения симультанной бипортальной перкутанной нефролитотрипсии при полных коралловидных камнях (К3-4)

Д.С. Меринов, Ш.Ш. Гурбанов, А.В. Артемов, Л.Д. Арустамов, В.А. Епишов

НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А.Лопаткина - филиал ФГБУ «НМИРЦ» г. Москва

Введение. Эффективность перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ) при полных коралловидных камнях из монодоступа, несмотря на существенный прогресс в техническом обеспечении вмешательства, остается на уровне 50-60%. В нашей клинике был разработан и внедрен новый способ достижения максимального клинического результата у данной группы пациентов, заключающийся в одновременном удалении камня из двух перкутанных доступов.

Материалы и методы. В исследование вошли 42 пациента с коралловидными камнями, занимающими всю чашечно-лоханочную систему, им ПНЛ выполнили из двух перкутанных доступов двумя хирургами одновременно. В 24 случаях доступ был стандартным с диаметром наружных тубусов нефроскопа 26+24 Ch и контактной ультразвуковой литотрипсией; у 18 пациентов в качестве второго доступа применили миниПНЛ 15 Ch с использованием гольмиевого литотриптера. Оценивали эффективность, длительность вмешательства, время рентгеноскопии, частоту осложнений.

Результаты. В группе стандартной бипортальной ПНЛ эффективность составила 86,6%, средняя длительность операции – 58 мин., а среднее время рентгеноскопии – 109,1 сек., тогда как в группе со вторым минидоступом – 85,7%, 61 мин. и 108,5 сек., соответственно.

Клинически значимое кровотечение по группам зарегистрировано в 26,6% и 23,8% случаев, а атака пиелонефрита после операции – у 20% и 19%, соответственно. Средний послеоперационный койко-день также достоверно не различался: 7,8 и 7,6 дней.

Сравнение полученных данных с ранее набранными группами пациентов с аналогичными камнями и последовательным выполнением доступов, показало статистически значимые отличия по уровню эффективности (85,7-86,6% против 76,3% при $p<0,05$), при такой же частоте осложнений.

Выводы. Первый опыт проведения симультанных бипортальных ПНЛ показал высокую клиническую эффективность метода при полных коралловидных камнях почек, без увеличения уровня критических осложнений, что делает целесообразным его внедрение в экспертных центрах по лечению МКБ.

Роль гемостатического матрикса при бездренажной методике выполнения перкутанной нефролитотрипсии

Д.С. Меринов, Ш.Ш. Гурбанов, А.В. Артемов, Л.Д. Арустамов, В.А. Епишов

НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина - филиал ФГБУ «НМИРЦ» г. Москва

Цель. Оценка эффективности и безопасности применения гемостатического матрикса у пациентов после перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ) по бездренажной методике.

Материалы и методы. Исследовали результаты лечения 82 пациентов с крупными камнями почек, которым в течение последних 8 лет на базе нашей клиники была выполнена «бездренажная» ПНЛ. Наружное дренирование не выполняли в случае отсутствия кровотечения во время операции, стерильного посева мочи, длительности вмешательства не более 75 минут, полного удаления камня. Внутреннее дренирование осуществляли в течение 1-2 суток наружным стентом.

Больным основной группы в конце операции вводили гемостатический матрикс на основе леофилизированного тромбина 2000 МЕ в перкутанный тракт(n= 43 чел.) Контрольную группу составили 39 пациентов. Результаты лечения оценивали по следующим критериям: кровопотеря, интенсивность подтекания мочи из перкутанного доступа и степень экстравазации в паранефральную клетчатку по данным УЗИ.

Результаты. По уровню снижения гемоглобина после выполнения ПНЛ между группами больных (7,8 г/л в основной против 8,3 г/л в контрольной группах) не было отмечено статистически достоверной разницы ($p=0,23$). По объему, длительности экстравазации мочи и/или крови в паранефральное пространство, по степени промокания повязки (более 1-ной повязки в день - 18,6%, против 20,5%($p>0,05$)) отмечали более благоприятную тенденцию в «бездренажной» группе. Значимого кровотечения из перкутанного доступа, требующего дополнительных манипуляций, не было зафиксировано ни у одного из пациентов.

Выводы. Введение гемостатического матрикса при бездренажной методике ПНЛ является дополнительной мерой профилактики активного кровотечения раннем послеоперационном периоде, а также фактором, способствующим герметизации перкутанного тракта и снижающим вероятность экстравазации в паранефральное пространство.

Сравнительный анализ эффективности контактной гольмиевой и ультразвуковой литотрипсии при выполнении минимально-инвазивной перкутанной нефролитотомии

Д.С. Меринов, Ш.Ш. Гурбанов, А.В. Артемов, Л.Д. Арустамов, В.А. Епишов

НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина - филиал ФГБУ «НМИРЦ» г. Москва

Введение. Минимизация размеров доступа при ПНЛ имеет ряд клинических преимуществ: снижение риска кровотечения, уменьшение болевого синдрома, бездренажная технология, сокращение срока госпитализации. В тоже время, уменьшение диаметра рабочего канала мининефроскопа влияет на выбор метода контактной дезинтеграции камня. Проведено исследование эффективности двух современных методов: гольмиевой лазерной и ультразвуковой контактной литотрипсии.

Материалы и методы. ПНЛ с использованием мининефроскопов (мПНЛ) 10 Ch и диаметром наружного тубуса 16 Ch из монодоступа была выполнена 118 пациентам с одиночными камнями почек различной локализации и размерами до 3 см. Для их дезинтеграции использовали гольмиевый лазер (Г) с диаметром волокна 600 нм, энергией при литотрипсии 1,8 Дж, частотой 12 Гц, либо контактный ультразвуковой литотриптер «Литокласт Мастер» (УЗ) с диаметром зонда 4,8 Ch и лапаксией фрагментов. Оценивали: эффективность по отсутствию клинически значимых резидуальных фрагментов непосредственно после операции и время этапов литотрипсии и эвакуации фрагментов (Т). При полном удалении камня и отсутствии кровотечения, операцию завершали без дренирования нефростомой.

Результаты. ГмПНЛ была выполнена 63 (53,3%) пациентам, а 55 (46,7%) - УЗмПНЛ. Средний размер камня в группе ГмПНЛ - 2,4 (1,3-3) см, Т - 39,1 (24-52) мин, эффективность – 90,4%, а в группе УЗмПНЛ - 2,6 (1,2-3,0) см, Т - 31,3 (18-49) мин. и 94,5%, соответственно ($p<0,05$). Лапаксия и эффективная фрагментация обеспечивали меньшую среднюю продолжительность вмешательства при УЗмПНЛ, в отличие от ГмПНЛ, из-за дополнительного времени на удаление фрагментов.

Заключение. Применение УЗ литотрипсии с одновременной лапаксией является наиболее эффективным методом и может быть рассмотрена в качестве базового подхода при удалении конкрементов при мПНЛ.

Перкутанная нефролитотрипсия и функция верхних мочевых путей у пациентов с крупными камнями почки

И.С. Мудрая, Ш.Ш. Гурбанов, Д.С. Меринов, М.Ю. Просянников

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина - филиал ФГБУ «НМИРЦ» г. Москва

Актуальность. Понимание механизмов изменения уродинамики верхних мочевых путей (ВМП) при перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ) может быть полезным для повышения эффективности лечения.

Материал и методы. У 20 пациентов с камнями почек (22-84 мм) исследовали перистальтику, состояние автономной нервной активности (НА) и регионарной сосудистой активности (СА) в разных отделах мочеточника до и после ПНЛ посредством многоканальной импедансной уретерографии (МИУ).

Результаты. Перистальтика мочеточника у пациентов с камнями почек характеризовалась сильными сокращениями верхнего и среднего цистоида, в 60% случаев имеющих ретроградное направление. В нижнем отделе мочеточника сократительные волны были меньшие по амплитуде, но тонус нижнего цистоида был существенно выше, чем в верхних отделах. Сразу после ПНЛ в почечной лоханке зарегистрировано высокое давление (20,1±0,7 см вод.ст.). Через 2-3 суток повышение давления в почечной лоханке сочеталось с усиленной симпатической НА. Более сильные сокращения мочеточников (+23-41%) и повышенная НА (+167%) и СА (+38%) наблюдали у пациентов с оставшимися резидуальными камнями. У пациентов с низкой НА не выявлено рецидивов МКБ через 6-8 месяцев после выполненной ПНЛ. Повышенная более чем в 2 раза симпатическая НА отмечена в группе пациентов с высоким давлением в лоханке (23,8+0,8 см вод. ст.) по сравнению с пациентами с нормальным давлением (8,9+1,3 см вод. ст.), у которых преобладала регионарная парасимпатическая НА. СА в лоханке при низком внутрилоханочном давлении была на 45% больше, чем у пациентов с высоким давлением в лоханке.

Заключение. Метод МИУ позволяет оценить состояние и выявить особенности уродинамики у пациентов с МКБ при ПНЛ. Функциональные нарушения уродинамики ВМП при выполнении ПНЛ можно оценивать индивидуально, что позволит проводить их своевременную коррекцию.

Функция мочеточника при мочекаменной болезни

И.С.Мудрая, В.И.Кирпатовский, А.В.Казаченко

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» г. Москва

Актуальность. Совершенствование знаний о механизмах функционирования отдельных органов в норме и при патологических состояниях связано с развитием методов и техники исследований.
Материал и методы исследования. Представлены результаты изучения функции мочеточника с использованием современных урологических и электрофизиологических методов in vivo и in vitro. Разработаны и внедрены в клиническую практику новые методы количественной и качественной оценки функции мочеточника.
Результаты. Изучение сократительных свойств мочеточника и его адренергической реактивности in vitro на изолированных резецированных фрагментах, выявило существенное снижение сократительной способности мочеточника при мочекаменной болезни - МКБ (336±114 мг/мм2), в сравнении с его состоянием у пациентов с опухолью почки (617±205 мг/мм2). По данным многоканальной импедансной уретерографии, выполненной во время эндоскопических вмешательств, показатели сократительной активности и тонус стенки мочеточника у пациентов с МКБ различались в зависимости от локализации камней в верхних мочевых путях (ВМП). Сильные сокращения мочеточника наблюдали при камнях почки и проксимальных отделов ВМП (1,0±0,1 и 0,7±0,1 Ом), по сравнению с дистально расположенными камнями (0,5±0,05 Ом). При сопоставлении характера перистальтики мочеточника после дистанционной литотрипсии, выявлены закономерности взаимосвязи функции мочеточника с полным отхождением раздробленных осколков, формированием каменной дорожки или резидуальными фрагментами в почке. У пациентов, получавших диуретики, а-адреноблокаторы или физиотерапию, механизм эффектов лечения рассмотрен с позиций изменения функции мочеточника в ответ на воздействие.
Заключение. Оценка функции мочеточника при наличии камней разной локализации в ВМП может быть полезной для выбора индивидуального патогенетического лечения МКБ.

Двухэнерегитическая компьютерная томография для определения состава мочевых камней

Л.А. Нерсисян, Д.А. Мазуренко, М.М. Климкова, В.Е. Синицын, Н.К. Гаджиев, А.Г. Мартов

ГКБ имени Д.Д. Плетнева г. Москва

Введение. На сегодняшний день «золотым стандартом» лучевой диагностики мочекаменной болезни является низкодозная нативная компьютерная томография (КТ). С помощью этого метода с высокой точностью можно определять такие ключевые характеристики, как локализация мочевых камней, размеры, количество, а также их плотность. Однако традиционная моноэнергетическая КТ с определением плотности конкрементов, измеряемая в единицах Хаунсфилда (HU), не позволяет с достаточной точностью оценивать химический состав мочевых камней. При этом информация о составе конкремента может помочь в выборе оптимальной тактики лечения – для уратных камней это может быть пероральный хемолиз, для смешанных – дистанционная ударно-волновая литотрипсия и т.п. В нашем исследовании мы оценили точность определения состава мочевых камней in vitro с помощью двухэнергетической КТ – нового метода лучевой диагностики, в основе которого лежит сканирование с помощью рентгеновского излучения двух различных энергий. Материалы и методы. С помощью компьютерного томографа Siemens Somatom Defenition Flash, обладающего двумя рентгеновскими трубками, была проведена in vitro оценка химического состава 30 мочевых камней с известным составом. Из них 17 состояли из мочевой кислоты, 4 имели смешанный состав, включающий в себя элементы мочевой кислоты, остальные 9 в своем составе мочевой кислоты не имели. Специалист, оценивающий результаты двухэнергетической КТ, не знал состава исследуемых камней. На первом этапе исследования была поставлена задача оценить эффективность дифференцирования камней уратного и неуратного состава с помощью двухэнергетической КТ.
Результаты. Состав всех камней, состоящих из мочевой кислоты, был определён верно. При этом один камень смешанного состава был неверно оценён как уратный. Соответственно в нашем исследовании эффективность дифференцирования камней уратного и неуратного состава составила 96,6%.
Выводы. Двухэнергетическая КТ позволяет с высокой эффективностью дифференцировать мочевые камни уратного и неуратного состава, тогда как традиционная моноэнергитическая КТ не даёт такой возможности, обеспечивая по данным литературы точность порядка 40%-70%.

Опыт миниперкутанной нефролитотрипсии в лечении камней верхних мочевых путей.

В.Г. Новоселов [2], А.В. Зырянов [1], И.Б. Попов [2], Д.В. Бузолин [2], В.В. Кривощапов [2], Т.Н. Сайидов [2], И.В. Павлова [2]

[1] ГБОУ ВПО ТГМУ
г. Тюмень

[2] ОАО МСЧ «Нефтяник», областной урологический центр, отделение урологии № 2
г. Тюмень

Введение. Мочекаменная болезнь (МКБ) является наиболее часто встречаемым заболеванием у больных урологического профиля, и составляет более 45% пациентов нашего урологического отделения. Чрескожная нефролитолапаксия является методикой выбора в лечении камней почек, однако, при использовании «стандартной» методики («макси-перк») с амплац-кожухами 26-30 Ch, количество геморрагических осложнений составляет от 5.5 до 15.5% (Д.С. Меринов, Д.А. Павлов с соавт. 2012 г). Использование миниперкутанной нефролитолапаксии с рабочим тубусом 16-18 CH позволяет значительно снизить процент значимых кровотечений при сопоставимой эффективности методики.

Материал и методы. В отделении урологии №2 МСЧ «Нефтяник» за период с 2013 по 2016 г выполнено 473 миниперкутанных нефролитолапаксий, в том числе у 15 пациентов - одномоментно из 2- х доступов, в одном случае из 3 х доступов. Размеры камней варьировали от 0.6 до 8 см,(средний 2 см). Локализация камней: камни в/3 мочеточника (при этом предварительно проводилась транслокация камня в ЧЛС) и ЛМС -15%, одиночные камни лоханки и чашечек 75%, коралловидные камни до К1- К 4 по Э.К. Яненко 10%. Минимальное время операции 10 минут, максимальное 160 минут (среднее время операции 57 мин) .

Операция осуществлялась по традиционной методике: после предварительной катетеризации почки мочеточниковым катетером или балонным окклюдером, или, при достаточной дилятации ЧЛС, без катетеризации, пункция чашечки под УЗИ контролем, установка ригидного проводника, одномоментное бужирование рабочего канала с установкой тубуса № 16.5 Ch. Для нефроскопии использовался мининефроскоп «Karl Storz» или «Olimpus». Литотрипсия выполнялась пневматическим литотриптором Swiss LithoClast® Master производства компании EMS SA (Швейцария). Операция заканчивалась дренированием почки балонным нефростомическим дренажем (№14-18Ch) или антеградной установкой стента при «бездренажной» методике.. При наличии 2 х и более доступов, при отсутствии кровотечения из раневого канала, устанавливалась одна нефростома. После контрольной антеградной пиелографии, нефростома удалялась на 2-3 сутки.

Результаты. Процент санации почки при одиночных камнях почек до 2 см составил более 90%, при коралловидных камнях 75%. Средний койко день 6,1. Геморрагических осложнений, потребовавших гемотрансфузии или других активных действий не было.

Выводы. Мини-перкутанная нефролитотрипсия является методом выбора при: камнях почек до 2 х см, резидуальных камнях после ДЛТ при отсутствии тенденции к самостоятельному их отхождению, камнях ЛМС и в/3 мочеточника, камнях чашечек нижнего сегмента почек, камнях чашечковых дивертикулов, камнях «миниатюрной» ЧЛС с длинными и узкими шейками чашечек, множественных конкрементах и коралловидных камнях К3-К4 (в сочетании с «макси-перком») (возможность одномоментного создания 2 х и более доступов).

Перкутанная нефролитотрипсия при подковообразной почке

В.Н. Павлов, А.А. Измайлов, А.О. Папоян, А.Р. Загитов

ФГБОУ ВО «Башкирский Государственный Медицинский Университет»
г. Уфа

Цель исследования. Оценить безопасность и эффективность перкутанной нефролитотрипсии при лечении больных нефролитиазом с подковообразной почкой.

Материалы и методы. За период с февраля 2015 по март 2017 г.г. в условиях урологического отделения Клиники БГМУ проведена нефролитотрипсия 309 пациентам с камнями почек, из них 5 пациентам (1 женщина 4 мужчины) с подковообразной почкой. У 4 пациентов камни были локализованы в левой половине и 1 пациента в правой половине подковообразной почки. В 4 случаях одиночные камни лоханки от 12 до 25 мм, в 1 случае коралловидный камень К4 (по Э.К. Яненко). Возраст пациентов варьировал от 33 до 62 лет. Все вмешательства проводились под комбинированным УЗИ и рентген - контролем. Во всех случаях проводилась катетеризация мочеточника, оперативное вмешательство проводилось в положении лежа на животе. Доступ к почке осуществлялся через верхнюю группу чашечек по средне-лопаточной линии. Использовался нефроскоп с диаметром наружного тубуса 16.5 Ch. Состояние stone free достигнуто в 5 (100%) случаях. Повторное вмешательство потребовалось дважды у пациента с коралловидным камнем К4. Время вмешательств варьировало от 40 мин до 2 часов. Оперативное вмешательство завершалось установлением нефростомического катетера. Среднее время пребывания в стационаре составил 5,6 к/д. Нефростомический катетер удаляли на 4-5 сутки. В одном случае оперативное вмешательство закончилось установкой мочеточникового стента, без наружного дренирования почки. Осложнений у данных пациентов мы не наблюдали.

Таким образом, перкутанная нефролитотрипсия является высокоэффективным и безопасных ме-

тодов лечения нефролитиаза при подковообразной почке.

Метафилактика фосфатного уролитиаза у пациентов без выраженных метаболических нарушений

М.В. Паронников, Л.М. Синельников, А.А. Янцев, Н.П. Кушниренко, А.В. Рассветаев, Н.Н. Харитонов, А.Б.Саматыго, А.Ю. Сергиенко

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова г.Санкт – Петербург

Введение. В настоящее время достигнуты значительные успехи в аппаратном и инструментальном лечении камней верхних мочевых путей. В то же время количество рецидивов мочекаменной болезни остается по прежнему высоким, что требует дальнейшей разработки методов предупреждения повторного образования мочевых камней, в том числе и фосфатного состава.
Материалы и методы. Оценка эффективности метафилактики основана на наблюдении и лечении 57 пациентов с фосфатными камнями без выраженных метаболических нарушений. Больные были разделены на две группы: группа А – 30 человек, которым проводилась метафилактика фосфатного уролитиаза и группа Б – 27 пациентов, у которых она не выполнялась. Пол, возраст и другие факторы риска уролитиаза в группах были сопоставимы. Специфическая метафилактика инфекционных уролитов заключалась в освобождении мочевых путей от камней, ликвидации нарушения уродинамики и инфекции. В связи с этим антибактериальная терапия начиналась одновременно с хирургическим лечением и продолжалась в послеоперационном периоде с учетом результатов посева и антибиотикограммы с обязательным контролем стерильности мочи. В случае неэффективности коррекции фосфатов в моче с помощью диеты применялся гидроксид алюминия (Маалокс) до 3,5 г в сутки в два приема. Назначения гипотиазида по 25-50 мг в сутки было показано пациентам с брушитными камнями при экскреции кальция более 5 ммоль\сутки. При щелочной моче (Ph > 7.0) проводилась ацидификация назначением метионина по 500 мг 3-6 раз в сутки или аммония хлорида 200-500 мг в сутки в три приема. Противорецидивная терапия назначалась курсами в течение трех месяцев каждые полгода. Контрольное обследование обменных нарушений, стерильности мочи производилось каждые 6 месяцев в течение первого года после удаления или самостоятельного отхождения камней, далее 1 раз в год на протяжении 5 лет.
Результаты. Выраженность литогенных нарушений в виде гиперкальциурии и гиперфосфатурии у больных с фосфатным уролитиазом на фоне противорецидивной терапии существенно снизилось. Экскреция кальция и фосфатов через шесть месяцев после начала метафилактики уменьшилась с 6,9±1,6 до 4,1±1,0 ммоль\л и с 41,7±7,1 до 32±6,8 ммоль\л соответственно (p<0,05) и оставалась в пределах нормальных значений на протяжении всего срока наблюдения. Концентрация ионизированного кальция сыворотки крови нормализовалась к шестому месяцу лечения. Через полгода метафилактики ее значение снизились с 1,4±0,1 до 1,05±0,05 ммоль/л. При дальнейшем наблюдении увеличение концентрации кальция не отмечалось. Выделение с мочой ингибиторов камнеобразования к первому году лечения увеличилось вдвое. Остальные лабораторные показатели метаболических нарушений были не характерны для фосфатного уролитиаза и на протяжении всего периода метафилактики динамика их значений оказалась несущественной. Повторное камнеобразование у пациентов с фосфатной формой мочекаменной болезни в группе Б через год выявлено в 12% случаев, через 3 года - в 28%, через 5 лет - в 48%. В группе А частота повторного камнеобразования составила соответственно 0%, 3%, и 13%.
Вывод. Проведение метафилактических мероприятий больным с фосфатным уролитиазом без метаболического синдрома позволило снизить частоту повторного камнеобразования в три раза.

Причины, частота и профилактика осложнений нефролитолапаксии.

В.М. Попков, А.Н. Понукалин, М.В. Солдатенко, А.В. Стативко, Д.Н. Хотько, Э.Н. Гаджиев

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ, кафедра урологии, НИИ уронефрологии. г. Саратов

Цель исследования. Провести анализ осложнений ПНЛТ и определить пути их профилактики
Материалы и методы. В клинике урологии СГМУ им В.И.Разумовского за 2016г выполнено 463 ПНЛТ. Показанием явились крупные, множественные и коралловидные камни почек. Возраст их колебался от 25 до 84 лет, в среднем составил 52 года. Повторный сеанс ПНЛТ потребовался 21 больному (4.5%) с КН 3-4 ст. У 18 (3.9%) пациентов ПНЛТ сочеталась с эндопиелотомией.
Результаты и их обсуждение. У 19(4.1%) пациентов были отмечены те или иные осложнения. У 10(2.1%) было отмечено кровотечение в послеоперационном периоде, при этом у 5(1,1%) кровотечение было успешно остановлено консервативным путем. Двум пациентам с целью декомпрессии лоханки и эвакуации сгустков и остановки кровотечения дополнительно выполнялась ЧПНС. Двум больным (0.4%) выполнена суперселективная эмболизация нижнесегментарных артерий, после предварительного ангиографического контроля и локализации зоны экстравазации контрастного вещества. Использованы спирали MReye(Cook) размер 3,0-4, установлены через диагностический проводник JL3,5 5Fr. У одного (0,2%) пациента, не-

смотря на предпринятые попытки селективной эмболизации сегментарной почечной артерии, кровотечение рецидивировало, что явилось показанием к нефрэктомии. У 7(1,5%) пациентов отмечалось обострение хронического пиелонефрита. Обострение калькулезного пиелонефрита имело место как правило у пациентов с предсуществующей ретенцией полостной системы, а также при предсуществующей бактериурии.

Выводы:

Для купирования кровотечения, в случае повреждения сосуда по ходу нефростомического доступа может быть применена суперселективная эмболизация ветвей почечной артерии. При невозможности данной процедуры нужна срочная люмботомия.

Немалое количество осложнений после ПНЛТ связано с инфицированными конкрементами больших размеров. В таких случаях предпочтительно выполнение предварительного дренирование полостной системы.

В случаях форникального кровотечения, дополнительное чрескожное дренирование полостной системы позволяет минимизировать кровопотерю в следствие адекватной декомпрессии полостной системы.

Опыт лечения коралловидного нефролитиаза.

В.А. Пронин, М.А. Вахрушева, В.И. Трусов,
В.В. Свиридов, В.А. Волошаненко

Мочекаменная болезнь занимает одно из первых мест среди урологических заболеваний, составляя в среднем по России 34%.

К методам активного удаления мочевых камней относятся:

ДЛТ

-Эндоскопическое пособие

-Комбинированное лечение.

-Открытые операции.

В Центре урологии, нефрологии и диализа ГБУ РО ОКБ № 2 за 2016г. Было пролечено 768 больных с мочекаменной болезнью. Из них с коралловидным нефролитиазом пролечено 183 человека. Размеры конкрементов варьировали от 35до 120 мм.

Всем больным с коралловидным нефролитиазом в качестве основного а, зачастую, и единственного метода лечения применялась чрескожная нефролитолапаксия нефроскопом фирмы «Karl Storz» с фрагментацией камня ультразвуковым и пневматическим литотриптором того же производителя.

Следует отметить, что при относительно малых размерах конкремента (до 50мм) санировать ЧЛС почки от конкремента в 85% случаев удавалось из одного нефроскопического доступа и за одну операцию. Хотя имели место и более сложные случаи, обусловленные расположением отдельных отрогов камня и отдельных камней в других чашечках по отношению к основному объему камня, которые потребовали создания дополнительного нефроскопического доступа.

При конкрементах размерами более 50 мм во всех случаях потребовалось создание дополнительных нефроскопических доступов (от двух до пяти одновременно).

При камнях более 80 мм санировать ЧЛС за одну операцию и из одного доступа не удавалось ни разу, что обусловлено как объемом камня, его стереометрией, продолжительностью операции.

В нескольких случаях в послеоперационном периоде применялась ДЛТ резидуальных камней.

В качестве примера история болезни больного Н., 52 лет, поступившего к нам с коралловидным камнем левой почки 120х70 мм (данные подтверждены УЗИ почек, СКТ с болюсным усилением). Вклад левой почки по данным изотопной реносцинтиграфии оценивался в 42%. В ходе первой операции удалено около 20% объма камня, для чего пришлось создать пять нефроскопических доступов. Больной повторно поступил через 1 месяц и несмотря на наличие пяти неросомических дренажей (№ 18 Шр) отмечал значительное улучшение самочувствия и уменьшение болей в левой поясничной области. В последствии больному было выполнено еще четыре нефроскопии с перерывами в 2-3 недели. Эти нефроскопиии были как чресфистульные, так и созданием новых доступов в ЧЛС левой почки.В результате всех этих операций был удален весь объем камня, восстановлен пассаж мочи по мочеточнику, удалены все дренажи, практически исчезли боли в левой поясничеой области. По данным контрольной радиоизотопной реносцинтиграфии вклад левой почки равнялся 45%.

Исходя из всего перечисленного выше, хотим отметить, что по нашему мнению чрескожная нефролитолапаксия в лечении коралловидного нефролитиаза имеет преимущественное значение перед другими методиками. Отличным лечебным методом является ретроградная ригидная или фибропиелолитолапаксия. Но эти методы сопряжены с покупкой дорогостоящего оборудования и организацией дополнительной операционной для проведения этих длительных хотя и малотравматичных операций,чтобы не блокировать работу по остальным направлениям в отделении.

Оценка стереотипа питания пациентов с мочекаменной болезнью

М.Ю. Просянников, И.А. Шадёркин,
О.В. Константинова, С.А. Голованов, Н.В. Анохин,
М.М. Зеленский, Д.А. Войтко, М.Г. Гамзаев,
О.В. Джалилов, О.И. Аполихин, А.В.Сивков

НИИ урологии и интервенционной радиологии
им. Н.А.Лопаткина - филиал ФГБУ «НМИРЦ»
г. Москва

Материалы и методы. Для изучения взаимосвязи стереотипа питания и мочекаменной болезни (МКБ) была разработана «Анкета оценки стереотипа питания» (АСП), которая размещена в сво-

бодном доступе в сети интернет на сайте www.nethealth.ru в разделе «тестирование». Анкета включает большинство продуктов питания, реализуемых на территории РФ и употребляемых гражданами РФ.
На первой странице АСП отображены вопросы о личных данных пациента, что позволяет уже на этапе анкетирования выявить такие факторы риска развития уролитиаза, как избыточная масса тела, определить эндемичный район по МКБ. Основная часть АСП содержит вопросы, касающиеся употребления той или иной группы продуктов. Все продукты питания разбиты на подгруппы, согласно торговой классификации. В АСП выделена 21 подгруппа пищевых веществ.
При заполнении анкеты АСП пациент отмечает частоту употребления данного продукта, а также его количество, выраженное в порциях. Для каждого продукта обозначена своя порция в той или иной единице измерения (граммы, миллиграммы, миллилитры и т.д.). Для простоты оценки единицам измерения соответствует количество мер столовыми приборами (1 половник, 1 ложка и т.д.).
Результаты. После завершения анкетирования, система рассчитывает количество употребляемых в сутки элементов: белков, жиров, углеводов, пуринов, щавелевой кислоты, воды, микро- и макроэлементов, витаминов. Нормы потребления каждого вещества рассчитаны на 1 кг массы тела пациента и вычисляются автоматически после заполнения пациентом графы "масса тела". Полученные данные сравниваются со среднесуточной нормой потребления данных элементов. При выявлении отклонений от нормы по одному или нескольким параметрам специалист делает вывод о наличии существенных изменений в стереотипе питания.
Заключение. Таким образом, АСП позволяет вычислить индивидуальные нормы потребления элементов для каждого человека, в зависимости от полученных данных оценить пищевые предпочтения человека, сформировать необходимую диету.

Эффективность и осложнения трансуретральной контактной уретеролитотрипсии при камнях мочеточников

В.Е. Рязанцев, Е.В. Рязанцев, М.А. Казаева

Мордовский государственный университет
имени Н.П. Огарева
г. Саранск

Цель работы. оценить эффективность и проанализировать осложнения эндоскопической трансуретральной контактной уретеролитотрипсии (КУЛТ) при камнях мочеточников различной локализации.
Материалы и методы. Эндоскопическую фрагментацию и удаление камней мочеточников диаметром от 0,5 до 2,1 см выполнили аппаратом для контактной литотрипсии Swiss LithoClast® Master (Швейцария) 301 пациенту от 25 до 74 лет: мужчин – 141 (46,8 %), женщин – 160 (53,2 %). Медиана возраста 52,5 года (средний возраст 55,6 ± 9,7).
Преимущественно (60,14 %) КУЛТ проводили при локализации камня в нижней трети мочеточника. Процент сеансов камнедробления в верхнем, среднем и интрамуральном отделах мочеточника составил соответственно 16,61, 9,3 и 13,95.
Наибольшее (57,5 %) количество операций выполнено при камнях размером от 1,5 до 1,9 см. В 38,4 % случаев фрагментированы и удалены конкременты от 1 до 1,4 см, в 4,1 % наблюдений крупные (от 2 см и более).
Результаты и обсуждение. У 267 (88,72 %) пациентов удалось полностью раздробить камень, либо фрагментировать его на мелкие составляющие с последующей экстракцией осколков. Эффективность КУЛТ в зависимости от локализации конкремента составил: в верхней трети – 71,02 %, в средней трети – 89,24 %, в нижней трети – 99,41 %, в интрамуральном отделе мочеточника – 95,22 %.
Осложнения выявлены у 13 (4,32 %) больных: миграция камня или его осколков в верхние мочевые пути – у 6 (1,99 %), недостаточная его фрагментация и невозможность полного извлечения его отломков – у 3 (0,99 %), повреждение слизистой мочеточника – у 2 (0,67 %), обострение вторичного хронического пиелонефрита – у 2 (0,67 %) человек.
Вывод. Трансуретральная КУЛТ эффективна в 88,72 % случаев и наиболее целесообразна при локализации камня в нижней трети и интрамуральном отделе мочеточника.

Эффективность трансуретральной ретроградной и перкутанной антеградной уретеролитотрипсии при лечении камней проксимального отдела мочеточника ≥10 мм.

И.В. Серегин, М.И. Мартынов,
Т.О. Экономическая, Е.В. Филимонов, Е.И. Велиев

ГКБ им. С. П. Боткина, Кафедра урологии и
хирургической андрологии РМАПО
г. Москва

Введение. Согласно рекомендациями Европейской ассоциации урологов, при размере камня мочеточника более 10 мм возможно выполнение дистанционной литотрипсии (ДЛТ), однако отдается предпочтение эндоурологическим методикам – трансуретральная уретеролитотрипсия (гибким и жестким уретероскопом). В случае проксимального расположения конкремента, после неэффективного ДЛТ, при наличии расширения чашечно-лоханочной системы или миграции конкремента в лоханку, возможно выполнение перкутанного антеградного доступа.
Цель. Мы сравнили эффективность и осложнения трансуретральной ретроградной и перкутанной антеградной уретеролитотрипсии при лечении камней проксимального отдела мочеточника ≥10 мм.

Материалы и методы. В период с 2015 по 2016 г в ГКБ им С.П. Боткина прооперировано 74 пациента с камнем проксимального отдела мочеточника (мужчин – 45, женщин – 29). Средний возраст составил 64 ±7,4 (от 18 до 84 лет) года. Все пациенты имели размеры конкремента ≥10 мм. 48 пациентам выполнено трансуретральная уретеролитотрипсия ригидным уретероскопом (Karl Storz, 9,5Fr) с использованием мочеточникового кожуха. 26 пациентам выполнена перкутанная антеградная уретеролитотрипсия. Показаниями для перкутанного доступа являлись: ригидность мочеточника и невозможность проведения уретероскопа у 9 пациентов, отсутствие эффекта от литотрипсии у 4 пациентов, плотность конкремента >1500 едН у 7 и расширение ЧЛС - у 6 пациентов. Во всех случаях для фрагментации использовался гольмиевый лазер AURIGA (WaveLight Laser Technologie AG, Германия).
Результаты. Частота одномоментного полного удаления конкремента (immediate stone-free rate) при ретроградном доступе составила 88.1%, при перкутанном доступе – 92,3%. Время операции при трансуретральном доступе составило 53.4±11.7 минут, при перкутанном доступе - 72.6±17.3 минут. Послеоперационный к/д - 1.6±0.8 и 4.2±1.1 дней соответственно. Никаких серьезных послеоперационных осложнений (Clavien 4 и 5 степени) не отмечено. Интраоперационное повреждение мочеточника (Clavien 3a) произошло у 3 пациентов при трансуретральном доступе и у 4 пациентов при перкутанном антеградном доступе. Резидуальные фрагменты отмечены в 5 случаях при ретроградной уретеролитотрипсии и у 2 пациентов после перкутанной уретеролитотрипсии, что потребовало выполнение дальнейших вмешательств. Лихорадка (Clavien 2) отмечена у 3 пациентов в группе трансуретральной уретеролитотрипсии и у 4 пациентов в группе перкутанной антеградной уретеролитотрипсии. В посеве мочи получен рост Kl.pneumoniae (10x4 КОЕ/мл) у 3 пациентов и у 4 получен рост E.coli (10x5 КОЕ/мл). Всем пациентам проведена антибактериальной терапии в течение 7 суток.
Заключение. Таким образом, при лечении камней проксимального отдела мочеточника >10 мм при невозможности ретроградного доступа, возможно выполнение антеградного доступа, обеспечивающего высокую частоту одномоментного полного удаления камня.

Анализ минерального состава коралловидных камней в изучении особенностей их формирования

А.В. Сивков, С.А. Голованов, М.И. Андрюхин, А.М. Поликарпова, А.В. Казаченко, М.Ю. Просянников, Д.С. Меринов

Существующие общепринятые методики анализа минерального состава мочевых камней используют для исследования цельный камень, подвергая его измельчению. По преобладающему минеральному компоненту камень относят к тому или иному метаболическому типу: оксалатному, уратному, карбонатапатитному, струвитному, цистиновому или другому. На разломах мочевых камней часто заметна их неоднородность, что предполагает существование различий в минеральном составе в различных зонах камня.
Проблема лечения коралловидных камней продолжает актуальной в урологии, поскольку эти камни имеют особый характер роста, заполняя внутренние полости почки.
Целью работы являлось сравнение минерального состава различных зон коралловидных камней для выяснения особенностей их роста и формирования. Методом инфракрасной спектроскопии (ИК-Фурье спектрофотометр Nicolet iS10, Thermo Scientific, США) проведено 120 исследований 4-х зон коралловидных камней: наружный корковый слой чашечной части и его внутренняя сердцевина; наружный корковый слой лоханочной части и его внутренняя сердцевина. Отмечено, что в оксалатных коралловидных камнях наблюдалась тенденция к накоплению минерала вевеллита в корковой зоне чашечной части, в отличие от внутренних зон. Накопление вевеллита в корковой зоне лоханочной части по сравнению с внутренней частью этой зоны было менее выражено. В камнях, содержащих струвитный компонент, наоборот, накопление струвита наблюдалось во внутреннем слое лоханочной части камня по сравнению с его корой. Те же особенности отмечались и у камней из карбонатапатита. В уратных коралловидных камнях различий в распределении минерального компонента в изучаемых зонах отмечено не было.
Таким образом, различные метаболические типы коралловидных камней имеют свои особенности литогенеза, что указывает на необходимость особых подходов к выбору лечебных мер предупреждения роста коралловидных камней в ходе метафилактики.

Рентгенофазовый анализ мочевых конкрементов: оценка целесообразности прокаливания первичных образцов

В.А. Скнар, И.Л. Шукаев, И.А. Абоян, С.В. Павлов

МБУЗ «Клинико-диагностический центр Здоровье» г. Ростов-на-Дону

Южный Феральный Университет Ростов-на-Дону

С целью определения состава мочевых конкрементов использовали рентгенофазовый анализ (РФА).

Материалы и методы. Исследование было проведено на рентгеновских дифрактометрах ДРОН-2.0 и ARL X'TRA. С целью преодоления трудности в определении плохо кристаллизованных и аморфных фаз, а также выявления небольших количеств фазы из-за дублирования пиков, была разрабо-

тана новая процедура (Nalbandyan V.B. X-ray diffraction analysis of urinary calculi: need for heat treatment. Urol Res 2008 DOI 10/1007/s00240-008-0148-2).
Она включает в себя повторный рентгенофазовый анализ конкрементов после кратковременной термообработки при 500° С или 900° С., что приводит к разложению некоторых соединений, сжиганию органических веществ и кристаллизации аморфных составляющих.
С 2007 года нами в содружестве с кафедрой неорганической химии ЮФУ исследовано 3680 образцов биоминералов от 3646 пациентов.
Выполнено 2182 анализа с описанной процедурой прокаливания. Проведена их оценка.
Результаты. Подтверждён первоначальный состав в монофазных конкрементах в 88% случаев, в многофазных - в 36,8%, всего в 75,5%.
Уточнён состав в монофазных конкрементах (исключительно в случаях с апатитом) в 6,1%, в многофазных - в 59,6%, всего в 19,1%.
Выявлена кроме определённых первоначально другая фаза в монофазных конкрементах в 5,9% анализов, в многофазных - в 3,6%, всего в 5,4%
Выводы. Повторный рентгенофазовый анализ конкрементов после кратковременной термообработки позволяет повысить точность результатов исследования состава конкремента.
Данная процедура более целесообразна при выявлении многокомпонентного конкремента, а также в случае выявления плохо кристаллизованных и аморфных фаз.

Эффективность нисходящего литолиза Блемареном и его влияние на плотность мочекислых и смешанных конкрементов

В.А. Скнар, С.В. Павлов, О.В. Зиньковская, Н.Б. Волконская, А.А. Филиппович

МБУЗ «Клинико-диагностический центр Здоровье» г. Ростов-на-Дону

Цель исследования. Изучить эффективность нисходящего литолиза и динамику плотности мочекислых и смешанных конкрементов при применении Блемарена.
Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 30 больных (14 женщин и 16 мужчин в возрасте 27-64 лет) с мочекислым нефролитиазом с конкрементами от 8 мм до 22 мм без признаков обструктивной уропатии при отсутствии показаний к оперативному лечению.СКТ почек на аппаратах Siemens Somatom Difinition AS 64 и AS 40 проведена всем пациентам до лечения, через 3 месяца и после окончания 6-месячного курса лечения.
Кроме общепринятого комплекса обследования, диагноз основывался на низкой плотности камня (138-600 Н) при СКТ почек; результатам рентгенофазового анализа (РФА) мочевых камней, которые отошли ранее или были получены в результате литотрипсии, экстракции или оперативного лечения до настоящего курса лечения. Все больные получали Блемарен 3 раза в день, в индивидуальной pH-зависимой дозе от ½ таблетки до 1,5 – 2 таблеток 3 раза в день.
При наличии гиперурикемии и/или гиперурикурии назначался аллопуринол 100 мг 1-2 раза в день.
Результаты. В процессе лечения плотность конкрементов существенно снижалась, в среднем на 87 ед. Н (31,63%).
Полное растворение конкрементов наступило у 22 пациентов (73,33%). В 6 случаях (20%) наступило уменьшение размеров конкремента. Из них у 3 больных камни уменьшились и отошли с мочой самостоятельно. Трём оставшимся пациентам с уменьшением размера камня выполнена ДЛТ конкрементов
В двух случаев отсутствия эффекта от проводимого курса литолиза, то в одном случае успешно проведена ДЛТ. Плотность этого конкремента после курса лечения снизилась на6 ед. Н. Анализ фрагментов камня показал сочетание дигидрата мочевой кислоты и апатита в соотношении 70% и 30%. Второму пациенту выполнена лазерная нефролитотрипсия. РФА этого конкремента показал наличие урицита и нерастворимого урата натрия в соотношении 60% - 40%. Плотность камня в данном случае снизилась незначительно – на 3 ед. Н.
Выводы. В процессе лечения Блемареном отмечено существенное снижение плотности конкрементов. Нисходящий литолиз мочекислых конкрементов с применением цитратного препарата Блемарен является высокоэффективным нетравматичным методом лечения данной категории больных.

Контактная лазерная литотрипсия мочевых камней (первый опыт)

Г.А. Степаненко

Карагандинский Государственный Медицинский Университет Городская больница №1 г.Караганда

На базе городской больницы №1 г Караганды с декабря 2016 начато внедрение контактной лазерной литотрипсия (КЛТ) камней мочеточников и мочевого пузыря с использованием уретероскопа фирмы Olympus 70, 6,4/7,8 Fr и гольмиевого лазерного литотриптера Dornier Medilas H Solvo.
За три месяца прооперировано 45 пациентов.
КЛТ произведена 37 пациентам, литоэкстракция камней мочеточников – 8 пациентам.
Мужчин – 39 (86,6%), женщин – 6 (13,4%).
В верхней трети конкременты располагались у 4 (8,8%) пациентов, средней трети у 6 (13,3%), нижней трети у 33 (73,3%) и у 2 (4,4%) пациентов имели место камни мочевого пузыря.
Размер конкрементов мочеточника составлял от 0,3 до 0,6 см. У двух пациентов выявлен вклиненный конкремент 0,6 и 0,8 см, еще у одного больного имели место множество вклиненных камней от 0,4 до 1,0 см в виде «четок» общей длинной 3 см.

У 2-х пациентов имели место единичные камни мочевого пузыря 3 и 4 см в диаметре.
Всем больным операция проводилась под спинномозговой анестезией. Средняя продолжительность вмешательства 45 минут. Операция заканчивалась установкой мочеточникового стента 5-6 Fr на срок от 2-х недель до 1,5 месяцев. В послеоперационном периоде в мочевой пузырь устанавливался катетер Фолея на 1 сутки (до активизации пациента).
Все больные операцию перенесли удовлетворительно.
Из осложнений можно отметить обострение пиелонефрита в раннем послеоперационном периоде у двух, и через 2 недели после операции у одного пациента, которое разрешилось консервативно. У 2-х отмечалась выраженная дизурия с признаками макрогематурии, что потребовало удаление мочеточникового стента.
После операции пациенты выписаны из стационара на 2-3-е сутки.
Заключение. Первый опыт использования КЛТ при камнях мочеточников и мочевого пузыря показывает ее высокую эффективность и малую инвазивность.

Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений лазерной литотрипсии

О.С. Стрельцова [1], Д.П. Почтин [2], И.Д. Еранов [3], Р.И. Косицын [3], В.И. Бредихин [3], О.Л. Антипов [3], В.А. Каменский [3], Е.В. Гребенкин [1]

1 Нижегородская Государственная Медицинская Академия
г. Нижний Новгород

2 Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко
г. Нижний Новгород

3 Институт прикладной физики РАН, Россия
г.Нижний Новгород

Введение. Вариантом профилактики инфекционно-воспалительных процессов почек при контактной лазерной литотрипсии может стать использование режимов лазерного воздействия, обеспечивающих контролируемую деструкцию конкрементов без разбрасывания микробного содержимого, ассоциированного с камнем. Целью данной работы – демонстрация вариантов лазерного воздействия для обеспечения контролируемой деструкции.
Материалы и методы. Изучены образцы (n-52) почечных камней размером от 10 до 19 мм с различной плотностью (127-1933 HU). Для литотрипсии ex vivo использованы авторские установки (ИПФ РАН, Н. Новгород): лазер на кристалле Ho:YAG с накачкой излучением тулиевого волоконного лазера и лазер на керамике Tm:Lu2O3 с накачкой излучением эрбиевого волоконного лазера с раммановским сдвигом длины волны (на 1670 нм). Для реализации технологии сильно поглощающего покрытия на конце волокна (SAC) использован диодный лазер 970 нм, мощность 10 Wt с инициацией на кончике волокна.
Результаты. Эффект дробления с контролируемым разломом получен в 9 случаях из 10 при использовании лазера на длине волны 2097 нм, частоте повторения 10 и 30 кГц, энергии импульса от 0,17 до 2,3 мДж. Время перфорации конкремента составляло от 2 до 600 секунд в зависимости от плотности и химического состава камня. Режим на длине волны 1967 нм, частоте повторения 15 кГц, энергии импульса 0,4-0,6 мДж оказался неэффективным в 7 случаях из 10.
При использовании технологии SAC также оказалось эффективным для контролируемой фрагментации конкрементов. Время фрагментации составляло от 30 секунд до нескольких минут, в зависимости от плотности камня. Высокая температура (2000 K) оказывала антимикробное воздействие на связанные с камнем биопленки, что подтверждено бакпосевами.
Выводы. Предложенные в работе режимы деструкции почечных конкрементов являются перспективными для профилактики инфекционно-воспалительных осложнений контактной лазерной литотрипсии.
Подтверждения. Работа поддержана грантом РФФИ 15-42-02654 и РНФ 14-15-00840.

Перкутанная нефролитоэкстракция под рентгенологическим контролем.

Р.Н. Трушкин.[1], А.Е. Лубенников [1], П.Т. Сурков [1], А.В. Баранов [2]

[1] ГБУЗ ГКБ 52
г. Москвы

[2] ФГБУ «ГНЦ ЛМ ФМБА России»
г. Москва

Цель. Улучшить результаты лечения больных с мочекаменной болезнью.
Методы исследования. За период с 2014 года по настоящее время выполнено 812 перкутанных нефролитоэкстракций исключительно под рентгенологическим контролем (R-контролем). Критериями отбора пациентов являлись: R-позитивные конкременты, размер камня не более 3 см. При локализации крупного (в среднем 1 см.) конкремента в в/3 мочеточника проводилось его смещение трансуретральным доступом при помощи уретероскопа, в мочеточник устанавливался катетер-стент. Доступ к конкременту осуществлялся по стандартной методике в положении пациента на животе путем пункции почки через чашечку под УЗ-контролем. Затем выполнялось бужирование пункционного хода при помощи телескопических бужей Алкена до 28-32Fr в зависимости от размера камня. После бужирования в почку, точно к конкременту, по бужу проводили Амплац кожух. Конкременты до 1.5 см извлекались с по-

мощью нефроскопических щипцов для захвата камней, конкременты диаметром от 1.5 до 3.0 см извлекались с помощью окончатого зажима, при этом Амплац кожух не использовался. Операция в большинстве случае заканчивалась установкой двух нефростомических дренажей: ПВХ дренажа 24Fr и дренажа типа pig tail 8-10 Fr.

Результаты. Среднее время операции составило 65 мин. (25-100 мин). Среднее время стационарного лечения составило 10 суток. Наиболее частым осложнением была атака острого пиелонефрита, отмечена у 35% пациентов. У двух больных в последующем выполнена нефрэктомия в связи с гнойной формой пиелонефрита. Кровотечение, потребовавшее гемотрансфузии, развилось у 10 пациентов (1.2%), трем пациентам проведена суперселективная эмболизация артерии почки с эффектом. Летальных исходов не было. Состояние stone free достигнуто у 93%

Выводы. Несмотря на активное развитие минимально инвазивных методик чрескожного удаления камней почек, в настоящее время в подавляющем большинстве стационаров РФ данное оборудование и возможность обеспечения расходными материалами отсутствуют. Нефролитоэкстракция под R-контролем у правильно отобранных пациентов является безопасной, эффективной, относительно не продолжительной методикой. Для обеспечения операции необходимо наличие: рентгеновской С-дуги, УЗИ аппарата, пункционной иглы, эндоскопических струн-проводников, телескопических бужей Алкена, Амплац-кожуха, эндоскопического захватов, нефростомического набора. Нет необходимости в наличии нефроскопа, оборудования для дезинтеграции конкремента, что обуславливает экономическую выгоду вышеописанной методики.

Пневматическая и ультразвуковая дезинтеграция камней почек > 2см при чрескожной нефролитотрипсии.

Е.В. Филимонов, И.В. Серёгин, М.И. Мартынов, Е.И. Велиев

ГКБ им. С. П. Боткина, Кафедра урологии и хирургической андрологии РМАПО
г. Москва

Введение. Одним из распространенных методов дезинтеграции камней почек при чрескожном доступе является пневматическая литотрипсия как наиболее мощная, чем другие методы, однако, недостатком последней является возможность повреждения ткани почки, и механическое извлечение фрагментов, что является весьма трудоемким, наоборот, ультразвуковая литотрипсия позволяет аспирировать мелкие фрагменты во время литотрипсии с минимальным повреждением ткани почки.

Целью данного исследования стало сравнение ультразвукового и пневматического методов при чрескожной нефролитотрипсии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 267 пациентов, находившихся на лечении в урологических отделениях ГКБ им. С.П. Боткина. 171 мужчин (65%) и 96 женщин (35%). Средний возраст пациентов составил 48 +/- 15 лет (18-81 лет). Ультразвуковую и пневматическую литотрипсии выполняли с помощью оборудования Lithoclast Master. В первой группе (n-139) использовалась пневматическая литотрипсия, во второй группе (n-128) ультразвуковая. Камень справой стороны был у 102 пациентов (38,2%) и слева у 165 пациентов (61,7%). Средний размер камня был 33,8 мм (11.5–78.8) в I группе и 38.7 мм (14.9–82.5) во 2 группе

Результаты. Эффективность в первой группе после первого вмешательства составила 83.6%. У 28 (16,3%) пациентов, потребовались дополнительные вмешательства в связи с остаточными камнями. Во второй группе эффективность составила 93,7%, и у 6 (6,2%) пациентов потребовалось дополнительное вмешательство. Время операции в первой и второй группе составило от 60 до 210 и от 40 до 130 минут соответственно. Никаких серьезных интраоперационных и послеоперационных осложнений (Clavien 4-5 класс) отмечено не было Основными послеоперационными осложнениями которые наблюдались у 15,2% пациентов 1-й группы и у 13,5% пациентов во 2 группе, являлись лихорадка, умеренное кровотечение, обострение хр. пиелонефрита (Clavien 2 класс), неадекватное функционирование нефростомического дренажа (Clavien 3a класс). Средний койко день составила в первой группе 7,8 дней, во второй группе 4,2 дня.

Вывод. Таким образом, использование ультразвукового метода литотрипсии в качестве монотерапии, является более эффективным, чем использование пневматического метода. Применение ультразвукового метода позволило уменьшить время операции, пребывание в стационаре и обеспечить низкую частоту резидуальных камней.

Лапароскопическая хирургия в лечении крупных камней мочеточника.

М.А.Франк, В.И. Мирошниченко, Р.Ш. Шамуратов, К.И. Капустин, М.О. Мурзин, М.М. Урьев

Городская клиническая больница №40 (МАУ ГКБ№40), отделение урологии и литотрипсии
г. Екатеринбург

Введение и цели. За 2016 год в нашем отделении выполнено около 200 операций по поводу камней мочеточника.

В большинстве случаев данным пациентам выполняется контактная, дистанционная уретеролитотрипсия, либо комбинация этих оперативных методик. При крупных камнях мочеточника методом выбора является лапароскопическая, либо ретроперитонеальная уретеролитотомия, в зависимости от локализации конкремента.

Целью нашего исследования является: выставле-

ние показаний к лапароскопической, ретроперитонеальной уретеролитотомии.
Материалы и методы. В контрольную группу вошли 36 пациента, которым выполнялась ВЛС уретеролитотомия, как альтернатива открытой хирургии. Во всех случаях конкремент находился в мочеточнике. В 22 случаях в верхней трети, в 8 в средней и в 4 в нижней трети. У 2 пациентов была диагностирована аномалии развития мочеточника.
Среднее время операции 145 минут. Средний размер камня составил 13, 5 мм.
18 пациентам интраоперационно был установлен катетер стент, который был удален через 2 недели после операции. Страховой дренаж удалялся через сутки после операции у 21 пациентов, и на вторые сутки после операции у 13 пациентов. В 2-х случаях, страховые дренажи не устанавливались.
Ретроперитонеальная уретеролитотомия была выполнена у двоих пациентов.
Результаты и обсуждения:
На основании нашего опыта и литературных данных нам удалось выявить следующие показания к лапароскопической и ретроперитонеальной уретеролитотомии:
Крупный (≥10 мм) длительно стоящий конкремент в мочеточнике, который не удалось удалить с помощью эндоскопических методик и дистанционной литотрипсии.
Аномалии мочеточника.
Крупный камень мочеточника, нарушающий уродинамику единственной функционирующей почки.
Важно помнить, что лапароскопическая и ретроперитонеальная хирургия не отменяет и не ставит под вопрос эффективность эндоскопических и открытых вмешательств.
Ключевые слова. Мочекаменная болезнь, лапароскопия, уретеролитотомия, ВЛС.

Эффективность, безопасность и осложнения ретроградной пневматической контактной уретеролитотрипсии (КУЛТ) при лечении больных уретеролитиазом по материалам работы урологического отделения ГУЗ Липецкая ГБ№4 «Липецк-Мед»

Е.И. Фурсов

ГУЗ Липецкая ГБ№4 «Липецк-Мед»
г. Липецк

Контактная литотрипсия (КЛТ) давно и прочно вошла в повседневную практику урологов, то в настоящее время аппаратурой для ее проведения оснащены многие урологические отделения больниц. Преимущества контактной уретеролитотрипсии: минимальный послеоперационный болевой синдром, быстрая реабилитация и восстановление трудоспособности, дробление камней в мочеточнике практически любой плотности, отсутствие каких-либо рубцов – «хирургия естественных отверстий».
Цель исследования. Оценить эффективность, безопасность, осложнения пневматической КУЛТ у пациентов с камнями мочеточников.
Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 78 пациентов с камнями мочеточника, которым выполнялась пневматическая КУЛТ(возраст пациентов 19-78 лет, мужчин- 32,женщин-46, размеры камня 0,6-1,2 см). Общий уровень эффективности метода составил 90,8%.
Выявлены различия эффективности пневматической КУЛТ в зависимости от уровня локализации конкремента: показатели при локализации камня в верхней трети (88,5%), показатели при локализации в нижней трети составили (93,1%).
Осложнения оценивались по единой шкале осложнений урологических операции – модифицированную классификацию Clavien-Dindo.
Результаты. Осложнения I степени отмечены в 9 (11,5%) клинических наблюдениях, в т.ч. кратковременное повышение температуры тела – у 5 (6,4%); случаях выявлены; приступ почечной колики – у 7 (9%). Осложнения II степени отмечены у 6 (7,7%) пациентов: острый пиелонефрит. Осложнения III, IV не отмечались. Осложнения V степени: одна пациентка умерла из-за молниеносно развившегося ИТШ.
Выводы. Пневматическая КУЛТ является высокоэффективным методом лечения уретеролитиаза. Уровень интра- и послеоперационных осложнений остается достаточно высоким, что требует более индивидуализированного отбора пациентов для проведения КУЛТ (возраст, сопутствующая, патология, ранее перенесенные оперативные вмешательства с назначением в п/о периоде антибактериальной терапии) и своевременное проведение профилактических мероприятий по предупреждению данных осложнений.

Биомаркеры мочи у больных нефролитиазом до и в процессе разрешения обструкции.

А. И. Хотько, В.М. Попков, Н.Б. Захарова,
Д.Н. Хотько, А.Б. Полозов, Т.В. Степанова

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ
им В.И. Разумовского
г. Саратов

Одним из наиболее частых осложнений МКБ является развитие калькулезного пиелонефрита на фоне различной степени обструкции мочевыводящих путей. В последние годы опубликован ряд исследований, посвящённых успешному определению в моче концентрации медиаторов воспалительного процесса, факторов роста и колониестимулирующих факторов.
Цель. Оценить динамику мочевых маркеров в процессе разрешения обструкции для определения сроков дренирования почки и второго этапа оперативного лечения.
Материалы и методы. Обследовано 50 больных с МКБ, проходивших лечение в НИИ урологии СГМУ. В основную группу вошли 30 пациентов с конкремен-

тами лоханочно-мочеточникового сегмента, размерами от 1 до 1,5 см. У пациентов отсутствовала клиника острого обструктивного пиелонефрита, однако имелся дилатационный синдром. Пациентам данной группы выполнена чрескожная пункционная нефростомия с целью отведения мочи. 20 пациентов с конкрементами лоханки, размерами до 1,5 см, без явлений обструкции составили группу сравнения. Исследование маркеров у пациентов основной группы проводили до дренирования, через 7, 14, 21, 28 дней после дренирования, у группы сравнения однократно. Определение уровня биомаркеров в моче проводили методом твердофазного иммуноферментного: интерлейкин – 8(IL-8), моноцитарный хемоатрактантный протеин (MCP -1), фактор роста эндотелия сосудов (VEGF), G-CSF (гранулоцитарный колониестимулирующий фактор) и GM-CSF (гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор)

Результаты. Концентрация VEGF, IL-8, MCP-1 до дренирования имеет высокие значения относительно группы сравнения. К 14, 21 и 28 суткам имеется тенденция к значимому снижению, приближаясь к значениям группы сравнения, $p<0,05$. Уровень G-CSF и GM-CSF повышены относительно группы сравнения и имеют тенденцию к некоторому повышению в процессе дренирования почки.

Вывод. Данные биомаркеры могут быть определены в моче у больных нефролитиазом в процессе разрешения обструкции и использоваться для определения сроком второго этапа оперативного лечения.

Опыт внедрения перкутанной нефролитолапаксии в условиях оказания неотложной урологической помощи.

А.Ю. Цуканов, П.А. Макаров, Д.Ю. Бормотов, Е.В. Бурнес, Д.Э. Петряев

ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет. Кафедра хирургических болезней и урологии ДПО г.Омск

Актуальность. В настоящий момент распространённость уролитиаза достигает 5-10% в популяции. Перкутанная нефролитолапаксия (ПНЛЛ) является «золотым» стандартом лечения конкрементов почек.

Цель исследования. Проанализировать кривую обучаемости при внедрении ПНЛП в условиях отделения неотложной урологии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 180 случаев ПНЛЛ в условиях неотложного отделения, в период 01.2014-03.2017. Мужчин было – 82 (45,5%); женщин – 98 (54,5%). Вмешательств слева – 101 (56 %); справа – 79 (44 %). Из этого количество миниперкутанный доступ – у 107 (59,5%) пациентов. Оценивали количество осложнений по шкале Clavien-Dindo. Все пациенты разделены на три группы по 60 человек в хронологическом порядке.

Результаты: Количество осложнений. 1 группа: 1 степени – 17%, 2 степени – 17%, 3А степени – 2%, 3Б степени – 2%. 2 группа: 1 степени – 10%, 2 степени – 27%, 3А степени – 2%, 3Б степени – 0%. 3 группа: осложнения 1 степени – 13%, 2 степени – 4%, 3А степени – 0%, 3Б степени – 1%. Среднее время операции по группам составило 90 – 85 – 76 минут соответственно.

В 1 группе положение на операционном столе на животе было у всех; 2 группе в 5% и 3 группе в 12% на спине.

Количество доступов >1: 1 группа – 1%, 2 группа – 5%, 3 группа – 8%; частота неполной элиминации: 1 группа – 17%, 2 группа – 14%, 3 группа – 12%.

С накоплением опыта снизилось количество послеоперационных осложнений и повысилась частота дренирования ЧЛС нефростомой. Различий по группам в размерах конкрементов не выявлено.

Выводы. С накоплением хирургического опыта выполнения ПНЛЛ сокращается время операций, уменьшить количество резидуальных камней и послеоперационных осложнений, шире применять малоинвазивную ПНЛЛ.

Взаимосвязь эффективности метода дистанционной ударно-волновой литотрипсии у больных нефролитиазом с показателями плотности и размера конкрементов по данным компьютерной томографии.

М.Л. Чехонацкая, А. Н. Россоловский, Д.А. Бобылев, И. А. Крючков, О. В. Основин

Цель исследования. Оценка результатов лечения больных нефролитиазом методом дистанционной ударно-волновой литотрипсии на основе изучения параметров конкрементов почек по данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ).

Материалы и методы. В исследование было включено 46 пациентов, возрастом от 23 до 75 лет, из них 24 мужчины и 22 женщины. Всем пациентам проводился комплекс клинико-лабораторных исследований, ультразвуковое исследование, обзорная и экскреторная урография, МСКТ.

Результаты. По данным МСКТ у всех 46 пациентов установлено наличие одиночного конкремента почечной локализации, размерами от 10 до 17 мм, средняя плотность составила от 431 HU до 1058 HU. По количеству сеансов ДЛТ, потребовавшихся для эффективной дезинтеграции конкрементов, пациенты распределены на три группы: 1 сеанс - 26 (56,51%) пациентов, 2 сеанса - 15 (32,63%) больных, три сеанса - 5 (10,86%) пациентов. Не было отмечено значимой и достоверной корреляции между эффективностью ДЛТ, выраженной в количестве сеансов, потребовавшихся для разрушения конкремента, размером и средней плотностью. Сила корреляционной связи между количеством сеансов и размером конкремента составила 0,07 ($p=0,7$), средней плотностью 0,04 ($p=0,8$). При проведении ROC-анализа выборки показатель AUC составил 0,69 для обоих показателей (сред-

нее качество теста). Также, не было выявлено и корреляции между размером конкремента и его средней плотностью. Заключение. Размер и средняя плотность конкремента, полученные при дооперационной МСКТ, не могут являться достоверной основой для прогнозирования эффективной фрагментации конкрементов при дистанционной литотрипсии у пациентов с МКБ при внутрипочечных камнях размером 10-17 мм.

Применение локальной вибротерапии в лечении резидуальных камней мочеточников после дистанционной ударно-волновой литотрипсии у больных нефролитиазом

А.Ю. Шестаев, П.А. Бабкин, Н.П. Кушниренко, А.В. Рассветаев, Н.Н. Харитонов, А.Б. Саматыго, В.А. Кормаков

Военно-медицинская академии имени С.М. Кирова
г. Санкт-Петербург

Введение. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) является основным методом в лечении нефролитиаза. При этом у одной трети пациентов фрагменты раздробленных камней могут задерживаться в мочеточниках в течение трех и более месяцев после ДУВЛ. Для ускорения их отхождения применяют комплексное консервативное лечение, которое может включать различные методы физиотерапии.
Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 85 военнослужащих в возрасте от 21 до 54 лет с резидуальными камнями мочеточников размерами до 5 мм после ДУВЛ по поводу нефролитиаза. Применяли 2 варианта лечения. Первый вариант включал назначение спазмолитика (дротаверин 40 мг 3 раза в сутки), анальгетика (диклофенак 50 мг 2 раза в сутки ректально), селективного a1-адреноблокатора (тамсулозин 0,4 мг 1 раз в сутки), а также физиотерапевтическое лечение в виде локальной вибротерапии (ЛВТ). ЛВТ проводилась два раза в день в течение 15-20 мин в количестве 20 сеансов на курс лечения. Второй вариант основывался на назначении только спазмолитика, анальгетика и a1-адреноблокатора. На фоне терапии пациенты получали водную нагрузку не менее 2 л в сутки. Лечение проводилось до отхождения фрагментов конкрементов, либо в течение 25 суток. Все пациенты были разделены на две группы. В первой группе, состоящей из 40 больных, применяли первый вариант лечения. Во второй группе, включающей 45 пациентов – проводили лечение по второму варианту, без применения ЛВТ.
Результаты. К концу периода наблюдения отхождение одиночных фрагментов конкрементов наблюдалось у 85% (34) пациентов первой группы и у 73% (33) – второй. В течение первых 10 дней отхождение фрагментов камней отмечали у 77% (31) пациентов первой группы и у 56% (25) – во второй ($p<0,05$). Среднее время отхождения конкрементов у больных первой группы составило 6,1±1,3 дня (1-11), во второй – 11,2 ± 1,7 (3-25) дня ($p< 0,05$).
Вывод. Применение локальной вибротерапия при резидуальных камнях мочеточников после дистанционной ударно-волновой литотрипсии у больных нефролитиазом повышает эффективность комплексного консервативного лечения, способствуя более раннему и частому самостоятельному отхождению фрагментированных почечных конкрементов.

Тактика лечения больных с конкрементами дистальных отделов мочеточников

А.Ю. Шестаев, И.М. Питомцев, Н.Ю. Игловиков, Н.П. Кушниренко, Н.Н. Харитонов,

Военно-медицинская академии имени С.М. Кирова
г. Санкт-Петербург

Введение. Проблема лечения больных мочекаменной болезнью остается одной из актуальных в современной урологии. Определенные сложности в лечении представляют камни дистальных отделов мочеточников, которые вследствие их обтурации вызывают возникновение уретерогидронефроза и обострение хронического пиелонефрита. Такие состояния приводят к усложнению консервативной терапии, увеличению срока пребывания на урологической койке и не всегда гарантируют самостоятельное отхождение конкрементов, что в итоге расширяет показания к применению инструментальных методов лечения.
Цель исследования. определить оптимальную лечебную тактику при камнях дистальных отделов мочеточников.
Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 92 пациентов в возрасте от 21 до 74 лет с конкрементами дистальных отделов мочеточников, диагностированных при помощи УЗИ, внутривенной урографии и КТ с введением рентгенконтрастных препаратов. Размеры конкрементов были в пределах от 3 до 7 мм, плотностью от 460 до 1100 в единицах HU. В 22 % случаев камни мочеточников являлись фрагментами почечных камней, разрушенных при помощи дистанционной ударно-волновой литотрипсии на аппаратах Медолит (Россия), Siemens (Германия). В остальных 78% случаев они самостоятельно переместились из чашечно-лоханочной системы почек в дистальные отделы мочеточников. Уретерогидронефроз имел место в 90 % случаев. В зависимости от основного метода лечения пациенты были разделены на три группы. В 1-й группе (30 пациентов) проводили литокинетическую терапию, во 2-й (32 пациента) –уретеролитоэкстракцию (УЛЭ) при помощи петли Дормиа и уретероскопа 8.5 CH фирмы R.Wolf (Германия), в 3-й группе (30 пациентов) – контактную уретеролитотрипсию (КУЛТ) при помощи контактного литотриптора Litoclast (Швейцария) с последующей лапаксией и экстракцией фрагментов.
Результаты. В первой группе литокинетическую терапию проводили в течение 3-12 дней. Она включа-

ла прием спазмолитиков, альфаадреноблокаторов, локальную вибротерапию, водную нагрузку и антибактериальную терапию во всех случаях. Средний койко-день составил 9 дней. Самостоятельное отхождение конкрементов произошло в 62 % случаев. Осложнения в виде уретерогидронефроза были в 90% случаев, обострения хронического пиелонефрита в 25% случаев. У остальных 38% пациентов камни были удалены при помощи инструментальных методов (УЛЭ. КУЛТ). Во второй группе путем УЛЭ конкременты были извлечены у 85 % пациентов. Обострение хронического пиелонефрита произошло в 10% случаев. Остальным 15% пациентов потребовалось дополнительное выполнение КУЛТ. Средний койкодень составил 4 дня.
В третьей группе у всех пациентов конкременты были успешно фрагментированы при помощи одного сеанса КУЛТ. В 10 % случаев произошло обострение хронического пиелонефрита. В 40 % случаев после КУЛТ на 7-14 дней устанавливали внутренний мочеточниковый стент. Средний койкодень составил 5 дней.
Выводы. Мы предлагаем придерживаться активной тактики по отношению к камням нижней трети мочеточника. Консервативное лечение (литокинетическая терапия) оправдана у конкрементов размерами до 5 мм в течении 10-12 дней. Уретеролитоэкстракция показана при длительном нахождении конкремента в юкставезикальном отделе. Контактная уретеролитотрипсия более эффективна при локализации конкремента в нижней трети и ее своевременное применение позволяет минимизировать количество инфекционно-воспалительных осложнений и повысить эффективность койко-дня.

Распространенность нефролитиаза у пациентов подвергшихся перкутанной хирургии

С.В. Шкодкин.[1,2], Ю.Б. Идашкин [1], А.А. Невский [2]

[1] ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
г. Белгород

[2] «НИУ БелГУ»
г. Белгород

Уролитиаз достигая 10% в популяции развитых стран, является социально значимым заболеванием.
Цель. Оценить структуру уролитиаза у пациентов, направленных на перкутанную нефролитотомию (ПНЛТ).
Материал и методы. Нами за 2010 – 2016 годы выполнено 146 ПНЛТ Анатомию ЧЛС, распространенность нефролитиаза и состав конкременов оценивали на основании СКТ без контрастирования. Последнее выполняли при подозрении на обструкцию дистальнее конкремента.
Результаты. У 81 пациента (55,5%) вмешательство выполнено по поводу коралловидного нефролитиаза, основная группа. Контроль составили 65 (44,5%) пациентов, оперированных по поводу не коралловидных конкрементов.
Обе группы были сопоставимы по возрасту и полу (p>0,05). Как вес, так и индекс массы тела пациентов основной группы был достоверно выше контроля, что составило 94,1±15,4 кг и 45,9±7,6 в основной и 68,3±9,6 кг и 28,5±9,4 в контрольной группах соответственно (p<0,05). Распространенность коралловидного нефролитиаза согласно классификации НИИ урологии М3 РФ (Мартов А.Г. и соав., 1993): К1 – 25,9%, К2 – 53,1, К3 – 8,6, К4 – 12,3.
Частота уратного уролитиаза у пациентов основной группы составила 50,6%, против 29,2% в контроле (p<0,05). Это коррелирует с увеличением доли уратных камней на 17,4% в структуре уролитиаза в России за последние 25 лет, а так же отражает тенденции в развитых странах мира, где все нарастающее влияние на патогенез МКБ имеет характер питания и образа жизни. Двухсторонний нефролитиаз отмечен 39,5% основной группы, при этом коралловидные конкременты определялись у 23,5%, что достоверно выше контроля, где аналогичные показатели составили 16,9% и 4,6% соответственно (p<0,05).
Заключение. Опираясь на собственные данные, мы, конечно же, не можем утверждать об эпидемии коралловидного уролитиаза в нашем регионе, что связано с селекцией пациентов как на до госпитальном этапе, так и непосредственно в клинике. Однако, мы регистрируем рост уратного уролитиаза и двухсторонних поражений в структуре МКБ. Более половины пациентов основной группы оперированы со стадией К2.

Интраоперационные геморрагические осложнения при перкутанной хирургии нефролитиаза

С.В. Шкодкин [1,2], Ю.Б. Идашкин [1], А.А. Невский [2], А.В. Любушкин [2]

[1] ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
г. Белгород

[2] «НИУ БелГУ»
г. Белгород

Перкутанный доступ рассматривают как первую линию лечения конкрементов более 2 см.
Целью настоящего исследования явилась оценка частоты интраоперационных геморрагических осложнений перкутанной нефролитотомии (ПНЛТ).
Материал и методы. Нами за 2010 – 2016 годы выполнено 146 ПНЛТ, из которых у 81 пациента (55,5%, основная группа) вмешательство выполнено по поводу коралловидного нефролитиаза. В обеих группах использовали стандартные доступ, дезинтеграцию конкрементов и методику гемостаза. Объем интраоперационной кровопотери рассчитывали по модифицированной методике Moore.
Результаты. Ни в одном из наших наблюдений не отмечено интенсивного кровотечения, потребовавшего конверсии или отсроченной ревизии почки, а так же проведения трансфузии эритроцитарной массы. Формирование дополнительного

доступа потребовалось у 8,6% пациентов основной группы, а 2,5% больным нефролитотрипсия была выполнена из трех доступов. В контрольной группе дополнительный доступ сформирован пациентке с множественными конкрементами удвоенной почки (1,5%, p<0,05).
Продолжительность операции была достоверно выше в основной группе наблюдения, составив 75,4±22,7 минуты, против 31,6±12,2 минуты в контроле (p<0,05). Аналогичная динамика прослеживалась по объему интраоперационной кровопотери. Данный показатель в основной группе наблюдения составил 415±157 мл, причем у пациентов с дополнительными доступами средняя кровопотеря была и того выше – 502±64 мл, но не достигла статистичеки достоверных различий между пациентами основной группы, которым был выполнен один доступ (p>0,05). В контрольной группе наблюдения интраоперационная кровопотеря составила 170±58 мл (p<0,05).
Заключение. В нашем исследовании длительность операции и размер конкремента выступали независимыми факторами интраоперационной кровопотери, что также находит подтверждение в публикациях других авторов. Выполнение дополнительных доступов не сказалось на объеме интраоперационной кровопотери.

Профилактика пиелонефрита при перкутанной хирургии коралловидного нефролитиаза

С.В. Шкодкин [1,2], Ю.Б. Идашкин [1], А.А. Невский [2], А.В. Любушкин [2]

[1] ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
г. Белгород

[2] «НИУ БелГУ»
г. Белгород

Локальные и системные воспалительные осложнения перкутанной нефролитотомии (ПНЛТ) выступают основными причинами летальности и увеличения длительности госпитализации.
Цель. Оценить эффективность способов профилактики воспалительных осложнений ПНЛТ.
Материал и методы. Нами выполнена 81 ПНЛТ по поводу коралловидного нефролитиаза. Поводом интереса послужили неудовлетворительные результаты на начальном этапе по развитию пиелонефрита. Частота которого в 3 раза превосходила аналогичный показатель у пациентов с некоралловидными конкрементами и не зависела от тактики антибиотикотерапии. В связи с чем, нами были использованы меры неспецифической профилактика пиелонефрита у пациентов с ПНЛТ, заключающиеся в подаче ирригационного раствора под давлением не более 20-40 см вод.ст., форсированном диурезе с введением салуретиков во время операции (фуросемид 20-40 мг) и инфузии 2 – 2,5 литра в течении 5 суток, энтеральном приеме жидкости 2,5 – 3 литра в сутки и Канефрона-Н со 2 суток на протяжении 2 месяцев. Данные меры профилактики были использованы у 46 (56,8%) пациентов, составивших основную группу наблюдения. В обеих группах использовали стандартные доступ, дезинтеграцию конкрементов и методику гемостаза.
Результаты. Проводимая неспецифическая профилактика никак не сказалась на частоте геморрагических осложнений, что не подтверждает воспалительной теории фибринолитических кровотечений. Аналогичная тенденция была отмечена относительно частоты бактериурии на 1 сутки, которая определялась у 84,5% пациентов основной и 85,7% контрольной групп (p>0,05). Это говорит о большом проценте инфицированности коралловидных конкрементов. Тем не менее, проведение неспецифической профилактики у пациентов с коралловидным нефролитиазом снизило как частоту послеоперационного пиелонефрита с 94,3% до 23,9%, так и его рецидивы на протяжении 60 суток после операции с 22,8 до 4,5% (p<0,05).
Заключение. Неспецифические меры профилактики достоверно снизили частоту ранних и поздних атак пиелонефрита, но не повлияли на риск геморрагических осложнений.

Опыт выполнения перкутанных нефролитотрипсий

Р.Е. Шульгин

ГБУЗ ВОУНЦ
г. Волгоград

Введение. В ГБУЗ ВОУНЦ перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛТ) внедрена в практику лечения пациентов с мочекаменной болезнью с 2009г.
Материалы и методы. За этот период выполнено 645 вмешательств. Операции выполнялись преимущественно под СМА, в положении «на животе», с предварительно катетеризированными мочевыми путями на стороне вмешательства. Пункция ЧЛС проводилась под УЗИ, Ro и сочетанным контролем. Доступ выполнялся по одношаговой методике под Ro–контролем с установкой кожухов Amplatz 14, 18, 20, 28, 30, 32ch. При камнях до 20мм и плотностью до 1000ЕД HU использовались тубусы 14, 18, 20ch уретерореноскоп и пневматический литотриптор Calcusplit, Karl Storz. При камнях большего размера и плотности литотрипсия проводилась с использованием тубусов 28-32ch, нефроскопов 26ch фирм Karl Storz и Olimpus, литотриптора Calcuson, Karl Storz. После удаления камней или их фрагментов, по показаниям, стентировались мочевые пути. Во всех случаях проводилось наружное дренирование почки нефростомой до 2-7сут. Антибиотикопрофилактика и терапия проводилась с учетом результатов бактериологического анализа мочи.
Результаты. Эффективность одноэтапного вмешательства «stone free» через один или два доступа составила 88,3%. С проведением чресфистульной НЛТ или поэтапного создания второго доступа эффективность возрастала до 92,2%. Примене-

ние КУЛТ вторым этапом, при миграции фрагментов камня в мочеточник, повысило эффективность ПНЛТ до 93,6%.
Интраоперационные осложнения мы отмечали в 11,2% случаев, из них потеря доступа отмечалась в 0,5%, интраоперационное кровотечение в 0,5%, перфорация ЧЛС в 0,3%, резидуальные камни в 11,7%. Послеоперационные осложнения по классификации Clavien – Dindo составили 24,3%. При этом I ст – 9,6%, II ст – 10,3%, IIIa ст – 3,6%, IIIв ст – 0,4%, IVa ст – 0,2% , IVв ст – 0% и Vст- 0,2%. Гемо- и плазмотрансфузия потребовалась в 4,2% случаев. В одном случае при рецидивирующем кровотечении выполнена суперселективная эмболизация. Одной пациентке после межреберного доступа потребовалось дренирование плевральной полости ввиду гидроторакса. Из тяжелых осложнений в одном случае произошла перфорация восходящего отдела толстой кишки с последующей гемиколэктомией на этапе освоения методики. В результате развития гнойного пиелонефрита в одном наблюдении выполнена нефрэктомия. У одного пациента в раннем послеоперационном периоде развилось ОНМК. Еще у одного пациента с ХПН в раннем п/операционном периоде произошел инфаркт миокарда с летальным исходом.
Выводы. ПНЛТ – «золотой стандарт» хирургии камней почек более 20мм.При камнях менее 20мм уместно применение тубусов меньшего диаметра. Для успешного выполнения операций требуется соответствующее оснащение клиники оборудованием и расходными материалами, а также опыт персонала в выполнении перкутанных вмешательств. Основной залог успешности операции – правильно созданный чрескожный доступ к ЧЛС. Частота осложнений не является критичной и большинство из них управляемы коррекцией терапии или малоинвазивными процедурами и снижается с накоплением опыта данных вмешательств.

Неинвазивная ультразвуковая санация мочеточниковых стентов: изменения гидродинамических показателей и ультраструктуры биопленок

П.И. Шустер, Б.Б. Борчишин, А.А. Новиков,
Я.Б. Шустер, О.Г. Новикова

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет»
г. Омск

Омская областная клиническая больница
г. Омск

Введение. В настоящее время стентирование мочеточников является наряду с ЧПНС основным методом дренирования почек при обструктивных уропатиях. В урологической клинике Омского государственного медицинского университета на базе Омской областной клинической больницы за последние 5 лет с 2012 по 2016 год было выполнено 1177 стентирований мочеточников, причем частота этих вмешательств остается стабильно высокой: 2012г.-214, 2013г.-236, 2014г.-268, 2015г.-231, 2016г.-228.
Наличие любого дренажа (наружного или внутреннего) в органах мочевыделительной системы уменьшает защитный гликозаминогликановый слой уротелия, открывает дополнительные входные ворота инфекции и способствует формированию персистенции инфекции в виде биопленки – biofilm. При нахождении любого дренажа более 30 дней, бактериурия наблюдается у 100% пациентов. В современной урологии значительное количество пациентов являются длительными или постоянными носителями стентов. Продолжительность и эффективность функционирования стентов определяется длительностью поддержания просвета последних.
Существует два принципиальных подхода к профилактике солевой обструкции мочеточниковых стентов:
-использование стентов из современных материалов с нанопокрытиями,
-применение лекарственных препаратов и физических методов воздействия при использовании стандартных «потоковых» стентов.
Цель исследования. Оценить эффективность ультразвукового воздействия на стент мочеточника для уменьшения солевой обструкции и профилактики атаки обструктивного пиелонефрита, исследуя ультраструктуру биопленок и гидродинамические показатели.
Материал и методы. В исследование было включено 40 пациентов с уролитиазом, которым было выполнено стентирование стандартным «потоковым» стентом по ОМС для дренирования почки с целью профилактики обструктивного пиелонефрита. Продолжительность стояния стента у всех пациентов – один месяц. В течение всего месяца все больные амбулаторно получали назначенное лечение. Пациенты были разделены на 4 группы по 10 пациентов в каждой: группа 1 – получали только мочегонные травы или Фитолизин по стандартной схеме, группа 2 – получали мочегонные травы в сочетании с Роватинексом в дозировке по 2 капсулы 3 раза в день до еды, группа 3 – получали мочегонные травы в сочетании с ультразвуковым воздействием на проекцию стента и группа 4 – мочегонные травы, Роватинекс и УЗ воздействие на проекцию стента. С помощью специального адаптированного излучателя производилось озвучивание над проекцией стента в течение 15 минут 3 раза в неделю. Физические характеристики ультразвукового воздействия: частота – 42 КГц, мощность – 100-150 Вт, амплитуда – 20 мкм. Оценивались: наличие атак обструктивного пиелонефрита, морфология удаленного через один месяц мочеточникового стента (диаметр просвета, протекаемость мл/мин, объемная скорость потока), наличие побочных эффектов. В лаборатории нанотехнологий оценивались ультраструктурная плотность и пластичность биопленки.
Результаты. В течение месяца наблюдения: в группе 1 – три атаки пиелонефрита, в группе 2 – одна атака пиелонефрита, в группах 3 и 4 – атак пиело-

нефрита не наблюдали. Исследуя морфологию удаленного стента: лучшие физические параметры протекаемости были в 4 группе и несколько хуже в 3 группе. И на порядок хуже были показатели в 1 и 2 группах. При электронной микроскопии на стенде оценивались ультраструктурная плотность (Ultrastructural density) с определением коэффициента UD-1 и коффициент пластичности DF (Ductility factor). На стентах, подвергшихся ультразвуковому озвучиванию, ультраструктурная плотность биопленки была значительно ниже, так же как и коэффициент пластичности, что свидетельствует о более слабых внутренних связях в ультраструктуре биопленки. Побочных эффектов от ультразвуковой терапии не наблюдали ни у одного пациента.
Заключение. Таким образом, ультразвуковое озвучивание над проекцией мочеточникового стента является дешевым, эффективным и безопасным способом уменьшения солевой обструкции и может быть рекомендован к применению в составе комплекса лечебных мероприятий, направленных на профилактику обструктивного пиелонефрита.

Возрастной андрогенный дефицит и уратный нефролитиаз: повышение эффективности литолитической терапии и профилактика рецидивирования

П.И. Шустер

ГБОУ ВПО Омский государственный медицинский университет
г. Омск

В настоящее время можно констатировать факт, что достаточно хорошо развиты большинство основных методов воздействия на камень при уролитиазе. В то же время, самым слабым звеном остается выявление в каждом конкретном случае ведущего этиологического фактора камнеобразования и проведение этиотропной терапии и, следовательно, профилактики рецидива уролитиаза. Одним из подобных факторов может являться гипогонадизм, который может приводить к нарушениям уратного обмена, что является фактором риска уратного уролитиаза.
В терапии уратного нефролитиаза широко применяется литолитическая терапия препаратами Уралит-У, Блемарен. Полный литолиз уратного камня считаем радикально устраненным эпизодом уролитиаза. Нами были отобраны 10 пациентов в возрасте от 48 до 59 лет, у которых при наличии рентгеннегативных уратных камней (диагноз подтвержден МСКТ), стандартная терапия в рекомендуемых дозировках под контролем pH мочи в сроках от одного до трех месяцев была не эффективной. У всех пациентов был диагностирован возрастной гипогонадизм. В течение последующего месяца, при отсутствии противопоказаний, всем пациентам был назначен совместно с литолитической терапией препаратом Уралит-У, препарат Андрогель (5г геля ежедневно наружно на чистую сухую кожу плеч или живота). У 9 из 10 пациентов через месяц на контрольном обследовании зафиксирован полный литолиз камня (радикально устраненный эпизод уролитиаза).
В связи с вышесказанным, нами было предпринято исследование с целью изучения эффективности и безопасности андрогенной терапии в плане коррекции гипогонадизма и гиперурикемии у мужчин с радикально устраненным эпизодом уролитиаза. В проспективное когортное исследование с группой сравнения были включены пациенты, наблюдавшиеся в урологической клинике ГОУ ВПО ОмГМУ на базе урологического отделения Омской областной клинической больницы. Методом «случай-контроль» были сформированы: основная группа - пациенты с радикально излеченным эпизодом уролитиаза, гипогонадизмом и гиперурикемией, находящиеся на андрогенной терапии (12 пациентов), и группа сравнения - пациенты с радикально излеченным эпизодом уролитиаза, гипогонадизмом и гиперурикемией, не получающие андрогенную терапию (13 пациентов). В процессе исследования проводилось анкетирование пациентов с помощью опросника AMS и Международного Индекса Эректильной Функции (МИЭФ-5). При обследовании пациентов оценивались: индекс массы тела, данные общего анализа крови (гемоглобин, гематокрит), уровень мочевой кислоты сыворотки крови. Кроме того, проводилось определение общего тестостерона и общего PSA. После исключения противопоказаний (рака предстательной железы, выраженного повышения гемоглобина и/или гематокрита) пациентам основной группы назначалась одна из лекарственных форм тестостерона (Андрогель, Небидо), сроком не менее чем на 6 месяцев. Обследования пациентов проводились до и на фоне андрогенной терапии. Пациенты основной группы и группы сравнения на момент начала исследования были сопоставимы по всем исследуемым показателям: статистически значимо не отличались по возрасту, индексу массы тела, степени выраженности симптомов гипогонадизма и нарушения эректильной функции, уровню тестостерона и уровню мочевой кислоты. На фоне андрогенной терапии у всех пациентов основной группы нормализовался уровень тестостерона, статистически значимо уменьшились жировая масса тела и симптомы гипогонадизма, улучшилась эректильная функция, вплоть до полного устранения ЭД у 4 (33,3%) пациентов. У всех пациентов группы сравнения сохранялся пониженный уровень тестостерона, статистически значимо увеличилась жировая масса тела. Степень выраженности симптомов гипогонадизма и эректильной дисфункции статистически значимо не изменились. Не изменилась и распространенность ЭД. Наряду с выявленными нами изменениями, у пациентов с гиперурикемией на фоне андрогенной терапии произошло статистически значимое снижение уровней мочевой кислоты, в отличие от группы сравнения. Основная группа: 668[517;854] пмоль/л – 526[392;728]пмоль/л (p=0,003). Группа сравнения: 598[453;842]пмоль/л – 672[411;876] пмоль/л (p=0,60).

У пациентов, получавших андрогенную терапию, не было отмечено повышения уровня общего ПСА, но было отмечено статистически значимое увеличение показателей гемоглобина и гематокрита, но это не потребовало отмены либо коррекции терапии.
Таким образом, андрогенная терапия, направленная на устранение гипогонадизма, повышает эффективность литолитической терапии, уменьшает гиперурикемию, что является профилактикой рецидивирования уратного нефролитиаза.

Возрастной андрогенный дефицит и уратный нефролитиаз: повышение эффективности литолитической терапии и профилактика рецидивирования

П.И. Шустер

ГБОУ ВПО Омский государственный медицинский университет
г. Омск

В настоящее время можно констатировать факт, что достаточно хорошо развиты большинство основных методов воздействия на камень при уролитиазе. В то же время, самым слабым звеном остается выявление в каждом конкретном случае ведущего этиологического фактора камнеобразования и проведение этиотропной терапии и, следовательно, профилактики рецидива уролитиаза. Одним из подобных факторов может являться гипогонадизм, который может приводить к нарушениям уратного обмена, что является фактором риска уратного уролитиаза.
В терапии уратного нефролитиаза широко применяется литолитическая терапия препаратами Уралит-У, Блемарен. Полный литолиз уратного камня считаем радикально устраненным эпизодом уролитиаза. Нами были отобраны 10 пациентов в возрасте от 48 до 59 лет, у которых при наличии рентгеннегативных уратных камней (диагноз подтвержден МСКТ), стандартная терапия в рекомендуемых дозировках под контролем pH мочи в сроках от одного до трех месяцев была не эффективной. У всех пациентов был диагностирован возрастной гипогонадизм. В течение последующего месяца, при отсутствии противопоказаний, всем пациентам был назначен совместно с литолитической терапией препаратом Уралит-У, препарат Андрогель (5г геля ежедневно наружно на чистую сухую кожу плеч или живота). У 9 из 10 пациентов через месяц на контрольном обследовании зафиксирован полный литолиз камня (радикально устраненный эпизод уролитиаза).
В связи с вышесказанным, нами было предпринято исследование с целью изучения эффективности и безопасности андрогенной терапии в плане коррекции гипогонадизма и гиперурикемии у мужчин с радикально устраненным эпизодом уролитиаза. В проспективное когортное исследование с группой сравнения были включены пациенты, наблюдавшиеся в урологической клинике ГОУ ВПО ОмГМУ на базе урологического отделения Омской областной клинической больницы. Методом «случай-контроль» были сформированы: основная группа - пациенты с радикально излеченным эпизодом уролитиаза, гипогонадизмом и гиперурикемией, находящиеся на андрогенной терапии (12 пациентов), и группа сравнения - пациенты с радикально излеченным эпизодом уролитиаза, гипогонадизмом и гиперурикемией, не получающие андрогенную терапию (13 пациентов). В процессе исследования проводилось анкетирование пациентов с помощью опросника AMS и Международного Индекса Эректильной Функции (МИЭФ-5). При обследовании пациентов оценивались: индекс массы тела, данные общего анализа крови (гемоглобин, гематокрит), уровень мочевой кислоты сыворотки крови. Кроме того, проводилось определение общего тестостерона и общего PSA. После исключения противопоказаний (рака предстательной железы, выраженного повышения гемоглобина и/или гематокрита) пациентам основной группы назначалась одна из лекарственных форм тестостерона (Андрогель, Небидо), сроком не менее чем на 6 месяцев. Обследования пациентов проводились до и на фоне андрогенной терапии. Пациенты основной группы и группы сравнения на момент начала исследования были сопоставимы по всем исследуемым показателям: статистически значимо не отличались по возрасту, индексу массы тела, степени выраженности симптомов гипогонадизма и нарушения эректильной функции, уровню тестостерона и уровню мочевой кислоты. На фоне андрогенной терапии у всех пациентов основной группы нормализовался уровень тестостерона, статистически значимо уменьшились жировая масса тела и симптомы гипогонадизма, улучшилась эректильная функция, вплоть до полного устранения ЭД у 4 (33,3%) пациентов. У всех пациентов группы сравнения сохранялся пониженный уровень тестостерона, статистически значимо увеличилась жировая масса тела. Степень выраженности симптомов гипогонадизма и эректильной дисфункции статистически значимо не изменились. Не изменилась и распространенность ЭД. Наряду с выявленными нами изменениями, у пациентов с гиперурикемией на фоне андрогенной терапии произошло статистически значимое снижение уровней мочевой кислоты, в отличие от группы сравнения. Основная группа: 668[517;854] пмоль/л – 526[392;728]пмоль/л (p=0,003). Группа сравнения: 598[453;842]пмоль/л – 672[411;876] пмоль/л (p=0,60).
У пациентов, получавших андрогенную терапию, не было отмечено повышения уровня общего ПСА, но было отмечено статистически значимое увеличение показателей гемоглобина и гематокрита, но это не потребовало отмены либо коррекции терапии.
Таким образом, андрогенная терапия, направленная на устранение гипогонадизма, повышает эффективность литолитической терапии, уменьшает гиперурикемию, что является профилактикой рецидивирования уратного нефролитиаза.

Раздел III:

ОНКОУРОЛОГИЯ

Confocal laser endomicroscopy in upper tract urothelial cancer (UTUC)

P.Gavrilov , A.Breda[1], A. Territo[1], M. Manfredi[1], A. Guttilla[1], L. Quaresima[1], J. Gaya[1], F. Algaba[2], J. Palou[1], H. Villavicencio[1]

[1]Department of Urology, Fundaciò Puigvert, University Autonoma of Barcelona, Spain
[2] Divison of Pathology, Fundaciò Puigvert Barcelona, Spain

Introduction. Real-time confocal laser endomicroscopy (CLE) provides in vivo microscopic images of tissues using a low-energy laser light source. This has been described to be particularly useful in distinguishing between low-grade (LG) and high-grade (HG) bladder transitional cell carcinoma. However, little is known on its potential utility in upper tract urothelial carcinoma (UTUC). The aim of this study is to describe our initial experience with CLE for the evaluation of UTUC.
Patients and methods. Between January and September 2016, 15 flexible ureteroscopies (f-URS) were performed at our center with CLE for UTUC. A semirigid and/or a flexible digital ureteroscope [Karl Storz, Tuttlingen, Germany] were used in all the patients. An initial inspection of the ureter and renal collecting system was performed in white light with a "no touch technique" (no wire) to macroscopically identify all potential suspicious lesions. CLE was then performed using the Cellvizio® system (Mauna Kea Technologies, Paris, France) according to the following protocol: 10 mL of fluorescein was injected into the renal cavities and left indwelling for 5 minutes. A 3Fr- diameter probe (UroFlex™ B) was inserted through the working channel of the ureteroscope and then placed in contact with the lesions. The reading of the surgeon (low grade vs high grade) was documented in the operation report. Biopsies using a 3 Fr biopsy forceps or a 1.8 Nitinol Basket (COOK) were then performed. The same dedicated genitourinary pathologist blind to the surgeon reading, examined all specimens. A third person compared the informations obtained with CLE with the corresponding histopathological reports.
Results. Data on 15 patients (13 males and 2 females) are reported. The mean age was 70 (range 61-81). Mean diameter of tumors at CT scan was 22 mm (range 8-50 mm). Tumor locations were: two in the renal calyxes, three in the renal pelvis, 4 in the proximal ureter and 6 in the distal ureter. A total of 22 biopsies were taken. In 9 patients CLE allowed to obtain images with characteristic features compatible with low-grade (LG) UTUC; in 5 patients with high grade (HG) UTUC and in one case CIS. We found correspondence between the CLE images and the final histopathological results in 7/9 cases of LG UTUC (78%), in 4/5 cases of HG UTUC (80%) and in 1/1 case of CIS (100%). In the LG UTUC group two cases (22%) were up-staged to HG at the final histopathology. In the HG UTUC one case (20%) was down-staged to LG..
Conclusion. CLE might improve the accuracy of the available current tools to characterize the grade of UTUC, therefore providing a better selection of patients for a conservative endourological treatment.

En bloc ho:yag laser resection of utuc by percutaneos approach

P.Gavrilov, O. Angerri, E.Emiliani, J. Palou, H. Villavicencio

Introduction. UTUCs are uncommon and account for only 5-10% of UCs. Pyelocaliceal tumours are about twice as common as ureteral tumours. Open Radical nephroureterectomy with bladder cuff excision is the standard for high-risk UTUC, regardless of tumour location. Kidney-sparing surgery for low-risk UTUC allows sparing the morbidity associated with RNU without compromising oncological outcomes and kidney function. Percutaneous management can be considered for low-grade or non-invasive UTUCs in the renal cavities that are inaccessible or difficult to manage by flexible ureteroscopy. This approach is being used less due to the availability of enhanced materials and advances in distal-tip deflection of recent ureteroscopes.
Methods. 77 years old male patients without no past medical history. 2002 TURB by urothelial carcinoma T1 G2 with posterior BCG induction cicle with no recurrence so far. April/15 The CT during the workup because a laparotomy by gastric ulcer perforation, an UTUT of 3cm was showed .
July/15 cistoscopy and flexible uretero renoscopy with biopsies was performed . The bladder ureter were normal. The exploration of renal and calyces showed a pelvis tumor of 2.5cm non resectable by ureteroscopy . Pathology reported an urothelial carcinoma Low-Grade. The patients did not accepted a risky and radical procedure so a percutaneous approach was proposed.
Results. In Valdivia supine position cystoscopy was performed with the patient under general anesthesia An ureteropelvic occlusion ballon catheter 6 fr / 75 cm /0.4ml (Cook®) is positioned. Keeping supine position the percutaneous tract was established. Puncture of the inferior calix using fluoroscope with 0° - 90° degrees technique. Dilatation of the percutaneous access tract is achieved using balloon dilatators to accommodate a 24 Fr sheath.. A 18Fr nephroscope was inserted with a 550um Ho: YAG laser. We set the laser 0.2J , 20 HZ and a wide range of pulse. The tumor is resected since the base. The hemostasis of the surgical bed is reviewed. Specimen entrapment and extraction with a 4.5 Fr nitinol basket. A 18Fr nephrostomy tube and a bladder catheter were left in place with minimal hematuria. The patient was discharged at 3rd day when the hematuria resolved and the patient had no symptoms. The tube was removed in the consult with the result of the pathology that reported an Urothelial carcinoma Low-Grade Ta

Conclusion. The percutaneous approach in supine position to renal urothelial tumor remains an option for low grade tumours not accessible or resectable by ureteroscopic approach with minimal complications and good long-term outcomes. Ho:YAG laser en bloc resection appears to be a simple, reliable, safe and effective method for treatment and pathological staging of UTUC.

Radical Prostatectomy (RP) in the Era of daVinci Robotic Surgery - 10 years of Experience from the largest Robotic Center St. Zdislava, Czech Republic

Kolombo I, Chamzin A, Doležal J, Zachoval R, Šimoník I, Vagundová M, Tvarůžek J

Center of Robotic Surgery St. Zdislava, Vamed group Mostiště, Czech Republic
Chief: Dr Tvarůžek Jaroslav

Introduction: RP has become the standard and most effective way for treating both localized and locally advanced prostate cancer (PC). The first popularization of the RP was devoted mainly to Prof. PC Walsh. Thanks to great advances in medicine (improving the surgical procedures itself by learning curve and also applying new technologies for diagnosis and treatment), DaVinci prostatectomy (dVP) became the new gold standard. To achieve an excellent result is not only technical equipment but also a highly experienced team / surgeon - high volume center / surgeon. dVP is today the most widely used and sophisticated miniinvasive technique in large centers dedicated to the treatment of PC. Our team, with more than 20 years of experience with RP and after training in robotic surgery before 10 years, has routinely used the daVinci system not only for dVP but also for the whole range of other urological and surgical procedures (renal resection, pyeloplasty, lymphadenectomy, low resection of rectum for rectal cancer etc.)
Materials and Methods: Presentation of our more than 10 years of experience and results at daVinci operations. Initially, a patient's surgery based on Prof Walsh criteria - a low risk PC, a slim patients without previous prostate surgery. Currently, our surgeons already have experience with more than 3000 dVP. Experience includes both transperitoneal and extraperitoneal access. Applying current tips and tricks allows surgery also for obese patients with BMI over 45 or with history of TURP or after suprapubic prostatectomy etc. Increasing learning curve routinely performs dVP for locally advanced PC - high risk / very high risk PC and also salvage dVP (after radiotherapy failure or Nanoknife etc). The principle of personalized medicine and individually chosen treatment based on multiparametric magnetic resonance imaging (mpMRI) and the results of perioperative histology to achieve negative surgical margins (our modification of the NeuroSafe method) are applied. Presentation of the development and application of new modifications for saving of posterolateral nervovascular bundles (NVB), sphincter complex, anterior and posterior reconstructions - daVinci modification of Rocco´s suture, Hem-o-lok and lockable titanium clips or V-Loc stitches etc.
Results: Our experience with more than 3000 dVPs allows a safe, miniinvasive robotic surgery for localized and locally advanced PC (cT3-4 N1) as well as salvage dVP, including extended pelvic lymphadenectomy (EPLND) as needed extensively as for radical cystectomy. The average operating time is 110 minutes and the EPLND extends surgery approximately about 30-60 minutes (during this time, the result of the perioperative frozen section histology is available and the resection of the periprostatic tissues in the case of positive margins in the bladder neck or NVB is extanded if necessary to ensure optimal oncological result - final positive margins currently less than 10%). Average blood loss is 250ml with the minimum risk of having a blood transfusion less than 2%. The need for conversion to open surgery is less than 0.5%. Stay on an intensive care unit is usually only on the day of surgery. The most common complication requiring a redrainage (about 1%) in the case of symptomatic lymphocele. The urinary catheter is usually removed after 10-12 days with removing of stitches. Recovery of continence defined as a need of 0-1pad / day is 94 and 97% after 1 and 2 years after surgery. The patients have the option undergo specialized post-operative rehabilitation and pelvic floor training (PF), including electrostimulation and myostimulation. The erectile function is maintained at 80/60% for 1 year after surgery with or without PDE5 inhibitors in the NVB bilateral / unilateral preservation.
Discussion: Our long-term results and experience with the dVP (currently 30-40 dVP cases per month) with our concept of concentration of care - high volume center / high volume surgeon is fully in line with large world centers specializing in PC treatment. Currently, safe feasibility of the mini-invasive robotic dVP is with excellent oncological and functional results ifor the full spectrum of patients with PC where active treatment is indicated. For many years, our surgeons transfer our experience for colleagues in daVinci robotic surgery training not only in the Czech Republic but also abroad (including meeting with live surgery).
Conclusion: Our long-term experience and excellent results confirm the obvious benefits of daVinci robotic surgery. With increasing experience and new techniques including mpMRI and perioperative histology, it is possible to further individualise and improve the results of dVP treatment.

Fusion-биопсии простаты, как способ преодолеть ошибки стандартной биопсии

И.И. Абдуллин[1] , Ф.А. Коссов[2],
Б.Ш. Камолов[1], Е. Баранова[1], В.О. Панов[2],
В.В. Капустин[3]

[1]АО «Европейский медицинский центр»
Москва
[2]ФГБОУ ДПО«Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»
г. Москва
[3]Московская городская онкологическая больница №62
г. Москва

Актуальность: Стандартная биопсия (СБ) предстательной железы (ПЖ) в настоящее время является неотъемлемой частью диагностики рака предстательной железы (РПЖ). Частота обнаружения РПЖ при СБ колеблется от 31-42%, однако число ложноотрицательных результатов остается чрезмерно высоким. Активное и массовое внедрение в рутинную клиническую практику мпМРТ в сочетании с использованием гибридных технологий, таких как прицельная fusion-биопсия (ПБ) могут существенно повысить выявляемость раков среднего (РСР) и высокого риска (РВР), как при первичной биопсии ПЖ, так и у пациентов с отрицательными биопсиями в анамнезе.
Материалы и методы: Было обследовано 20 больных. Анализ данных включал пациентов с первичной биопсией и ранее отрицательными СБ в анамнезе. Исследуемую популяцию составляли мужчины в возрасте от 44 до 71 года (медиана возраста 62 года). Критериями включения являлись наличие у пациентов: 1) изменения лабораторных показателей; 2) изменения на мпМРТ (PI-RADS>2); 3) положительные/сомнительные результаты физикального исследования. Критериями для выполнения мпМРТ ПЖ являлись: повышенный уровень ПСА и/или наличие положительных/подозрительных результатов пальцевого ректального исследования. По результатам мпМРТ ПЖ у всех пациентов был выявлен по крайней мере один подозрительный очаг согласно системе отчетности PI-RADS v.2 (PI-RADS>2). Исследования выполнялось в два этапа: 1) проведение мпМРТ ПЖ; 2) выполнения процедуры прицельной fusion-биопсии по средством аппаратного.
Результаты: Полученные данные позволяют определить основные тенденции и перспективы развития методики. А именно, прицельная биопсия статистически достоверно (коэффициент корреляции Спирмена – 0.8, p<0.0001) не уступает СБ по степени выявления узлов с высоким потенциалом злокачественности, при этом по результатам регрессионного анализа точность выявления РВР при ПБ оказалось выше в сравнении с СБ (p<0.0001). Использование методики ПБ позволяет выполнять меньшее количество вколов для выявления гистологического материала с наибольшим потенциалом злокачественности. Данные МРТ показали статистически достоверную корреляцию с результатами ПБ (p<0.02, коэффициент корреляции при ПБ 0,7). Применение методики ПБ показало отсутствие чувствительности к выявлению клинически не значимого рака ПЖ.
Выводы. Результаты последних достижений в области медицинской визуализации в совокупности с применением гибридных технологий не оставляют сомнений, что дальнейший вектор развития выполнения биопсии ПЖ будет сведен к концепции «прицельной или зрячей» биопсии, что в свою очередь может существенно повысить выявляемость рака среднего и высокого риска. Использование методики МРТ/УЗИ Fusion биопсии позволяет существенно повысить обнаружение клинически значимых форм РПЖ, правильно выставить клиническую стадию заболевания, верно стратифицировать риски, что является существенно важным фактором в выборе тактики лечения для каждого конкретного больного.

Диагностика гистологического рецидива рака простаты после ультразвуковой абляции (HIFU):

И.А. Абоян, К.И. Бадьян, А.М. Галстян,
С.Л. Слюсарев, Л.Л. Маликов, Д.С. Павлов

МБУЗ «Клинико-диагностический центр Здоровье»,
г. Ростов-на-Дону

Введение. Существует лишь единичные работы, посвященные выявлению рецидива после HIFU. Целью нашего исследования стал анализ диагностических инструментов в поиске гистологического рецидива опухоли предстательной железы.
Материалы и методы. С января 2014 по февраль 2017 года в хирургическом отделение №1 МБУЗ КДЦ «Здоровье» проведено исследование 26 пациентов с локализованным раком предстательной железы, которым была выполнена ультразвуковая абляция под УЗ-навигацией (HIFU), у которых не ранее чем через 12 месяцев после оперативного вмешательства установлен биохимический рецидив. Всем пациентам проведено стандартное клинико-лабораторное обследование, а также выполнение гистосканирования предстательной железы, МРТ малого таза в мультипараметрическом режиме. На основании дополнительных методов обследования было обнаружено 66 патологических очагов в предстательной железе. Пациентам была выполнена полифокальная биопсия простаты, включающая в себя обязательный забор морфологического материала в 12 точках, а также взятие дополнительных точек, обнаруженных при дообследовании. Гистологический рецидив подтвержден выявлением аденокарциномы предстательной железы в биопсийном материале.
Результаты. Средний возраст пациентов составил 68 лет (62-80), надир ПСА 1,05 нг/мл (0,12 - 2,5), ПСА перед выполнением биопсии простаты 3,46 нг/мл (2 - 7,56). Гистологический рецидив был вы-

явлен у 65% пациентов (n=17), в 70% случаев опухоль была обнаружена по данным шаблонной биопсии, в 30% по данным прицельной биопсии патологических очагов. Чувствительность и специфичность шаблонной биопсии составили 52% и 47%, тогда как прицельной биопсии 74% и 82%, соответственно.

Выводы. Проведя анализ данных, можно отметить высокую диагностическую ценность МРТ в обнаружении патологических очагов в ткане простаты, что обеспечивает возможность выполнения таргетной биопсии предстательной железы с целью выявления рецидива опухоли у пациентов после ультразвуковой абляции простаты.

Современные элементы профилактики осложнений после радикальной цистэктомии у мужчин

Абоян И.А., Слюсарев С.Л., Грачев С.В., Гиоев А.З.

МБУЗ Клинико–диагностический центр «Здоровье» г. Ростов–на–Дону

Цель работы. Целью исследования явился анализ современных методов профилактики осложнений с учетом собственного опыта и особенностей ведения больных раком мочевого пузыря (РМП) после РЦЭ.

Материалы и методы. В исследование включены 116 больных РМП T1- 4a N0-1 M0, которым была выполнена РЦЭ в период с 2009-2016 гг. в возрасте от 44 до 74 лет. Показания к операции определены по общепринятым стандартам.

Результаты и обсуждение. РЦЭ с цистопластикой по Штудеру осуществлена у 59 больных, операция Бриккера - у 52 больных, уретерокутанеостомия — у 4 больных, нефростомия — у 1 больного. Пункционная нефростомия и уретерокутанеостомия проводилась больным, поступившим в тяжелом состоянии, обусловленном выраженной анемией и почечной недостаточностью. В последующем после компенсации, выполнялась конвверсия в орто - или гетеротопические резервуары. Послеоперационный парез кишечника наблюдался с разной степенью выраженности практически у всех больных и был купирован в сроки от 2-х до 4-х суток. Несостоятельность межкишечного анастомоза наблюдалась у 2-х больных (2,5%), эвентрация у 9 (10,4%), спаечная кишечная непроходимость у 6 (7%), абсцесс брюшной полости у 3-х больных (3,5%) , несостоятельность уретерокишечного анастомоза у 2-х больных (2,5%) несостоятельность уретрорезервуарного анастомоза у 3 больных (3,5%) , нагноение послеоперационной раны у 6-х больных (7 %), послеоперационные кровотечения у 2-х больных (2,5%). 2 больных умерли в раннем послеоперационном периоде в результате развития тромбоэмболии легочной аретрии. По мере набора собственного опыта и анализа осложнений нами был разработан и внедрен комплекс превентивных мероприятий, включающий предоперационную подготовку, непосредственно интраоперационные профилактические элементы техники операции и послеоперационное обеспечение предупреждения осложнений. Предоперационная подготовка включала в себя коррекцию анемии, белкового баланса, гемостаза, почечной недостаточности. Основными элементами интраоперационной профилактики определены: оптимизация длительности операции; создание межкишечного анастомоза не ближе 25 см от илеоцекального угла, выполнение тонко-тонко межкишечного анастомоза изоперистальтически бок в бок 2-х рядным ручным швом и в последние 5 лет — с применением сшивающих аппаратов; широкое использование электрохирургических аппаратов, значительно укорачивающих интраоперационное время; создание уретероилеоанастомоза по Уоллесу; перед ушиванием послеоперационной раны введения в брюшную полость противоспаечных препаратов (мезогель). Большое внимание уделялось интра- и послеоперационной эфферентной амортизации операционной травмы, послеоперационного пареза кишечника. Проводилась продленная эпидуральная аналгезия с целью интра- и послеоперационной аналгезии до 3-х суток. При нарастании калия свыше 6 ммоль/л в сутки выполнялись гемодиафильтрация с использованием аппарата Fresenius multiFiltrate (Германия) у 9 (10,4%) больных. При повышенной кровопотере интраоперационно более 500 мл применяли аутогемотрансфузию используя аппарат SelfSaver у 10 больных (11,6%). Ликвидацией претромботической опасности при уровне фибриногена свыше 7-7,5 , обеспечило применение плазмофереза аппаратом Haemonetik MCS3P (США) у 8 (9,3%) больных. Активизация больных проводилась на 1 сутки после операции.

Выводы. Осложнения после РЦЭ имеют полиэтиологичную природу в связи с этим их профилактика должна быть основана на комплексе системных мероприятий в до- интра- и послеоперационном периодах с применением современных технологических разработок, позволяющих амортизировать обширную операционную травму и сократить ряд грозных осложнений.

Ранее восстановление удержания мочи после роботассистированной простатэктомии. Оптимизация хирургической техники.

И.А. Абоян, С.М. Пакус, С.В Грачев., С.В. Шашкин, К.В. Березин, Д.И. Пакус

МБУЗ «Клинико-диагностический центр Здоровье» г. Ростов-на-Дону

Введение. Радикальная простатэктомия является хирургической методикой лечения локализованных форм рака простаты, демонстрирующей наилучшие результаты опухоль-специфицеской выживаемости пациентов. Создание концепции «трифекта», а также внедрение малоинвазивных методик «сфокусировали» взгляды исследова-

телей на функциональных результатах данной операции. Разработка оптимальных стратегий лечения послеоперационной эректильной дисфункции, наряду с совершенствованием хирургической техники, является одним из основных путей улучшения результатов данной операции.
Цель работы. Восстановление «раннего» удержания мочи у пациентов после роботассистированнойпростатэктомии.
Материалы и методы. Нами оптимизирована методика выполнения роботассистированнойпростатэктомии. Данная методика названа нами «6ти шаговой» техникой, («3шага» - сохранение, «3 шага»- восстановление). Данная методика включает в себя сохранение следующих анатомических структур – эндопельвикальной фасции с пубопростатическими связками, сохранение шейки мочевого пузыря, сохранение максимальной длины мембранозного отдела уретры. Кроме того, на этапе после удаления предстательной железы нами производится восстановление структур малого таза включая: заднюю реконструкцию по Rocco, переднюю реконструкцию тазовых структур, восстановление ангуляции мочевого пузыря.
Результаты: в настоящее время, по данной методике нами оперированы 80 пациентов с локализованными формами рака предстательной железы. Возраст пациентов составил 54-68 лет, размер простаты 24-125 см3, время операции 135-245 минут, объем кровопотери 30-1000мл. Критерием «раннего» восстановления удержания мочи считали использование 0-1 прокладок после удаления уретрального катетера на 7 е сутки послеоперационного периода. В нашем исследовании континентными являлись 87,5% пациентов.
Выводы: совершенствование методики роботассистированнойпростатэктомии, является перспективным методом, улучшающим «раннее» удержание мочи, однако для всесторонней оценки результатов необходимы дальнейшие исследования.

Лазерная резекция опухолей мочевого пузыря эффективное средство снижения количества осложнений трансуретральной хирургии

Абоян И. А. Куликов И. В.

МБУЗ Клинико диагностический центр «Здоровье»
г. Ростов-на-Дону

Цель: проанализировать результаты лазерной гольмиевой резекции опухолей мочевого пузыря методом “en bloc”
Материалы и методы: В КДЦ «Здоровье» с октября 2014 по апрель 2016 года 85 пациентов получили лечение по поводу не инвазивного рака мочевого пузыря посредством лазерной гольмиевой резекции методом “en bloc”.
Оценивались: длительность вмешательства, интра и послеоперационные осложнения, продолжительность госпитализации.
Результаты: У 70 (82,3%) пациентов оперативное лечение было произведено по поводу одиночной опухоли мочевого пузыря. 15 (17,7%) пациентов имели многофокусное поражение (от 3 до 6). Среднее время резекции одной опухоли 9,5 минут. Физически особенности лазерного излучения позволили добиться: отсутствия кровотечения, перфорации мочевого пузыря, стимуляции запирательного нерва. Были снижены: время катетеризации мочевого пузыря (не более 15 часов), медикаментозная нагрузку на пациента, время пребывания в стационаре (не более 3-х к\дней). Повысилась диагностическая ценность гистологического исследовании — стала возможной оценка хирургического края.
Выводы: лазерная гольмиевая резекция опухолей с использованием методикой “en bloc” является высокоэффективным, современным, малотравматичным и безопасным методом хирургического лечения не инвазивных злокачественных опухолей мочевого пузыря, позволяющая избежать интра и послеоперационных осложнений (присущих другим методам малоинвазивного лечения), максимально уменьшить время дренирования нижних мочевых путей, снизить медикаментозную нагрузку на пациента, повысить ценность гистологического исследования. Складывается впечатление об улучшении онкологических результатов, однако ввиду недостаточного опыта вышеописанного вмешательства необходимо продолжить исследовательскую работу в данном направлении.

Чрескожная криодеструкция злокачественных опухолей почки с применением КТ навигации. Опыт КДЦ «Здоровье»

Абоян И. А., Грачев С.В.,
Куликов И. В., Черноусов В.В.

МБУЗ Клинико–диагностический центр «Здоровье»
г. Ростов–на–Дону

Цель: проанализировать эффективность и безопасность чрескожной криодеструкция злокачественных опухолей почки под КТ наведением
Материалы и методы: с октября 2015 по апрель 2017 года 37 пациентов подверглись чрескожной криодеструкции злокачественных опухолей почек под КТ наведением.
Результаты: Средний возраст пациентов -71 год, размер злокачественных образований почек от 3,3 до 4,8 см. Диагноз был подтвержден результатами гистологического исследования.
Криоабляция производилась в положении «на животе» по sandwich технологии с 3-ми циклами замораживания, чередующихся с циклами пассивного и активного оттаивания. Среднее время оперативного вмешательства -160 минут.
Все пациенты отмечали полный регресс болевого синдрома в течение 18 часов с момента окончания оперативного лечения. В большинстве случаев изменений в клинико-лабораторных исследованиях отмечено не было. Среднее время госпитализации составило 2 к\д.

Контрольное обследование проводилось через 3 мес. после процедуры. По результатам СКТ почек с в\в контрастированием зона криоабляции была представлена тканями солидно-кистозного характера без накопления контрастного вещества. Гистологически доказанные рецидивы - 8%
Выводы: согласно данным мировой литературы, а также начальному собственному опыту. Чрескожная криоабляция злокачественных опухолей почек сопоставима по таким параметрам как прогрессия и безрецидивная выживаемость в сравнении с парциальной нефрэктомией, обладает меньшей ивазивностью по сравнению с другими методами лечения злокачественных опухолей почек. Применяется в нашем центре у пациентов с тяжелым коморбидным статусом, с единственной функционирующей почкой. С учетом небольшого опыта выполнения данных процедур требуется дальнейшее исследование результатов лечения

Анализ частоты выявляемости рака предстательной железы в отделении урологии ГБУ ГП № 180 ДЗ г. Москвы

А.Ю. Авакян [1], А.Л.Кошкакарян [2], В.В. Антошкин [1], А.В. Донцов [1], Г.Н. Карабаева [1], О.С. Мехдиев [1], А.К. Ивашин [1], С.И. Головин [1]

[1]ГБУ ГП № 180 ДЗ
г. Москвf
[2]ГБУЗ ГП № 219 ДЗ
г. Москва

Актуальность. На сегодняшний день рак предстательной железы (РПЖ) является значимой медико - социальной проблемой во всём мире. Последние годы РПЖ занимает 2-е место в структуре онкологической заболеваемости мужского населения Российской Федерации (РФ) и имеет стойкий ежегодный прирост по стандартизированному показателю заболеваемости на 100 тысяч населения (Каприн А.Д. и соавт., 2015). Скрининг и ранняя диагностика РПЖ является приоритетной задачей любого урологического отделения на территории РФ.
Цель исследования. Проанализировать частоту выявляемости РПЖ в отделении урологии ГБУ ГП 180 ДЗ г. Москвы
Материалы и методы. Ретроспективному анализу подверглись медицинские карты 573 пациентов, перенесших первичную биопсию ПЖ в связи с повышением уровня ПСА сыворотки крови. В зависимости от уровня ПСА, все пациенты были поделены на 3 группы: 1 группа - уровень ПСА от 4 до 10 нг/мл (327 пациентов/57%); 2 группа - ПСА от 10 до 20 нг/мл (138/24%); 3 группа -ПСА от 20 и более нг/мл (108/19%). Анализ данных производился с помощью стандартных методов статистической обработки с использованием програмного обеспечения для ПК: Microsoft Excel и Statistica 7.0
Результаты. Общая частота выявляемости РПЖ составила 38,5 % (221 пациент). В группе 1 у 78 пациентов был выявлен РПЖ (23,8%). В группе 2 и 3 частота выявляемости РПЖ составила 44,1 % (61 пациент) и 69 % (82 пациента) соответственно
Выводы. Частота выявляемости РПЖ в отделении урологии ГБУ ГП 180 ДЗ г. Москвы составляет 38,5 %, что не противоречит мировым данным. С повышением уровня ПСА сыворотки крови, повышается частота выявляемости РПЖ у пациентов, перенесших первичную биопсию ПЖ

Изучение заболеваемости раком почки и мочевого пузыря в биоклиматических и экологических зонах приморского края

Г.Н. Алексеева[1], П.Ф. Кику[2]

[1]ГОУ ВПО Тихоокеанский государственный медицинский университет
г. Хабаровск

[2]ФГАОУ ВПО Дальневосточный федеральный университет
г. Владивосток

Цель: изучить и оценить заболеваемость злокачественными новообразованиями (ЗНО) почки и ЗНО мочевого пузыря под влиянием факторов среды в биоклиматических и экологических зонах Приморского края.
Материал и методы. Использованы показатели заболеваемости ЗНО почки и мочевого пузыря за период 1994–2014 гг. на основе базы данных статистических форм 7 и 35 ГБУЗ «Приморский краевой онкологический диспансер». При оценке риска заболеваемости ЗНО почки и мочевого пузыря в биоклиматических зонах (морского климата побережья, переходного от морского к континентальному и континентального) использовано ранжирование территорий края на зоны экологического напряжения: критическая, напряженная, удовлетворительная и относительно благоприятная. Оценка риска проводилась по методике «Оценка эпидемиологического риска здоровью на популяционном уровне при медико-гигиеническом ранжировании территорий». Рассчитан показатель экологической обусловленности, для расчета степени влияния факторов среды обитания на риск возникновения ЗНО использован информационно-энтропийный анализ.
Результаты. Ранжирование по методу сигмальной оценки позволило выделить группы территорий края с низкой, средней и высокой среднемноголетней заболеваемостью (χ) ЗНО почки и ЗНО мочевого пузыря. Установлена высокая заболеваемость ЗНО почки и мочевого в зонах критической и напряженной экологической ситуации, где расположены предприятия угольной, горнохимической промышленности, стройиндустрии, машиностроения, районах с интенсивной химизацией сельского хозяйства. Выявлено, что заболеваемость ЗНО мочевого пузыря и почки у мужчин имеет тенденцию к нарастанию от континентальной биоклиматической зоны до побережья во всех экологических зонах, что связано с различи-

ями в структуре биоклимата побережья и континентальных районов края и преимущественным расположением основных промышленных предприятий в данных зонах. Выявлено, что повышенный риск заболеваемости связан с качеством питьевой воды, общим загрязнением среды обитания, химическим составом подземных вод и санитарным состоянием почв.

Заключение. Расчет показателей онкологической заболеваемости, эпидемиологического риска и ранжирование территорий по степени риска дает возможность принимать оперативные решения по разработке комплекса приоритетных для конкретных территорий мероприятий направленных на профилактику, снижение онкологической

Скрининг рака предстательной железы в Новохоперском районе Воронежской области: предварительные результаты

Аполихин[1] О.И., Алексеев[1] Б.Я., Сивков[1] А.В., Катибов[1] М.И., Золотухин[2] О.В., Шадеркин[1] И.А., Рощин[1] Д.А., Корякин[1] А.В., Войтко[1] Д.А., Просянников[1] М.Ю., Полуказакова[2] Н.В., Спесивцев[3] В.Н., Кудахтин[3] В.В.

[1]НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» г. Москва

[2]БУЗ ВО Воронежская областная клиническая больница №1 г. Воронеж

[3]БУЗ ВО Новохоперская районная больница г. Новохоперск Воронежской области

Введение. Противоречия, связанные с проведением и оценкой результатов скрининга рака предстательной железы (РПЖ), обусловили актуальность настоящего исследования.

Материалы и методы. У 3105 мужчин 45–65 лет, проживающих на территории Новохоперского района Воронежской области, выполнено анкетирование на предмет выявления семейного анамнеза по РПЖ и исследование крови на простатический специфический антиген (ПСА). Показаниями для трансректальной биопсии предстательной железы служило повышение уровня ПСА более 4 нг/мл. Биопсию предстательной железы выполняли по стандартной 12-точечной методике.

Результаты исследования. Семейный анамнез по РПЖ установлен лишь у 9 (0,3%) человек. Концентрация ПСА свыше 4 нг/мл выявлена у 168 (5,3%) мужчин. При этом в 125 (74,4%) случаях уровень ПСА находился в «серой зоне» (4–10 нг/мл), в 18 (10,7%) случаях – в диапазоне 10–15 нг/мл, в 5 (3,0%) случаях – в диапазоне 15–20 нг/мл, в 20 (11,9%) случаях составлял более 20 нг/мл. Из 168 мужчин с повышенным уровнем ПСА согласие на выполнение биопсии предстательной железы дали 80 человек. В результате биопсии предстательной железы РПЖ обнаружен в 56,3% (45/80) случаях. Следовательно, частота выявления РПЖ в исследуемой популяции мужчин составила 1,5% (45/3105). Переводя эти данные о выявляемости РПЖ с помощью математической пропорции в показатель заболеваемости на 100 тыс. мужского населения, получено следующее значение – 1449 случаев РПЖ на 100 тыс. населения. Этот показатель в десятки раз превышает официально зарегистрированный стандартизированный показатель заболеваемости РПЖ в России, отражающий возможности системы оказания медицинской помощи по принципу «обращаемости».

Заключение. Организация медицинской помощи по принципу активного выявления заболевания позволяет существенно увеличить частоту диагностирования РПЖ. Однако окончательные выводы о преимуществе отмеченного подхода будут подведены после получения данных об общей и раковоспецифической выживаемости указанной категории населения.

Возрастное распределение пациентов с повышенным уровнем ПСА по данным популяционного исследования «Новохоперск»

О.И. Аполихин, А.В. Сивков, И.А. Шадеркин, Д.А. Войтко, М.Ю. Просянников

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» г. Москва

Актуальность: В РФ информацию о распространенности рака предстательной железы (РПЖ), в основном, получают в результате «обращаемости» пациентов. Лишь 27,5% случаев РПЖ в 2014 году были выявлены активно, а 45,5% - на III-IV стадиях. Это не позволяет судить об истинной распространенности клинически значимого РПЖ в популяции. При организации всеобщей диспансеризации, из-за отсутствия нужных эпидемиологических данных, были допущены просчеты, повлекшие материальные потери.

Материалы и методы: С 2013 проходит популяционное исследование «Новохоперск» в одноименном поселке городского типа Воронежской области, в ходе которого изучили распространенность повышения ПСА у мужчин различных возрастных групп. Всего в изучаемом районе на момент исследования проживало 6684 мужчины старше 40 лет. В исследование, на сегодня, удалось включить 3003 из них (44,93%) в возрасте от 40 до 69 лет.

Результаты**:** Повышение уровня ПСА > 4 нг/мл и > 10 нг/мл по группе, в целом, наблюдали у 3,46% и 0,37% соответственно. Число мужчин с ПСА > 4 нг/мл и > 10 нг/мл, в зависимости от возраста, составило: среди 40-49-летних 1,89% и 0,42%; среди 50-59-летних – 2,06% и 0,07%; среди 60-69-летних – 6,26% и 0,78%. Из 104 пациентов с повышенным ПСА, мультифокальную (12 точек) трансректальную биопсию предстательной железы под УЗИ контролем выполнили 80 (76,92%). При этом, в 45

случаях (56% биопсий) диагностировали РПЖ, что составило 1,50% всех обследованных, а с учетом всех требуемых биопсий – достигнет 1,93%. Локализованный РПЖ обнаружили у 42 (1,40%) мужчин, местнораспространенный – у 2 (0,07%) и метастатический – у 1 (0,03%).
Выводы: Данные о частоте повышения ПСА в различных возрастных группах и выявлении РПЖ, полученные в ходе популяционного исследования, в качестве ориентировочных, должны сыграть важную роль при разработке массовых программ скрининга и ранней диагностики РПЖ.

Оценка эффективности и безопасности пункционной биопсии простаты.

Р.З.Атаев, А.Ю.Зубков

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет
г. Казань

Введение. Биопсия предстательной железы (ПЖ) под трансректальным ультразвуковым (ТРУЗ) контролем является единственным и окончательным методом верификации диагноза.
Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность местной анестезии при выполнении биопсии ПЖ и определить наиболее эффективную методику.
Материалы и методы. Проведен анализ 356 биопсий проведенных в урологической клинике КМУ с 2005 по 2015 год в возрасте от 49 и до 80 лет. Использовался с этой целью УЗ-сканнер B&K Panter 2002, биплановый трансректальный датчик REF Type 8558 7,5 MHz, биопсийный датчик Type 8551 7MHz, биопсийный пистолет с набором пункционных игл. У 145 больных доступ для биопсии был трансперинеальный, у 211 больных трансректальный. Всем пациентам выполнялась мультифокальная тканевая биопсия из 10-ти или 12-ти точек. Показанием для биопсии была морфологическая верификация диагноза. Больным с трансперинеальным доступом выполнялась парапростатическая блокада S.Novocaini 2 %, или S.Lidocaini 1%. Больным с трансректальным доступом в качестве анестезии использовался препарат инстиллагель 11мл введенный ректально перед манипуляцией. Выбор в пользу трансперинеального доступа был обусловлен наличием заболеваний в анальной области и прямой кишке, а также выраженными болевыми ощущениями в ПЖ и парапростатической зоне при ректальном исследовании. Всем больным до биопсии назначалась антибактериальная терапия и ректально препарат проктоседил в течение 3-х дней. Болевые ощущения оценивались по 10-ти бальной линейной визуально-аналоговой шкале (1,0-ощущения незначительные, 10,0–невыносимые). Выполнялся ректальный осмотр на 2-е сутки, анализы мочи и крови на следующий день после биопсии.
Результаты. У 16 больных с трансперинеальным доступом был небольшой дискомфорт промежности в первые часы после биопсии, который оценивали в 2,5 балла. У 55 больных имел место однократный эпизод гематурии, что подтверждалось анализом мочи. Болевые ощущения, при этом, были оценены в 1,0 балл. Каких либо воспалительных осложнений во всех 156 случаях не было. Частота геморрагических осложнений в виде уретроррагии, гематурии, ректоррагии и гемиспермии при трансректальном доступе была в половине случаев, у 13-ти больных ситуация потребовала назначения гемостатической терапии. Болевые ощущения сохранялись у трети пациентов и оценены от 2,5 до 4,5 балла, во всех случаях потребовалось назначение анальгетиков. У 9-ти больных зафиксировано обострение хронического простатита, что подтвердилось анализами мочи и секрета простаты, всем больным проведена длительная противовоспалительная терапия.
Выводы. Таким образом, трансперинеальная биопсия с парапростатической блокадой более эффективна и безопасна чем трансректальная биопсия. В случае проведения повторной биопсии, или у мужчин с низким болевым порогом, биопсия с парапростатической блокадой также более предпочтительна, в отличие от интраректального введения анестетиков. Кроме того, трансперинеальный доступ может быть предложен в качестве профилактики инфекционно-воспалительных осложнений, в виду отсутствия контакта с содержимым кишечника.

Оценка безопасности трансректальной биопсии предстательной железы

Баженов И.В, Гильмутдинов Т. Р., Вешкина А.А., Магер В.О, Борзунов И.В, Семаков Д.В., Машковцев А.В.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет ГБУЗ СО Свердловский областной онкологический диспансер. ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»
г. Екатеринбург

Цель. Оценить распространенность осложнений у пациентов после трансректальной биопсии предстательной железы (ТРБ) в амбулаторных условиях.
Материал и методы. В 2016 году в условиях поликлинического отделения ГБУЗ СО СООД и ГБУЗ СО «СОКБ№1» выполнено 1791 ТРБ простаты. Все биопсии выполнялись по стандартной методике под УЗ наведением из 6-18 точек. Для оценки осложнений был отобран каждый десятый пациент (248 человек). Оценка проводилась путем опроса пациентов. Оценивались следующие параметры: 1) болезненность манипуляции (0-10 баллов, где 0 – нет болевых ощущений, 10 – нестерпимая боль); 2) нарушение мочеиспускания (0-3 балла, где 0 – нет нарушений, 3 – эпизод задержки мочеиспускания); 3) примесь крови в стуле (0-3 балла, где 0 – нет крови в стуле, 3 – непрерывное истечение

крови из прямой кишки); 4) примесь крови в моче (0-3 балла, где 0 – светлая моча без примеси крови, 3 – постоянно окрашенная моча); 5) наличие / отсутствие симптомов острого простатита; 6) наличие / отсутствие симптомов острого орхоэпидидимита; 7) необходимость обращения в лечебное учреждение для коррекции осложнений.
Результаты и обсуждение. Зарегистрировано 27 (10,8%) случаев обращений в лечебные учреждения, из них 5 случаев тяжелого ректального кровотечения и 25 случаев острой задержки мочи. 7 пациентам наложен временный надлобковый дренаж. 2 пациентам проводилось лечение в условиях реанимационного отделения в связи с бактериотоксическим шоком. Летальных случаев отмечено не было.
Выводы. Несмотря на относительную безопасность ТРБ простаты под УЗ наведением, процент осложнений, в том числе и требующих медицинского вмешательства, довольно высок. Ввиду этого существует потребность в определении риска осложнений биопсии простаты, в том числе в создании предиктивных моделей, позволяющих оценить такой риск и окончательно определить необходимость биопсии.

Функциональные результаты после проведения HIFU терапии в объеме гемиабляции пациентов локализованного рака предстательной железы

А.М. Галстян, И.А. Абоян, С.Л. Слюсарев, К.И. Бадьян, В.Э.Абоян

МБУЗ «Клинико-диагностический центр Здоровье» г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Фокальная терапия с использованием энергии высокинтенсивного сфокусированного ультразвука (HIFU) в настоящее время является методом выбора лечения у тщательно отобранной группы пациентов, локализованным раком предстательной железы. Выполнение тотальной абляции приводит к послеоперационному отеку и прогнозируемой задержке мочи, ухудшая качество мочеиспускания в динамике. Воздействие на зоны сосудисто-нервных пучков с обеих сторон приводит к снижению показателей эректильной функции у пациентов.
Цели. Определить основные функциональные показатели качества мочеиспускания и эректильной функции пациентов локализованным РПЖ поле выполнения HIFU терапии в объеме гемиабляции в различные сроки наблюдения.
Материалы и методы. В МБУЗ КДЦ «Здоровье» лечение методом высокоинтенсивного сфокусированного ультразвука (HIFU) проводится с января 2011 года на аппарате Sonoblate 500 V5 ТСМ производства фирмы Focus Surgery США. В период с 2014 года выполнено лечение HIFU у отобранной группы из 20 пациентов локализованным раком простаты в объеме гемиабляции. Средний возраст больных составил 58,2±7,5 лет. Все пациенты прогнозируемо относились к группе низкого риска по критериям Д.Amico. Средний уровень ПСА-8нг\мл, среднее значение суммы баллов по Глиссону составило 6. В стандарт обследования включались: урофлоуметрия, заполнение шкалы IPSS, оценка качества жизни больного QoL, заполнение шкалы МИЭФ-5.
Результаты и обсуждение. Основные исследуемые показатели пациентов в обеих группах по данным УФМ стабилизировались к 3 месяцам наблюдения, продолжительность периода дизурии в среднем составляла до 3 недель. Максимальная медиана наблюдения за пациентами составила 24 месяца. Недержание мочи у пациентов в исследуемой группе не отмечено. Из нашего опыта, четкая визуализация зоны шейки мочевого пузыря, которая достигается предварительной катетеризацией, определение плана лечения на фоне катетера позволяет значительно снизить рубцовые, склеротические изменения, что, в конечном счете, приводит к сохранению качества мочеиспускания у пациентов. Исследование показателей эректильной функции по шкале МИЭФ-5 у пациентов после гемиабляции свидетельствует по нашим данным о сохранении уровня предоперационных показателей при условии визуализации зоны сосудисто-нервных пучков, а также выполнение абляции с сохранением зоны интереса с одной стороны. Назначение в послеоперационном периоде препаратов группы ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа также позволяет сохранять высокими показатели эректильной функции по шкале МИЭФ-5.
Выводы. Таким образом, фокальная терапия локализованного РПЖ в объеме гемиабляции позволяет сохранять высокими показатели качества мочеиспускания пациентов и эректильной функции. Фокальная терапия в данном объеме требует дальнейшего исследования и оценки функциональных результатов лечения пациентов в динамике.

Мутации в генах системы репарации ДНК у больных раком предстательной железы

Гилязова И.Р., Кунсбаева Г.Б., Мустафин А.Т., Павлов В.Н., Корелов Ю.А., Мухаметьянова А.Р. Хуснутдинова Э.К.

В последние годы активно проводятся исследования, посвященные оценке мутационного профиля при первичном раке предстательной железы (РПЖ). Показано наличие рекуррентных мутаций в генах FOXA1, SPOP, TP53, и PTEN. Ранняя диагностика и лечение, установление новых маркеров, обладающих высокой точностью и специфичностью, способных предсказать агрессивность опухоли и прогноз течения заболевания у пациента, по-прежнему являются актуальной проблемой.
Целью исследования был мутаций в генах системы репарации ДНК у пациентов с раком предстательной железы.
В работе использовано 124 образца ДНК, выде-

ленных из периферической крови неродственных больных с РПЖ из Башкортостана. Выделение ДНК из периферической крови проводили методом последовательной фенольно-хлороформной экстракции.
В работе применялись следующие методы: полимеразная цепная реакция (ПЦР); анализ кривых плавления с высокой разрешающей способностью (HRM) на CFX96 Touch™ Real-Time PCR Detection System с использованием флуоресцентного красителя EvaGreen; прямое секвенирование на автоматическом секвенаторе ABI PRISM 3100 согласно протоколу фирмы производителя.
В результате исследований у 15% пациентов обнаружены мутации в генах ATM, BRCA1, BRCA2, MSH6, NBN, PMS2P3, RAD51C, EXO5, поддерживающих целостность ДНК. При анализе клинико-генетических корреляций показано, что у пациентов с мутациями в генах BRCA1/BRCA2 наблюдается более тяжелое течение заболевания по сравнению с пациентами без мутаций в указанных генах. В литературе имеются исследования, посвященные изучению генов репарации ДНК при РПЖ. Так, Castro E. et al. обнаружили, что 22,7% образцов биопсии РПЖ имели дефекты в генах репарации ДНК, в том числе 8% - герминальные мутации в генах репарации ДНК BRCA1/2, ATM, CDK12, FANCA, RAD51B и RAD51C. Соматические изменения в гене BRCA2 были выявлены в 12,7% случаев, герминальные - в 5,3% случаев. Хотя частота мутаций в генах BRCA1/2 достаточно хорошо изучена, их влияние на прогноз заболевания и терапевтический ответ остаются неясными.
Информация о мутациях в генах системы репарации ДНК является важной для выявления предрасположенности к раку и определения стратегии по снижению риска возникновения заболевания.

Малоинвазивные методы в лечении рака простаты в условиях одного центра.

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт, А.В. Амосов, М.Э. Еникеев, Д.В. Еникеев, Д.В. Чиненов, З.К. Джалаев, М.С. Тараткин

Первого МГМУ имени И.М. Сеченова
НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека
г. Москва

Введение: благодаря развитию методов скрининга и диагностики стало возможным выявлять рак простаты на ранних стадиях. В свою очередь, стремительное развитие современной науки способствовало внедрению в клиническую практику малоинвазивных высокотехнологичных методик, таких как: криоаблация, брахитерапия и необратимая электропорация (нанонож).
Цель работы: оценить эффективность и безопасность криоаблации, брахитерапии и необратимой электропорации при раке простаты.
Материалы и методы: в исследовании приняло участие 58 пациентов в возрасте от 48 до 78 лет. Из них 36 пациентов перенесли криоаблацию простаты, 16 - брахитерапию и 6 - необратимую электропорацию . Уровень общего ПСА до операции составлял, в среднем, 8,8±5,1 (4,5-19,8) нг/мл. По данным гистологического исследования в 37 случаях сумма баллов по шкале Глисона составила 6, а в 21 случае - 7 баллов. Объём простаты, в среднем 60,5±16,4 (25–70) см^3. У всех пациентов с уровнем ПСА более 10нг/мл проводилась МРТ органов малого таза.
Результаты: все операции прошли без особенностей; в одном случае после криоаблации простаты было отмечено осложнение – формирование прямокишечно-уретральной фистулы; все остальные осложнения были I степени по шкале Clavien-Dindo. Длительность пребывания в стационаре после перенесенных оперативных пособий статистически не различалась и составила 5±0,9 дней. Период наблюдения - 6 месяцев. В 56 случаях не было отмечено биохимического рецидива (по критериям ASTRO); и лишь в двух случае был отмечен рецидив.
Выводы: на наш взгляд малоинвазивные методы лечения рака предстательной железы позволяют добиться хороших результатов лечения при низком уровне осложнений. Однако, безусловно, требуется более длительное наблюдение за пациентами для оценки раково-специфической выживаемости.

Чрескожная криоаблация опухоли почки под ультразвуковым контролем с использованием местной анестезии.

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт, А.В. Амосов, М.Э. Еникеев, Д.Г. Цариченко, Д.В. Еникеев, Д.В. Чиненов, З.К. Джалаев, М.С. Тараткин.

НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ имени И.М. Сеченова.
г. Москва

Введение: современные методы диагностики позволяют выявлять опухоли почек на ранней (T1), бессимптомной стадии. В таких случаях возможно применение малоинвазивных методик, к примеру, криоаблации. Проведение данной операции возможно, в том числе, и под местной анестезией, что позволяет уменьшить число осложнений и ускорить послеоперационную реабилитацию пациента.
Цель работы: оценка эффективности и безопасности чрескожной криоаблации опухоли почки под уз-контролем с использование местной анестезии.
Материалы и методы: шести пациентам в возрасте 48-76 лет, была проведена чрескожная криоаблация опухоли почки под местной анестезией. Во всех случаях процесс протекал бессимптомно, функция почек была не изменена. В 5 случаях размер образования составлял от 1,9 до 2,5 см (T1a), у одном случае – 4,1 см (T1b). Во

всех наблюдениях образования располагались по задней или латеральной поверхности почки; в нижнем или среднем сегменте; без инвазии в синус. В качестве местного анестетика использовался раствор ропивакаина гидрохлорид 2 мг/мл объемом 50 мл. Сначала анестетик вводился подкожно, затем выполнялась послойная инфильтрация тканей. Для проведения операции использовалась криомашина 3-го поколения SeedNet gold (Galil Medical), криозонды IceSeed и IceRod. Интраоперационно, непосредственно перед криоаблацией выполнялась биопсия опухоли, наличие почечно-клеточного рака у всех больных было подтверждено гистологически.

Результаты: средняя длительность операции составила 67,3±18,1 мин. Длительность госпитализации составляла от 1 до 2 дней. Через 6 месяцев по данным УЗИ размер образований уменьшился в среднем на 8 мм, в них отсутствовал кровоток. При проведении МСКТ с 3D-моделированием отмечалось так же уменьшение образований, их градиент накопления контрастного препарата не превышал 10 HU (первоначально 200 HU). Интра- и послеоперационных осложнений выявлено не было.

Выводы: данные проведенного исследования позволяют подтвердить эффективность и безопасность перкутанной криоаблации под УЗ-контролем с использованием местной анестезии и рассматривать ее как метод выбора для пациентов с локализацией опухоли по задней или латеральной поверхности в нижнем или среднем сегменте, без инвазии в синус.

Сатурационная промежностная биопсия предстательной железы - безопасная и высокоточная методика диагностики рака простаты.

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт, А.В. Амосов, М.Э. Еникеев, Д.В. Еникеев, Д.В. Чиненов, Г.Е. Крупинов, З.К. Джалаев, М.С. Тараткин.

НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ имени И.М. Сеченова.
г. Москва

Введение: стандартом диагностики рака простаты, на сегодняшний день, является трансректальная 12-титочечная игольная биопсия, позволяющая выявлять рак в 60-75% случаев. В случае негативной первичной биопсии при продолжающемся росте ПСА было предложено применять сатурационную биопсию. В настоящее время данная методика используется, в том числе и для решения вопроса о проведении фокальной терапии. По данным литературы промежностная сатурационная биопсия предстательной железы позволяет выявить рак в 83 - 95 % случаев.

Цель работы: оценить эффективность и безопасность сатурационной промежностной биопсии простаты.

Материалы и методы: в исследовании участвовало 42 пациента в возрасте от 51 до 78 лет, перенёсших классическую трансректальную биопсию простаты. У всех пациентов был отмечен рост уровня ПСА в течение 6 месяцев. Уровень ПСА составил от 5,5 до 38 нг/мл. Объём простаты, в среднем - 62,7 (36 – 88) $см^3$. Скорость мочеиспускания (Q_{max}) - 15,4±5,5 мл/с.

Результаты: все биопсии были выполнены под спинномозговой анестезией. Средняя продолжительность пособия составила 41,4±5,7 (от 35 до 55) мин. Среднее количество биоптатов - 36 (от 31 до 54). Интраоперационно - осложнений не выявлено. Средняя длительность катетеризации составила 24 часа; средняя продолжительность госпитализации - двое суток. В одном случае (2,4%) у пациента после удаления уретрального катетера возникла острая задержка мочи, что потребовало повторной катетеризации. В дальнейшем уретральный катетер был спустя 3 дня, мочеиспускание восстановлено. Все остальные осложнения были I степени по шкале Clavien-Dindo. Нами не было выявлено значимого снижения Q_{max} после биопсии ($p < 0,01$). По результатам гистологического исследования в 41 (97,6%) случае была выявлена аденокарцинома простаты, сумма Глисона в 22 случаях (52,4%) – 6 баллов; в 18-ти (42,8%) – 7 ; в одном случае – 8 (2,4%).

Вывод: после проведения промежностной сатурационной биопсии простаты не было отмечено не только значительного количества осложнений, но и снижения скорости мочеиспускания. Таким образом, промежностная сатурационная биопсия простаты является безопасным и эффективным диагностическим методом.

Высокие технологии в хирургическом лечении инцидентального рака простаты.

Глыбочко П.В., Рапопорт Л.М., Фокин И.В., Еникеев М.Э., Безруков Е.А., Шпоть Е.В.

НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека ПМГМУ им. И. М. Сеченова
г. Москва

Введение. Инцидентальный рак простаты (ИРП) – рак простаты, выявленный в гистологическом материалы «случайно» результате после операции по поводу ДГПЖ (аденомэктомия, лазерная энуклеация, вапоризация, ТУР и т.д.). Частота выявления ИРП (3-20%).

Цель – оценить техническую возможность и особенности лапароскопической и роботассистированной РПЭ у больных ИРП.

Материалы и методы. Прооперировано 35 больных ИРП. 34 пациентам ранее в сроки от 2 до 12 месяцев выполнена трансуретральная операция по поводу ДГПЖ. В одном наблюдении – чреспузырная аденомэктомия. Из 34 больных ИРП в 5 наблюдениях проведена лапароскопическая и в 5 – роботассистированная РПЭ (срок наблюдения за больными от 1 до 15 мес); остальным пациентам

выполнена позадилонная простатэктомия.
Результаты. Длительность лапароскопических экстраперитонеальных операций без лимфаденэктомии (ЛАЭ) составила от 90 до 250 минут. Длительность роботассистированных РПЭ без ЛАЭ составила от 110 до 265 минут (в зависимости от необходимости ЛАЭ (n-1) и нервосбережения (n-2).Кровопотеря составила – от 50 до 430 мл. Длительность катетеризации составила от 9 до 49 суток (в среднем 14). Дооперационный койко-день – 1. Технические трудности встречены на этапах: катетеризации мочевого пузыря (одному больному потребовалась уретротомия); мобилизации апикальных фрагментов железы; сохранения сосудисто-нервных пучков; мобилизации шейки мочевого пузыря и сохранения проксимальной уретры; отсечения простаты от шейки мочевого пузыря особенно при наличии значимого ложного внтурипузырного рецидива ДГПЖ; визуализации устьев мочеточников (дважды вводили индигокармин); мобилизации апикальных фрагментов простаты от передней стенки прямой кишки; мобилизации и сохранения дистальной уретры; окончательного проведения катетера.
Особенностей и сложностей во время ЛАЭ не отмечено. В соответствии с классификацией Клавьен-Диндо осложнений по градациям 2-5 не выявлено. Положительных хирургических краев не установлено.
Выводы. Лапароскопическая и роботассистированная РПЭ могут быть выполнены у больных ИРП. Сложности схожи с таковыми, встречающимися при позадилонном доступе. Для объективной оценки онкологических и функциональных результатов лапароскопических и роботассистированных пособий при ИРП требуется большее количество наблюдений и более длительные сроки наблюдения.

Биопсия предстательной железы под контролем ТРУЗИ, системы Histoscanning™ и МРТ: сравнительный анализ полученных результатов и выбор оптимальной тактики диагностики рака предстательной железы

Говоров А.В., Васильев А.О., Ширяев А.А., Бродецкий Б.М., Садченко А.В., Ковылина М.В., Прилепская Е.А., Пушкарь Д.Ю.

Россия, Москва, кафедра урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ

Введение. На сегодняшний день в распоряжении врача-уролога существует множество методик визуализации перед проведением биопсии предстательной железы.
Целью нашего исследования явился сравнительный анализ выявляемости рака предстательной железы (РПЖ) при проведении биопсии под контролем ТРУЗИ, компьютер-ассистированной ультрасонографической системы Histoscanning™ с приложением True Targeting (PHS-TT) и МРТ, выполненной перед биопсией. Проведенное проспективное когортное исследование позволило оценить степень клинической значимости выявленного заболевания.
Материалы и методы. В период с июня по август 2016 года 281 пациент обратился в клинику урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова для первичной биопсии, из которых 131 были включены в исследование (средний уровень общего ПСА составил 2,5-10 нг/мл, изменения предстательной железы, подозрительные на рак, при пальцевом ректальном исследовании (ПРИ) отсутствовали, объем предстательной железы ≤ 60 см^3); 125 человек подписали информированное согласие. Всем пациентам была выполнена МРТ (1,5Т с контрастным усилением) ≤ чем за 60 дней до биопсии. Данные МРТ были описаны одним радиологом. Было отмечено до 3 очагов поражения ≥ 0,5 см^3 (по PIRADS ≥ 3). Врач-уролог, который не был ознакомлен с результатами МРТ и Histoscanning™, выполнял биопсию. Второй врач-уролог, исследующий суспициозные участки, полученные под контролем Histoscanning™ и МРТ, не имел данных, полученных при помощи других методов визуализации.
Результаты. При биопсии взято и изучено 1440 биоптатов из 720 квадрантов, из которых 371 фрагмент взят под контролем PHS-TT и 361 – под контролем МРТ (когнитивная оценка). У 85,8% пациентов при проведении гистосканирования были обнаружены суспициозные участки (в среднем 1,8), из которых в последующем было взято в среднем 3,6 таргетных биоптата. У 71,7% пациентов при МРТ были выявлены подозрительные участки (среднее число участков поражения / целевых очагов – 2,1 / 4,2). Частота осложнений была низкой (1,7% случаев острого простатита). Общий уровень выявляемости РПЖ составил 35% (42/120). Биопсия под контролем PHS-TT позволила бы диагностировать РПЖ в 85,7% всех выявленных случаев, в то время как классическая трансректальная биопсия – в 73,8% (p <0,01). Биопсия под контролем МРТ позволила бы выявить РПЖ в 92,9% случаев (p = 0,04). Выявляемость РПЖ в группах больных с суммой баллов по Глисону 3+3, 3+4, 4+3 и 4+4 составила 79,2%, 70%, 66,7% и 50% при классической трансректальной биопсии; 87,5%, 80%, 83,3% и 100% при биопсии под контролем PHS-TT и 91,7%, 90%, 100% и 100% при биопсии под контролем МРТ.
Выводы. У пациентов с уровнем общего ПСА 2,5-10 нг/мл, отсутствием изменений предстательной железы при ПРИ и PIRADS ≥ 3, биопсия предстательной железы под контролем PHS-TT продемонстрировала более низкий уровень частоты выявления РПЖ, но одинаковую частоту обнаружения опухоли в группах с суммой баллов по Глисону 3+4, 4+3 и 4+4 по сравнению с когнитивной биопсией под контролем МРТ. Доступность, более низкая стоимость, простота и быстрота проведения исследования являются теоретическими преимуществами использования Histoscanning™ при проведении биопсии предстательной железы.
В статью вошли результаты работ, выполненных при поддержке Гранта Президента РФ МК-5594.2016.7

Функциональные результаты у пациентов с раком предстательной железы низкого риска, перенесших робот-ассистированную радикальную простатэктомию

Говоров А.В., Васильев А.О., Ширяев А.А., Колонтарев К.Б., Раснер П.И., Дьяков В.В., Пушкарь Д.Ю.

кафедра урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедра урологии
г. Москва

Введение. На данный момент существует множество методик по оптимизации функциональных результатов робот-ассистированной радикальной простатэктомии (РАРПЭ). Цель данного исследования состояла в оценке влияния хирургической методики на восстановление удержания мочи, симптомы нижних мочевыводящих путей и эректильную функцию.

Материалы и методы. В исследование были включены 89 пациентов с раком предстательной железы (РПЖ) низкого риска, которые проходили лечение в клинике урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова на базе ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого в период с июля по декабрь 2015 г. После подписания информированного согласия пациенты были рандомизированы в 1-ю группу (n = 45, РАРПЭ с полным билатеральным сохранением нервных пучков и латеральной простатической фасции с использованием амниотической мембраны) и группу № 2 (n = 44, РАРПЭ с билатеральным сохранением нервных пучков). Во всех случаях была выполнена задняя реконструкция; с первого дня после удаления уретрального катетера пациенты начинали принимать тадалафил в дозировке 5 мг перорально 1 раз в день. Группы были сопоставимы по возрасту (57,4 года), уровню общего ПСА (5,9 нг/мл), клинической стадии, баллам по шкале Глисона и Чарльсона, индексу массы тела, объему предстательной железы, сумме баллов по шкале IPSS, МИЭФ-5 (срднее значение 23 перед оперативным лечением) и т.д. В ходе исследования была проведена оценка 1) степени удержания мочи (критерий - 0 прокладок/день; 2) послеоперационных симптомов нижних мочевыводящих путей (используя вопросы о качестве жизни в анкете IPSS - не беспокоят, оценка 0-2, беспокоят, оценка ≥3); 3) скорости восстановления эректильной функции (путем заполнения анкеты МИЭФ-5, > 17 баллов).

Результаты. Восстановление удержания мочи через 1 нед., 1, 3 и 6 мес. после операции периода в первой группе больных наблюдалось в 46,7%, 62,2%, 84,4% и 93,3% случаев, в то время как во второй группе больных данный показатель составил 31,8%, 56,8%, 77,3% и 90,9% случаев соответственно. Восстановление эректильной функции спустя 3 и 6 мес. после операции в первой группе больных было отмечено у 21 (46,7%) и 30 (66,7%) пациентов, во второй группе – у 18 (40,9%) и 23 (52,3%) пациентов соответственно. Различий в частоте положительного хирургического края, а также наличии интра- или послеоперационных осложнениях отмечено не было. Результаты были подтверждены при многофакторном анализе (отношение шансов для группы 1 по сравнению с группой 2 - 2,2 для восстановления удержания мочи [p = 0,006], 1,8 для восстановления ЭФ [p = 0,004] и 3,6 для симптомов нижних мочевыводящих путей [p = 0,01].

Выводы. Сохранение латеральной фасции и использование амниотической мембраны во время РАРПЭ позволяет значительно улучшить удержание мочи и эректильную функцию у больных с РПЖ низкого риска. Данный факт может привести к повышению качества жизни и удовлетворенности пациентов после операции.

Критерии эффективности хирургического лечения («Pentafecta»), описывающие интраоперационные технические приёмы могут включать: 1) билатеральное сохранение сосудисто-нервных пучков; 2) сохранение латеральной простатической фасции; 3) сохранение шейки мочевого пузыря; 4) применение амниотической мембраны и 5) герметичный анастомоз.

В статью вошли результаты работ, выполненных при поддержке Гранта Президента РФ МК-5594.2016.7

Опыт робот-ассистированной резекции почки у пациента с рецидивом опухоли после криоаблации почки

А.В. Говоров, А.О. Васильев, И.В. Семенякин, А.А. Ширяев, Д.Ю Пушкарь.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ,
кафедра урологии
г. Москва

Введение. Резекция почки является «золотым» стандартом лечения многих пациентов с почечно-клеточным раком (ПКР). Внедрение криоаблации в качестве альтернативного метода лечения ПКР позволило предложить пациентам ряд преимуществ, среди которых можно выделить минимально инвазивный подход, точность расположения криозондов, мониторинг процесса криоаблации в реальном времени, лучшую визуализацию почки, опухоли и соседних органов и низкий процент периоперационных осложнений. По данным разных авторов, пятилетняя раковоспецифическая выживаемость после криоаблации почки составляет более 90%; вместе с тем, процент местного рецидива может достигать 10%. При отсутствии четких критериев оценки эффективности криоаблации почки, большинство авторов при наблюдении за пациентами рекомендует выполнять МСКТ или МРТ после операции через 3, 6, 12, 18 и 24 мес. и далее — ежегодно. Отсутствие роста опухоли и накопления контрастного вещества при рентгенологическом исследовании может свидетельствовать об эффективности лечения.

Цель исследования. Оценить результат проведения робот-ассистированной (РА) резекции почки у пациента с рецидивом опухоли, перенесшего ранее криоаблацию почки по поводу ПКР.

Материалы и методы. В клинике урологии МГМСУ впервые проведена РА резекция почки пациенту Е., 62 лет, с клинической стадией ПКР T1aN0M0, перенесшему в 2013 году криоаблацию почки. При ежеквартальной в течение первого года, а в последующие года каждые 6 мес. МСКТ данные за рецидив опухоли отсутствовали. При повторной МСКТ органов мочевыделительной системы с внутривенным контрастированием в 2017 году на фоне выраженных послеоперационных изменений в среднем сегменте левой почки было выявлено гиперваскулярное образование, гетерогенной структуры, размерами 1,6x2,1x1,7 см, с повышенным сигналом в режиме диффузно-взвешенных изображений, интенсивно накапливающее контрастный препарат в артериальную фазу до 120 ед. HU. Соматический статус пациента был не отягощен. После совместно проведенной с пациентом беседы относительно имеющегося заболевания, степени его тяжести, существующих методах лечения данного заболевания и возможных осложнениях принято решение выполнить РА резекцию левой почки. Расположение троакаров было стандартным при подобного рода операциях, «третья» рука не использовалась.

Результаты. В ходе операции выделение почки сопровождалось выраженными техническими трудностями, что было обусловлено ранее перенесенной криоаблацией, сопровождавшейся рубцово-спаечным процессом в послеоперационном периоде в данной области. Время операции составило 115 мин., из которых время ишемии – 12 мин. Интра- и послеоперационных осложнений отмечено не было. Уретральный катетер удален на 2-е сутки после активизации больного, восстановлено самостоятельное мочеиспускание; страховая дренажная трубка удалена на 2-е сутки после контрольного УЗИ органов брюшной полости, показавшего отсутствие клинически значимого скопления свободной жидкости. При патогистологическом исследовании операционного материала ткань опухоли представлена светлоклеточным почечноклеточным раком 1-2 степени клеточной анаплазии, определяются выраженные фиброзные и склеротические изменения; экстракапсулярная инвазия не определяется; края резекции без признаков опухолевого роста.

Выводы. Робот-ассистированная резекция почки обладает рядом преимуществ по сравнению с открытой или лапароскопической методиками выполнения операции. Внедрение роботической техники позволило предлагать данный метод лечения больным с рецидивом опухоли почки после различных альтернативных и малоинвазивных методов лечения, таких как криоаблация и радиочастотная аблация. При сохранении радикальности лечения наблюдается меньшее количество периоперационных осложнений.

Улучшение диагностики рака предстательной железы посредством определения Плотности Индекса Здоровья Простаты (проспективное исследование)

А.В. Говоров, А.О. Васильев, А.А. Ширяев, Д.Ю. Пушкарь

МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ,
кафедра урологии
г. Москва

Введение. Анализ мировой литературы показывает, что Индекс Здоровья Простаты (PHI) превосходит ПСА и его производные в отношении выявляемости рака предстательной железы (РПЖ). Целью нашего исследования явилась оценка эффективности плотности PHI в выявлении клинически значимого РПЖ.

Материалы и методы. В исследование, проведенное на кафедре урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова на базе ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого, было включено 105 пациентов. У всех пациентов исходный уровень общего ПСА составил ≥ 2 нг/мл до 10 нг/мл, а также отсутствовали изменения предстательной железы, подозрительные на рак, при пальцевом ректальном исследовании (ПРИ). После определения плотности PHI (PHI / объём предстательной железы) всем пациентам была проведена биопсия предстательной железы под ультразвуковым контролем. Сывороточные маркеры были измерены стандартными методами. PHI рассчитывался по формуле [([-2] проПСА / свободный ПСА) x (ПСА) $^{1/2}$]; расчет плотности PHI выполнялся с использованием объема простаты, который был определен при трансректальном ультразвуковом исследовании. Показатель логистической регрессии был использован для оценки способности сывороточных маркеров выявлять клинически значимый РПЖ, который был прежде определен как рак с суммой баллов по градации Глисона ≥ 7 или 6 в более, чем 2-х биоптатах; при этом процент опухолевой ткани в биоптате занимал более чем 50%.

Результаты. Из 105 пациентов, перенесших биопсию предстательной железы, у 42 человек (40%) был обнаружен клинически значимый РПЖ. Средняя плотность PHI составила 0,70 (IQR 0,43-1,21). У пациентов с негативной биопсией или диагностированным клинически незначимым РПЖ средняя плотность PHI составила 0,53 (IQR 0,36-0,75), у пациентов с клинически значимым РПЖ – 1,21 (IQR 0,74-1,88) (p<0,001). Клинически значимый РПЖ был обнаружен у 3,8% пациентов при плотности PHI <0,43, у 38% мужчин в диапазоне от 0,43 до 1,21 и у 82% пациентов при значении плотности PHI > 1,21 (p < 0,001). Используя пороговое значение плотности PHI 0,43 чувствительность и специфичность составила 98% и 39% соответственно для клинически значимого РПЖ. У пациентов с суммой балов по градации Глисона ≥7 чувствительность составила 100%. По сравнению с ПСА, плотностью ПСА, % свободного ПСА и PHI, плотность PHI продемонстрировала самый высокий процент выявляемости клинически значимого РПЖ.

Выводы. Проведенный проспективный анализ показал, что использование плотности PHI позволяет избежать до 39% «ненужных» биопсий при проценте пропущенных случаев клинически значимого РПЖ не более 1%.
В статью вошли результаты работ, выполненных при поддержке Гранта Президента РФ МК-5594.2016.7

Сравнительная оценка качества жизни больных, перенесших криоаблацию предстательной железы, брахитерапию или радикальную простатэктомию

А.В. Говоров, А.О. Васильев, А.А. Ширяев, Д.Ю. Пушкарь

МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ, кафедра урологии
г. Москва

Введение. Внедрение в клиническую практику современных методов альтернативного лечения рака предстательной железы (РПЖ), таких как криоаблация, внутритканевая брахитерапия, HIFU-терапия и др. позволили снизить количество и частоту осложнений, наблюдаемых после радикальных методов лечения и значительно повысить качество жизни (КЖ). Изучение КЖ оперированных больных носит принципиальный характер, поскольку на сегодняшний день в мировой научной литературе этот вопрос освещен недостаточно. В нашем исследовании проведена сравнительная оценка качества жизни пациентов, перенесших тотальную криоаблацию предстательной железы, брахитерапию и радикальную простатэктомию (РПЭ).
Материалы и методы. Оценка КЖ, связанного со здоровьем (HRQoL), была проведена всем пациентам перед операцией, а также спустя 3, 6, 12, 18, 24, 30 и 36 мес. после оперативного лечения посредством заполнения опросника UCLA-PCI. Оценены функция мочеиспускания (UF); беспокойство, обусловленное функцией мочеиспускания (UB); функция кишечника (BF) и беспокойство, обусловленное функцией кишечника (BB). Из исследования были исключены пациенты с исходной суммой баллов КЖ <50, а также больные, которым проводилась гормональная или лучевая терапия, а также ранее выполнялись операции по поводу ДГПЖ. Финальному анализу были подвергнуты результаты анкетирования 230 пациентов: 112 больных, перенесших РПЭ (52 – открытым и 70 – робот-ассистированным доступом), 56 пациентов – после брахитерапии и 62 мужчин – после первичной тотальной криоаблации предстательной железы.
Результаты. Средний возраст больных, перенесших тотальную криоаблацию, брахитерапию и РПЭ составил 70±6, 66±7 и 58±7 лет (p<0,001). Распределение пациентов по стадиям не различалось, за исключением группы больных, перенесших брахитерапию, в которой было больше пациентов с клинической стадией T1c (71,4%). Средний уровень общего ПСА составил 8,4 ± 4,5, 5,8 ± 3,8 и 9,8 ± 5,6 в группах больных, перенесших криоаблацию, брахитерапию и РПЭ (p = 0,06). Пациенты, перенесшие брахитерапию, имели более низкий уровень общего ПСА, большую долю пациентов с суммой Глисона 6). Среднее время наблюдения составило 22,8 (медиана 12- 36) мес. Спустя 36 мес. после операции средний показатель UF, UB и BF был максимальными в группе больных, перенесших криоаблацию – 112, 103 и 110 баллов, в то время как в группе больных, перенесших брахитерапию данные показатели составили 87, 91 и 105 баллов, а в группе больных, перенесших РПЭ - 78, 88 и 101 баллов, соответственно (для показателя UF p<0,01, UB – p=0,15, BF – p = 0,56). Средний показатель BB в группе больных, перенесщих криоаблацию, брахитерапию и РПЭ, спустя 36 мес. после операции составил 97, 99 и 96 баллов, соответственно (p = 0,52).
Выводы. С внедрением в клиническую практику криоаблации предстательной железы появилась возможность значительно улучшить качество жизни пациентов за счет минимизации количества осложнений и меньшего времени пребывания в стационаре. Проведенное анкетирование больных позволило определить взаимосвязь качества жизни и основного заболевания, а также выявить различные компоненты нарушения здоровья. При наблюдении за пациентами более 2-х лет после криоаблации предстательной железы отмечено лучшее восстановление функции мочеиспускания с достоверным улучшением дооперационных показателей.
В статью вошли результаты работ, выполненных при поддержке Гранта РНФ *16-19-10567*

Лапароскопическая резекция почки при интрапаренхиматозных опухолях

М.Ю. Голубев, А.Г. Мартов, В.П. Сергеев, Д.А. Абдуллаев

г. Москва.

Введение: Рак почки является одним из самых распространенных злокачественных новообразований. Широкое использование современных способов диагностики (КТ, МРТ) привело к увеличению доли локализованных форм опухолей почек. Резекция почки обеспечивает радикальность лечения при опухолях до 7см. С тех пор, как N.M. Winfield впервые выполниллапароскопическую резекциюпочки (1993г), эта методика получила большую популярность и доля лапароскопических резекций по отношению к открытым неуклонно растет. Единственным исключением можно считать интрапаренхиматозное расположение опухоли, при которой открытая резекция или нефрэктомия остается наиболее распространенным методом лечения. Однако все чаще обсуждаются возможности и эффективность лапароскопической резекции (энуклеорезекции) почки при интрапаренхиматозной опухоли.
Метериалы и методы: С 2015 года по настоящее

время, в ГКБ им. Д.Д. Плетневавыполнено 11лапароскопическихрезекций почек при интрапаренхиматозном расположении опухоли. Операции выполнялись с тепловой ишемией, для создания которой использовался сосудистый зажим (бульдог). В подавляющем большинстве случаев выполнялась тотальная ишемия. Обязательным условием предоперационного обследования являлось выполнение мультиспиральной КТ с внутривенным контрастированием,на основе которой определялись размеры и расположение опухолевого узла и оценивалось место предстоящего «поискового» разреза почки. Разрез обычновыполнялся в бессосудистой зоне (зона Броделя) до визуализации опухоли. Резекция (энуклеорезекция) почки производилась только «холодными» ножницами. Гемостаз обеспечивался прошиванием раны почки непрерывными швами с фиксацией лигатур в натяжении гемостатическими клипсами.

Результаты: Все операции выполнены трансперитонеальным способом. Время операции составило: медиана 122,0 минуты (95-150). Медиана времени ишемии составила 22 минуты (18-26). У 8 пациентов опухоль располагалась в нижнем сегменте, у 3 - в среднем. Размер удаленной опухоли варьировал от 20до 35мм (медиана 26,4мм). Интра- или послеоперационных осложнений не отмечено ни у одного пациента. По результатам гистологического исследования во всех случаях получен отрицательный хирургический край. Послеоперационный койко-день: медиана 8,4 (6-14). Из особенностей следует отметить, что у первых больных (3) с гемостатической целью и с целью заполнения дефекта почки нами использовалась губка (Surgicel), которая создавала определенные трудности для УЗИ контроля в п/о периоде. В дальнейшем все оперативные вмешательства выполнялись без использования гемостатических материалов.

Выводы: Полученные первичные результаты указывают на возможность эффективного выполнения лапароскопической резекции (энуклорезекции) почки при интрапаренхиматозном расположении опухоли без ущерба радикальности. Несмотря на объективные сложности, лапароскопическаяэнуклеорезекцияпозволяет минимизировать операционную травму, значительно облегчает течение послеоперационного периода и ускоряет реабилитацию пациентов. Эти операции могут выполняться в лечебных учреждениях, имеющих большой опыт выполнения лапароскопических оперативных вмешательств. Одним из основных условий эффективного выполнения оперативного лечения, наряду с лапароскопическим навыком оперирующего хирурга,является согласованностьработы всей операционной бригады.

Комбинация Histoscanning и PCA3 в моче для определения показаний к биопсии предстательной железы

М.В. Григорьева, А.В. Корякин, А.В. Сивков, Д.С. Михайленко, Г.Д. Ефремов, О.И. Аполихин, А.Д. Каприн

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» г. Москва

Введение: В последнее время немало работ посвящено совместному применению методов визуализации и маркеров рака предстательной железы (РПЖ) для улучшения качества диагностики заболевания. Мы изучили целесообразность совместного применения гистосканирования предстательной железы (ПЖ) и исследования экспрессии PCA3 в моче для определения показаний к биопсии ПЖ.

Материалы и методы: Проанализировали результаты обследования 38 пациентов (44-79 лет), направленных для выполнения биопсии ПЖ в связи с повышением уровня PSA сыворотки крови. Методы дополнительного обследования включили гистосканирование ПЖ (Histoscanning) и оценку экспрессии PCA3 в моче. Окончательный диагноз ставили по результатам патоморфологического исследования.

Результаты: Чувствительность, специфичность, диагностическая точность и площадь под ROC-кривой для PCA3 в моче, гистосканнинга, а также их комбинации, составили: 95%; 72,2%; 84,2% и 0,808 (95% ДИ 0,648 - 0,918); 90%, 44,4%, 68,4% и 0,539 (95%ДИ 0,370 - 0,702); 100%, 72,2%, 86,8% и 0,811 (95% ДИ 0,651 - 0,919).

Выводы: Таким образом, гистосканнинг, в комбинации с PCA3 в моче, позволил повысить чувствительность маркера, без снижения его специфичности.

Лапароскопическая резекция опухоли верхнего полюса почки с ротацией ее вокруг сосудов

Гулиев Б.Г., Комяков Б.К., Мусаев М.М.

Кафедра урологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Введение. Опухоли почки, находящиеся на противоположной от доступа (транс- или ретроперитонеальный) поверхности почки, приводят к определенным сложностям при их резекции и выполнении гемостаза. Чресбрюшинная ЛПН при дорзальных опухолях верхнего полюса почки может осложниться увеличением времени операции и тепловой ишемии, и объема кровопотери. При подобной локализации новообразования почки мобилизация и ротация ее вокруг сосудов может изменить локализацию опухоли и сделать последующую резекцию более удобной и безопасной.

Цель. Изучить результаты лапароскопической резекции опухолей верхнего полюса почки с использованием методики ее ротации вокруг сосудов.
Материал и методы. В анализ включены результаты оперативного лечения 12 больных с новообразованиями верхнего полюса почки, которым выполнена лапароскопическая парциальная нефрэктомия (ЛПН) с ротацией ее вокруг сосудистой ножки. Чресбрюшинным доступом производилась мобилизация почка с сосудами, затем она вокруг них разворачивалась таким образом, что верхний полюс с опухолью оказывался на месте нижнего. При этой методике дорзально локализованное образование после ротации располагалось кпереди, что делало удобным его дальнейшую резекцию. После удаления опухоли и гемостаза почку устанавливали в свое обычное положение.
Результаты. У всех 12 пациентов удалось с использованием данной методики выполнить лапароскопическую резекцию почки. Время ЛПН в среднем составило 120 ± 35,0 мин (от 90 до 210 мин), тепловой ишемии – 14,5 ± 7,8 мин (от 10 до 26 мин) и объем кровопотери - 120,0 ± 65,5 мл (от 60 до 300 мл). Патоморфологическое исследование у 11 (91,7%) больных выявило почечно-клеточный рак почки, у 1 (8,3%) –ангиомиолипому. За период наблюдения от 6 до 24 мес местного рецидива опухоли и отдаленных метастазов не было.
Заключение. Ротация почки вокруг сосудистой ножки облегчает лапароскопическую чресбрюшинную резекцию дорзально расположенных опухолей верхнего полюса и минимизирует количество интра- и послеоперационнных осложнений.

Результаты открытой и лапароскопической резекции почки при локализованном раке почки

Гулиев Б.Г., Комяков Б.К., Мусаев М.М.

Кафедра урологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова
г. Санкт-Петербург

Введение. В настоящее время резекция почки является основным методом оперативного лечения больных почечно-клеточным раком в стадии Т1. За последние годы она стала выполнятся лапароскопическим методом.
Цель работы. Сравнить результаты лапароскопической и открытой резекции почки.
Материал и методы. С 1998 по 2016 года 178 больным с опухолями почки в стадии Т1 выполнена резекция почки. Мужчин было – 106 (59,5%), женщин – 72 (40,5%), средний возраст составил 48,2 года. Открытая резекция почки была выполнена 102 (57,3%) и лапароскопическая – 76 (42,7%) больным. В большинстве случаев (92,2%) резекция произведена по элективным, у 14 (7,8%) – по абсолютным показаниям. Предоперационно у 163 (91,6%) больных была установлена Т1а, у 15 (8,4%) – Т1в стадия заболевания. Размеры опухоли в 1 группе колебались от 2,4 до 6,2 см, во второй группе – от 2,0 см до 5,4 см. Проведен сравнительный анализ таких параметров, как время операции и тепловой ишемии, объем кровопотери, сроки дренирования и госпитализации больных.
Результаты. При открытой резекции почки время операции (105 против 125 мин) и время ишемии (14,5 против 20,8 мин) были меньше, чем при лапароскопической. Последняя характеризовалась меньшим объемом кровопотери (180 против 365 мл, $p < 0,05$) и коротким периодом госпитализации (2,5 против 5,6 дней, $p < 0,05$). Один позитивный край выявлен в каждой из двух групп.
Заключение. В настоящее время лапароскопическая резекция почки является методом выбора при почечно-клеточном раке в стадии Т1. Несмотря на сравнительное большее время операции и тепловой ишемии, для нее характерны быстрое выздоровление больных и меньшее число осложнений.

Биомаркеры острого гипоксически-реоксигенационного повреждения нефроцитов в условиях лапароскопической резекции ренальной паренхимы

Р.Г. Гусейнов

Интраоперационная окклюзия почечной артерии при лапароскопической резекции органа является причиной тепловой ишемии и гипоксически-реоксигенационной неспецифической альтерации клеток ренальной паренхимы с преимущественным поражением эпителиоцитов проксимальных сегментов канальцевой системы нефрона. Патологический процесс целлюлярного повреждения лежит в основе механизмов возникновения и развития синдрома острого почечного повреждения (ОПП), требующего как можно более раннего начала коррекции.
Оценка функционального потенциала ренальной ткани традиционно проводится на основе результатов количественной и качественной детекции креатинина и мочевины. В настоящее время разработаны новые методики, более чувствительные и надежные, позволяющие в динамике оценить особенности развития клубочково-канальциевой дисфункции.
Соединения, используемые в качестве лабораторных биомаркеров острого почечного повреждения должны в полном объеме соответствовать определенным требованиям. Измеряемые аналиты должны быть высокоспецифичными и чувствительными идентификаторами почечного повреждения.
Одной из преренальных причин острой гипоксически-реоксигенационной альтерации почки является окклюзия почечной артерии, выполняемая в процессе лапароскопической резекции почки. Вероятность формирования синдрома острого почечного повреждения возрастает по мере увеличения времени обескровливания. Перспективным направлением лабораторной детекции нарушений является измерение количества или

активности биомаркеров острого повреждения почки. Результаты качественной и количественной детекции этих аналитов, существенно расширяют и углубляют представления об этиопатогенезе нарушений, позволяют более точно оценить степень тяжести расстройств, улучшают качество прогнозирования, обеспечивают своевременность коррекции лечебных мероприятий.

Молекулярные и клеточные механизмы повреждения ренальной паренхимы При тепловой ишемии почки

Р.Г. Гусейнов

Тепловая ишемия ренальной паренхимы является вынужденным компонентом лапароскопической резекции почки и сопровождается кислородной депривацией оперируемого органа с последующей реоксигенацией, способной вызывать дополнительное поражение почечной ткани. Последствиями такой альтерации становятся острые функциональные и структурные расстройства отдельных частей нефрона, и повышается вероятность развития ренальной дисфункции в целом.
При выполнении лапароскопической резекции пораженного фрагмента почки одним из вероятных негативных последствий вмешательства является дисфункция гломерулярно-тубулярной системы органа, связанная с вынужденной интраоперационной окклюзией почечной артерии. Пережатие почечной артерии является с одной стороны фактором, необходимым для успеха хирургического вмешательства, с другой – становится потенциальным повреждающим механизмом, способным вызвать или усугубить функциональную недостаточность нефрона.
Результаты экспериментально-клинического изучения молекулярно-клеточных механизмов ишемически-реперфузионного повреждения почечной ткани позволили, во-первых, определить основные мишени альтерации, установить ее последствия; во-вторых, выявить спектр возможностей для лимитирования последствий гипоксии и/или реоксигенации.
Ответ клеточных структур почечной ткани на повреждение является неспецифическим типовым патологическим процессом. Перспективными направлениями разработки новых методов эффективной нефропротекции при вынужденном интраоперационном обескровливание почки является устранение гипоэргоза за счет вмешательства в пуриновый обмен, стабилизация биологических мембран, антиоксидантная и антигипоксическая защита нефроцитов, поддержание в неактивном состоянии или инактивация ферментов, демонтирующих внутриклеточные структуры и др.

Предикторы ранних послеоперационных осложнений у пациентов, перенесших радикальную цистэктомии с кишечной пластикой

Даренков С.П., Проскоков А.А., Пинчук И.С

Центр урологии ФГБУ «Клиническая больница» Управления Делами Президента РФ
г. Москва

РЦЭ выполнили всем 77 (100%) больным, вошедшим в исследование, из них 30 (39%) пациентам — цистэктомию с илеопластикой по Штудеру и 47 (61%) — с пластикой по Брикеру.
Всего после операции зарегистрировано 56 осложнений у 36 (46,8%) пациентов. Структура послеоперационных осложнений представлена следующим образом: хирургические – 39,3%; терапевтические – 16,1% и гнойно-воспалительного характера — 44,6%.
Проанализированы следующие переменные: возраст в момент выполнения операции, индекс массы тела (ИМТ), стадия опухоли, наличие метастазов, степень дифференцировки опухоли, а также наличие сопутствующей соматической патологии (кардиологический и эндокринный анамнез). 89% больных, вошедших в наше исследование, имели сопутствующие заболевания. Ожирение (ИМТ больше 30) было у 2,6% человек, ИМТ 20–25 — у 58,4%, ИМТ 25–30 — у 38,9%. На момент РЦЭ 12,9% больных имели тяжёлую сочетанную интеркуррентную патологию: ИБС в 37,5% случаев, гипертоническая болезнь II–III стадии в 88,3%, врождённые пороки сердца в 1,2%, последствия ОНМК в 2,6%, сахарный диабет 2 типа в 18,2% случаев.
При проведении моновариантного логистического регрессионного анализа выявлено, что осложненный эндокринный анамнез (сахарный диабет) в подгруппе пациентов, перенёсших радикальную цистэктомию с кишечной пластикой по Брикеру ($p=0,02$) и в подгруппе пациентов, пренесших радикальную цистэктомию с кишечной пластикой по Штудеру ($p=0,01$), возраст пациентов 63,2±10,8 против 57,8±7,9, оказались статистически значимыми предикторами развития тяжёлых осложнений ($p=0,02$).
В мультивариантном логистическом регрессионном анализе ИМТ более 25, осложненный кардиологический анамнез, стадия опухолевого процесса оказались статистически незначимыми предикторами развития тяжёлых осложнений.
На основании полученных результатов можно сделать вывод, что такой факторов риска, как возраст пациентов, в нашем случае 63,2 ± 10,8, это касается пациентов, перенёсших радикальную цистэктомию с кишечной пластикой по Бриккеру, чаще встречались осложнения хирургического характера, а именно: спаечная кишечная непроходимость и парез кишечника.
Осложнённый эндокринный анамнез (сахарный диабет) в 2 подгруппах был предиктором осложнений терапевтического характера (тромбоэмболия легочной артерии и острый тромбоз

глубоких вен нижних конечностей, острое нарушение мозгового кровообращения).
На основании проведенного исследования мы пришли к выводу, что для профилактики осложнений и планирования метода деревации мочи при РЦЭ, предже всего, необходимо учитывать возраст пациента и отягощенный эндокринный анемнез – сахарный диабет.

Диагностическая точность ПЭТ-КТ С ^{18}F –холином в определении лимфогенных метастазов рака предстательной железы

О.И. Евсюкова, В.Б. Матвеев, М.Б. Долгушин, А.А. Оджарова, В.А. Черняев

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский онкологический центр им.Н.Н.Блохина» Минздрава России
г. Москва

Актуальность. Внедрение в клиническую практику нового перспективного метода диагностики – позитронно-эмиссионной компьютерной томографии с КТ (ПЭТ-КТ), позволило существенно увеличить число выявляемых пациентов с метастазами РПЖ после радикального лечения в тазовые и забрюшинные лимфоузлы и предложить новые варианты для лечения данной категории больных. Сопоставление данных морфологических находок после выполнения забрюшинной и тазовой лимфаденэктомии с данными предоперационной ПЭТ-КТ, является крайне важным для оценки диагностической точности метода.
Цель исследования. Оценить чувствительность (Se), специфичность (Sp), прогностичность положительного результата (PPV), прогностичность отрицательного результата (NPV) ПЭТ-КТ с ^{18}F-холином в определении лимфогенных метастазов рака предстательной железы после радикального лечения.
Материалы и методы. В исследовании участвовали 15 пациентов, которым в период с октября 2014г по декабрь 2016г выполнялась рТЛАЭ (21,4%) и рТЛАЭ с ЗЛАЭ (78,6%) на основании данных предоперационной ПЭТ-КТ. Медиана уровня ПСА общ. при клиническом рецидиве составила 2,5 нг\мл (0,421-22,0). Операционный материал маркировался раздельно по локализации удаляемых лимфатических узлов и отправлялся на плановое гистологическое исследование. На основании сопоставления данных ПЭТ-КТ и планового морфологического исследования вычислялись Se, Sp, PPV, NPV метода. Для большей объективности результатов исследования с учетом малого числа больных анализ проводился по пациентам и по зонам лимфаденэктомии.
Результаты. Всего было удалено 324 лимфоузла (медиана удаленных лимфоузлов 22, 13-34), метастазы РПЖ выявлены в 117 (медиана 7, 0-20) лимфоузлах у 13 пациентов (92,8%). Медиана метастазов в лимфоузлах по данным предоперационной ПЭТ-КТ – 3,5 (1-15). Анализ по пациентам показал Se 61.5%, Sp 92.4%, PPV 87%, NPV 74%. Анализ по зонам лимфаденэктомии - Se 47.5%, Sp 87.7%, PPV 57.5%, NPV 82.6%.
Выводы. ПЭТ-КТ с ^{18}F-холином обладает недостаточно высокой чувствительностью у больных РПЖ с биохимическим рецидивом после радикального лечения при медиане ПСА 2,5 нг\мл и при отрицательном результате следует рассмотреть вопрос о применении дополнительных методов исследования. Высокая специфичность метода и позитивная предсказательная точность позволяет принимать важные клинические решения о выполнении спасительной лимфаденэктомии или лучевой терапии у больных с лимфогенными метастазами рака предстательной железы.

Прогностическая ценность номограмм mskcc в отношении инвазии в капсулу в нашей серии робот-ассистированных радикальных простатэктомий

М.Б. Зингеренко, К.М. Мирзоев, Я.С. Голыгин

ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр
г. Москва

Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований у мужчин.
В последние годы отмечается увеличение случаев выявления локализованного рака простаты у мужчин.
Цель исследования. Оценить прогностическую ценность номограмм Memorial Sloan Kettering Cancer Center у пациентов с локализованным раком простаты оперированных в урологическом отделении Московского Клинического Научного Центра.
Методы исследования. В данное исследование было включено 100 пациентов с клинически локализованным раком простаты, которым одним хирургом была выполнена радикальная робот-ассистированная простатэктомия в период в период с февраля 2015 г. по март 2017 г. Всем пациентам было проведено стандартное предоперационное обследование, в т. ч. МРТ малого таза с контрастированием. Данных за инвазию в капсулу, по данным МРТ получено не было. По данным номограмм MSKCC, пациенты, в зависимости от вероятности прорастания в капсулу, были разделены на три группы: первая группа - до 33% (1 пациент), вторая группа - от 33% до 66% (7 пациентов), третья группа - от 66% до 100 % (16 пациентов).
Результаты. В первой группе прорастание в капсулу выявлено у 1 пациента, во второй группе у 7 пациентов, в третьей группе – у 16 пациентов.
Выводы. Прогностическая ценность номограмм MSKCC достаточна высока. Опыт нашей клиники свидетельствует о целесообразности обязательного включения в план предоперационного обследования номограмм MSKCC пациентов, которым планируется выполнение РАРПЭ.

Тактика ведения пациентов с лимфоцеле после выполнения робот-ассистированной радикальной простатэктомии (рарпэ) с двухсторонней тазовой лимфаденоэктомией.

М.Б. Зингеренко, К.М. Мирзоев

ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр
г. Москва

Цель исследования – проанализировать частоту возникновения лимфоцеле у пациентов после выполнения РАРПЭ, определить тактику ведения и лечения данного состояния.
Методы исследования. В урологическом отделении МКНЦ РАРПЭ выполняются с сентября 2013 г. В исследование вошло 32 пациента, которым в период с января 2016 г. по февраль 2017 г. выполнялась РАРПЭ с двухсторонней тазовой лимфаденоэктомией (ТЛАЭ). Средний возраст пациентов составил 66 лет (от 53 до 76 лет). Расширенная ТЛАЭ (РТЛАЭ) была выполнена семи (22%) пациентам. При выполнении РТЛАЭ выполнялось клипирование зоны резецируемых лимфатических протоков. Всем пациентам в послеоперационном периоде, в различные сроки выполнялось УЗИ малого таза.
Результаты. У четырех пациентов (12,5%) возникло клинически значимое лимфоцеле, потребовавшее выполнения перкутанной пункции лимфоцеле под УЗ-контролем: у трех в раннем послеоперационном периоде, у одного – спустя два месяца после операции. Одному из этих четырех пациентов была выполнена РТЛАЭ. Показаниями для пункции лимфоцеле мы считали клинические проявления в виде гипертермии и локальную болезненность. При культуральном исследовании пунктатов микрофлоры обнаружено не было ни в одном из случаев. Двум пациентам была выполнена одномоментная пункция лимфоцеле. Объем эвакуированной лимфы – около 100 мл. Дренаж в полость лимфоцеле не устанавливался, двум остальным полость лимфоцеле дренировалась на протяжении 2 дней. Повторного выполнения пункции не потребовалось.
Выводы. Показаниями к проведению пункционно-дренажного лечения (ПДЛ) мы считаем гипертермию и локальную болезненность в зоне определяемого при УЗИ лимфоцеле. ПДЛ является эффективным методом лечения. Вероятность развития клинически значимого лимфоцеле невелика. Возможность возникновения лимфоцеле не должно приводить к ограничению показаний для ее применения.

Робот-ассистированная радикальная цистэктомия в лечении инвазивного рака мочевого пузыря.

Зингеренко М. Б., Газарян М. А.,
Абдулатипов Р. М., Ширин Д. А.

ГБУЗ Московский Клинический Научно-Практический Центр им. А. С. Логинова ДЗМ.
г. Москва

Рак мочевого пузыря (РМП) занимает 9 место среди всех злокачественных новообразований. В РФ РМП занимает 8 место среди мужчин и 18 среди женщин. Ежегодно диагностируется >380 тыс. новых случаев РМП. В 70% впервые выявленный РМП является неинвазивным, в 30% - инвазивным.
В большинстве западных стран и странах с высокой заболеваемостью РМП «золотым» стандартом лечения ИРМП является радикальная цистэктомия (РЦЭ). Эта операция зачастую выполняется открытым лапаротомным доступом. Однако с развитием высоких медицинских технологий все чаще приоритетным методом оперативного доступа при РЦЭ стала робот-ассистированная операция. У мужчин стандартный объем РЦЭ – удаление единым блоком мочевого пузыря и предстательной железы с семенными пузырьками. У женщин РЦЭ подразумевает выполнение передней экзентерации малого таза – удаление мочевого пузыря, матки с придатками и резекция передней стенки влагалища. Также обязательной процедурой при выполнении РЦЭ является двусторонняя расширенная тазовая лимфаденэктомия.
Материалы и методы. В урологическом отделении МКНЦ в период с 2014-2017 гг. по поводу РМП выполнено 15 РЦЭ. Из них 3 операции были выполнены открытым доступом (ОРЦ), 3 – лапароскопическим (ЛРЦ), а 9 пациентам выполнена робот-ассистированная радикальная цистпростатэктомия (РАРЦ). ОРЦ и ЛРЦ выполнялись хирургом с большим предшествующим опытом цистэктомий. В то время как РАРЦ выполнял хирург с небольшим опытом ОРЦ, однако имеющий опыт более 100 роботических операций в урологии.
Средний возраст пациентов составил 64,6 лет. Из них женщин – 2, мужчин – 13. Обоим женщинам была выполнена лапароскопическая передняя экзентерация малого таза с формированием илеокондуита по Брикеру. Оперативные доступы и методы деривации мочи у мужчин различались. 3 мужчинам РЦЭ с операцией Брикера выполнена из лапаротомного доступа, 1 – лапароскопически.
Остальным 9 мужчинам выполнена РАРЦ с использованием роботической техники Da Vinci Si.
В 7 случаях деривация мочи осуществлена по методике Брикера, в 1 случае – по методике Штудера. При этом формирование всех анастомозов осуществлялось интракорпорально: межкишечные анастомозы – с помощью сшивающих аппаратов EndoGia 45 мм и 60 мм, уретероилеоанастомозы - интракорпорально нитью монокрил 3/0. Еще 1 пациенту по поводу терминального гидро-

нефроза слева симультанно выполнена лапароскопическая нефруретерэктомия – сформирована уретерокутанеостома справа.
Конверсии в открытую операцию при ЛРЦ и РАРЦ не потребовались.
Результаты. Среднее время операции при ОРЦ – 320 мин., при ЛРЦ – 340 мин., РАРЦ – 422 мин. При этом время последних 4 роботических операций составило менее 320 мин., что свидетельствует о быстрой кривой обучаемости РАРЦ.
Средняя интраоперационная кровопотеря при ОРЦ и ЛРЦ составила 650 мл и 528 мл соответственно, тогда как при РАРЦ она была 314 мл.
С серьезными осложнениями после РЦЭ мы столкнулись у 3 пациентов (20%). У 1 пациента после ОРЦ зарегистрирована эвентрация, что потребовало ре-лапаротомии (осложнение по кл. Клавьен-Диндо IIIв). У 1 пациента после ЛРЦ диагностирован острый инфаркт миокарда, что потребовало интенсивной терапии в условиях отделения реанимации (осложнение Клавьен-Диндо IV). Еще у 1 пациента после РАРЦ диагностирована острая тонкокишечная непроходимость, причиной которой явился ранний спаечный процесс в брюшной полости, что потребовало выполнения лапаротомии (осложнение по Клавьен-Диндо IIIв). Нами отмечен более короткий койко-день в группе больных РАРЦ, который составил 11 к/д. Для пациентов, перенесших ОРЦ и ЛРЦ, средний к/д составил 18 и 15 соответственно.
Выводы. Т.о., при сравнении ОРЦ, ЛРЦ и РАРЦ нами обнаружено, что использование роботической техники является предпочтительным методом лечения ИРМП за счет быстрой кривой обучаемости, снижения интраоперационной кровопотери, меньшей потребности в обезболивающих, более коротким сроком госпитализации. При этом надежность онкологических результатов не отличается для всех групп пациентов.

Прогностическая ценность номограмм MSKCC в отношении инвазии в капсулу в нашей серии робот-ассистированных радикальных простатэктомий

М.Б. Зингеренко, К.М. Мирзоев, Я.С. Голыгин

ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр
г. Москва

Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований у мужчин.
В последние годы отмечается увеличение случаев выявления локализованного рака простаты у мужчин.
Цель исследования. Оценить прогностическую ценность номограмм Memorial Sloan Kettering Cancer Center у пациентов с локализованным раком простаты оперированных в урологическом отделении Московского Клинического Научного Центра.
Методы исследования. В данное исследование было включено 100 пациентов с клинически локализованным раком простаты, которым одним хирургом была выполнена радикальная робот-ассистированная простатэктомия в период в период с февраля 2015 г. по март 2017 г. Всем пациентам было проведено стандартное предоперационное обследование, в т. ч. МРТ малого таза с контрастированием. Данных за инвазию в капсулу, по данным МРТ получено не было. По данным номограмм MSKCC, пациенты, в зависимости от вероятности прорастания в капсулу, были разделены на три группы: первая группа - до 33% (1 пациент), вторая группа - от 33% до 66% (7 пациентов), третья группа - от 66% до 100 % (16 пациентов).
Результаты. В первой группе прорастание в капсулу выявлено у 1 пациента, во второй группе у 7 пациентов, в третьей группе – у 16 пациентов.
Выводы. Прогностическая ценность номограмм MSKCC достаточна высока. Опыт нашей клиники свидетельствует о целесообразности обязательного включения в план предоперационного обследования номограмм MSKCC пациентов, которым планируется выполнение РАРПЭ.

Восстановление эректильной функции после нервосберегающей радикальной робот-ассистированной простатэктомии в зависимости от качества эректильной функции перед операцией, оцененной с помощью опросника миэф-5

Зингеренко М.Б., Лахно Д.А., Исаков М.Н.

Московский клинический научно-практический центр

г. Москва

Введение: Сохранение качества жизни пациента после радикальной простатэктомии, наряду с достижением онкологического контроля является приоритетной задачей современной хирургии. Возможности, представляемые роботическим комплексом DaVinci, позволяют добиться максимального сохранения анатомических тазовых структур, и, соответственно, восстановления удержания мочи и эректильной функции. Мы проанализировали наш опыт выполнения нервосберегающей роботической простатэктомии.
Материалы и методы: В урологическом отделении МКНЦ в период с сентября 2013 по февраль 2017 года выполнено 160 радикальных робот-ассистированных простатэктомий (РАРП). Из них сорока пациентам выполнялись РАРП с нервосбережением с применением интрафасциальной и интерфасциальной методик, из них 20 операций проводилось без вскрытия тазовой фасции. Возраст пациентов варьировал от 41 до 73 лет, средний возраст составил 59 лет. ПСА до операции находился в интервале 4,2-17 нг/мл, в среднем 7.7 нг/мл. Всем пациентам выполнялось МРТ с контрастированием для исключения экстракапсулярного распространения и инвазии

в сосудисто-нервные пучки. Распределение по стадиям: cT1c –24(60%); cT2a- 4(10%); cT2b- 4(10%); cT2c- 8 (20%)пациентов. Сумма баллов по шкале Gleason при анализе биопсийного материала: Глисон 6(3+3)– 25 пациента (62%) ; Глисон 7(3+4) - 13(33%) ; Глисон 7(4+3)-2(5%).Оценка сексуальной функции проводилась с применением опросника МИЭФ-5 до оперативного лечения, через 3 и 6 месяцев после операции. По количеству баллов опросника МИЭФ-5 пациенты были разделены на 3 группы: <15 баллов- 3(7%); 16-20 баллов-12 (30%), 21- 25(63 %) пациентов. Результаты: Кровопотеря во время операции составила 50-1300 мл(190 мл). Время операции варьировало от 120 до 300 мин. (187мин). У 2х пациентов (5%) выявлен положительный хирургический край. Биохимический рецидив (ПСА- 0,5 нг/мл) через 6 месяцев наблюдения диагностирован у 1 пациента. При оценке через 6 мес. полное удержание мочи (1 прокладка/сутки) было достигнуто у 36 пациентов (90%), недержание мочи (необходимость применения более 1 прокладки)– у 4 пациентов(10%). Все пациенты после операции в течение 3х-6месяцев месяцев получали препарат сиалис 5 мг. Восстановление эрекции отметили 30 пациентов (72%) пациентов, у 11 больных (28%) эрекция не восстановилась. У 3 пациентов с предоперационным МИФ-5 <15баллов не отмечено восстановление эрекции. Восстановление эрекции через 6 мес. наблюдалось у 9(75%) пациентов 2 группы. Количество баллов опросника МИЭФ-5 после операции у пациентов 2 группы варьировало в интервале от 11 до 20 баллов (в среднем 16 баллов). Восстановление эрекции отмечено у 21(84%) пациентов 3 группы, значение МИЭФ-5 13-23 балла (медиана 19 баллов).

Выводы: Нервосберегающая РАРП является безопасной и онкологически эффективной методикой и позволяет сохранить эректильную функцию после оперативного лечения. Показанием к нервосбережению является количество баллов опросника МИЭФ-5 до операции не ниже 16 баллов. Чем выше показатель МИЭФ-5 до операции, тем больше шанс восстановления эректильной функции.

Осложнения после трансуретральной резекции при немышечно-инвазивной форме рака мочевого пузыря.

А.Ю. Зубков, И.Р. Нуриев, М.Э. Ситдыкова

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет, кафедра урологии г. Казань

Введение. Трансуретральная резекция (ТУР) является эффективным и малотравматичным методом в комплексном лечении немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря (РМП). Тем не менее, наиболее часто возникающими осложнениями при ТУР мочевого пузыря, являются инфекционно-воспалительные осложнения со стороны мочевых путей, пузырно-мочеточниковый рефлюкс и перфорация мочевого пузыря при ТУР опухоли.

Цель. Повысить эффективность органосохраняющего лечения РМП.

Задачи. Установить осложнения после ТУР мочевого пузыря, определить причины их возникновения и оценить степень их тяжести.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 191 пациентов с немышечно-инвазивной формой рака мочевого пузыря, которым выполнена ТУР в различных модификациях. Изучена структура осложнений и степень их тяжести согласно классификации Clavien-Dindo.

Результаты и их обсуждение. Анализ частоты и структуры осложнений послеоперационного периода ТУР позволил установить: инфекционно-воспалительные осложнения возникли у 8,38% пациентов, кровотечение – у 2,62%; перфорация стенки мочевого пузыря у 1,05%. Стриктура уретры в отдаленные сроки выявлена у 0,52%. Определены причины их возникновения: неадекватная предоперационная антибактериальная подготовка, заболевания свертывающей системы и недостаточный интраоперационный гемостаз, применение «карбоновой» коагуляции, недостаточный визуальный контроль глубины резекции, травматическое повреждение уретры во время вмешательства. Оценка степени тяжести возникших осложнений по классификации Clavien-Dindo, позволила определить, что в основном (11,52%) имели место осложнения II степени, купируемые медикаментозными консервативными мероприятиями. Лишь в 1,57% наблюдений возникли осложнения III степени, которые требовали хирургического вмешательства.

Выводы. Таким образом, ТУР мочевого пузыря по поводу немышечно-инвазивных форм новообразований является безопасным методом.

Осложнения открытой резекции рака мочевого пузыря

А.Ю. Зубков, М.Э. Ситдыкова, И.Р.Нуриев

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ,кафедра урологии г. Казань

Введение. За последние 10 лет прирост больных раком мочевого пузыря(РМП) в России составил 58,6%.На долю инвазивного РМП, приходится до 30% новообразований. Отсутствие данных о характере и частоте осложнений открытой резекции в лечении рака мочевого пузыря обуславливает актуальность и необходимость изучения данной темы.

Цель и задачи исследования. Определить частоту и характер осложнений открытой резекции в лечении рака мочевого пузыря .

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 42 пациентов с мышечно-инвазивным РМП в урологической клинике КМУ за период 2000 – 2016 гг. Средний возраст составил 61,86±7,93 года(35 мужчин и 8 женщин). Показаниями для выполнения открытой резекции являлись одиночные

опухоли стадии Т2 не более 5 см.,а так же стадия Т3 и множественные опухоли, в случаях, когда интеркуррентные заболевания не позволяли выполнить радикальную цистэктомию. Сегментарная резекция (СР) выполнена 28 пациентам,15-с уретероцистонеостомией (УЦС),6 из них с предварительным наложением чрезкожной пункционной нефростомии.

Результаты и их обсуждение. Изучая характер и частоту осложнений, было установлено, что в раннем послеоперационном периоде чаще возникали инфекционно-воспалительные осложнения: активная фаза хронического пиелонефрита – 7,14%, острый апостематозный пиелонефрит – 2,38%. Среди поздних послеоперационных в 2,38% случаев отмечена стриктура уретероцистоанастамоза с развитием гидронефроза, что потребовало хирургической коррекции.Причинами данных осложнений явились анастомозит, неадекватное дренирование мочевых путей и пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР). ПМР наблюдался после резекции мочевого пузыря с уретероцистонеостомией по методу Нейсбит и был обусловлен отсутствием антирефлюксного механизма анастамоза. При сегментарной резекции активизация хронического пиелонефрита возникала в связи с неудовлетворительной функцией уретрального дренажа, что приводило к перерастяжению детрузора и развитию ПМР.

Выводы. При открытой резекции мочевого пузыря с целью профилактики послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений необходима предоперационная санация мочевых путей-,их адекватное дренирование и использование антирефлюксной методики наложения уретероцистоанастомоза.

Ранняя диагностика рака яичка с учетом молекулярно-генетических факторов: возможности органосохраняющего лечения

Ивкин Е.В.[1], Богданов А.Б.[1], Метелев А.Ю.[1], Руденко В.В.[2], Черных В.Б.[2], Лоран О.Б.[1], Велиев Е.И.[1], Немцова М.В.[1,2]

[1]ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
г. Москва

[2]ФГБНУ «Медико-генетический научный центр»
г. Москва

Цель исследования. Оценить возможности проведения органосохраняющих операций при раке яичка (РЯ) на основе использования генетических маркеров для ранней диагностики заболевания.

Материалы и методы. У 73 мужчин 19-76 лет с РЯ проведено генотипирование на носительство генотипов высокого риска РЯ: KITLG (rs995030, rs1508595), SPRY4 (rs4624820, rs6897876) и BAK1 (rs210138). В 65 (89%) наблюдениях выполнена высокая орхфуникулэктомия, в 8 (11%) – органосохраняющая операция (резекция яичка) при размере опухоли ≤15 мм и ее локализации в периферической части яичка.

Результаты исследования. Достоверных различий между группами пациентов с размером опухоли ≤15 мм и >15 мм по частоте носительства генотипов высокого риска не выявлено. Это означает, что ранняя идентификация лиц с таким набором генотипов потенциально позволило бы увеличить долю мужчин с малыми размерами опухоли, т.е. кандидатов на органосохраняющее лечение. Носительство генотипов высокого риска РЯ достоверно чаще диагностировано среди пациентов с повышенным уровнем гормонов – маркеров данной опухоли. Отмеченная корреляция указывает на целесообразность того, что мониторинг лиц с повышенным риском РЯ может быть проведен путем исследования уровня данных гормонов наравне с лучевыми методами диагностики. Анализ корреляции частоты генотипов риска РЯ с параметрами спермограммы выявил, что патологические изменения в эякуляте были выражены в большей степени при носительстве различных вариантов генотипов высокого риска РЯ, чем при отсутствии таковых генотипов.

Заключение. Полученные данные корреляционного анализа свидетельствуют о том, что включение генетических исследований в план обследования мужчин с различными формами патоспермии или наличием других факторов риска развития РЯ существенно увеличивает шансы выделения когорты лиц с повышенным риском возникновения данного заболевания. Это обстоятельство, в свою очередь, позволяет проводить таргетный мониторинг мужчин, входящих в группу высокого риска, и обеспечивает максимальное раннее диагностирование опухоли, когда возможно применение органосохраняющего лечения.

Роль полиморфного локуса -2518A>G (rs 1024611) гена CCL2 в развитии рака мочевого пузыря

С.М. Измайлова[1], Л.З. Ахмадишина[2], А.А. Измайлов[1], А.А. Измайлов[1] (мл.), Т.В. Викторова[1,2]

[1]ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
г. Уфа
[2]ФГБУН ИБГ УНЦ РАН
г. Уфа

Ежегодно в мире диагностируется по 200 тыс. новых случаев рака мочевого пузыря (РМП). Показатели смертности от этого заболевания высокие (~132.5 тыс. смертей в год).

Хемокины и их рецепторы принимают активное участие в возникновении ряда злокачественных новообразований и их метастазировании.

Ген CCL2 принадлежит к β-семейству CC-хемокинов, который проявляет наиболее сильную хемотаксическую активность по отношению к моноцитам и Т-лимфоцитам. CCL2 является промотором миграции циркулирующих лимфоцитов из ПК в ткани и очаги воспаления, одновременно влияя на их активацию и прилипание к сосудистой стенке,

он стимулирует моноциты к продукции провоспалительных цитокинов и образование аниона перекиси водорода.
Целью нашего исследования было выявить роль полиморфного локуса -2518A>G гена CCL2 в развитии РМП.
Проведен молекулярно-генетический анализ образцов ДНК, выделенной из лимфоцитов периферической венозной крови 316 больных РМП: мышечно-неинвазивной (МНРМП) (215 человек) и мышечно-инвазивной (МИРМП) (101 человек). Контрольную группу составили 391 человек. Полиморфные локусы генов анализировали методом ПЦР-ПДРФ и аллель-специфичной ПЦР. Математическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакетов статистических программ, SNPstats.
Анализ полиморфизма -2518A>G гена CCL2 показал, что генотип GG встречался чаще в выборке практически здоровых индивидов – 20.9% по сравнению с группой больных РМП – 8.5%, различия достигли статистически значимых в рецессивной модели GG против AG+AA, OR=0.35, p=0.0005. Ассоциация с генотипом GG в рецессивной модели сохранилась как для МИРМП (OR=0.42, p=0.02), так и для МНРМП (OR=0.30, p=0.003)
Показана протективная роль полиморфизма -2518A>G гена CCL2 в развитии опухоли мочевого пузыря.

Изменения экспрессии маркеров клеточного обновления опухоли мочевого пузыря под влиянием фотодинамической терапии

Каган О.Ф., Хейфец В.Х., Сосновский С.О

Госпиталь Оркли
г. Санкт-Петербург

Введение: При оценке отдаленных результатов воздействия ФДТ на опухолевую ткань отмечается несколько феноменов, в частности, уменьшение частоты рецидивирования опухоли и регресс опухоли в послеоперационном периоде.
Цель: Определить степень воздействия ФДТ на экспрессию маркеров клеточного обновления в опухолевой ткани.
Материалы и методы: проведен анализ результатов обследования и лечения 110 пациентов из числа больных с гистологически подтвержденным поверхностным переходноклеточным раком мочевого пузыря следующих стадий: Ta или T1, а также carcinoma in situ (CIS). В лечении исследуемой группы применялось ФДТ и затем изучались показатели активности маркеров клеточного обновления в удаленных тканях в разные временные промежутки. Иммуногистохимические исследования опухолей мочевого пузыря проводили по следующим маркерам: Ki-67, p53, mcl-1
Результаты: Сравнение результатов оценки уровней экспрессии протеина Ki-67 у обследованных пациентов показало, у больных III группы значение данного показателя было значимо (p=0,022) ниже, чем в остальных группах. Сопоставление уровней экспрессии проапоптозного протеина p y53 больных сравниваемых групп показало, что уровень экспрессии маркера был достоверно выше (p=0,016), чем в группах сравнения. Оценка уровней экспрессии mcl-1 показала, что значение экспрессии этого антипоптозного белка у больных, которым проводилась ФДТ, достоверно ниже (p=0,021) значений в группах сравнения.
Вывод: Таким образом, полученные данные свидетельствовали о том, что в группе пациентов, которым выполнялась ФДТ, наблюдалась наибольшая эффективность воздействия на опухоль. Очевидно, что усиление экспрессии антиапоптозного фактора p53 при параллельном снижении экспрессии факторов пролиферации Ki-67 и mcl-1 делает опухоль более чувствительной к повреждающим воздействиям фотодинамической терапии, ускоряя процессы апоптоза в клетках, прошедших деление, снижая их жизнеспособность и длительность существования, что в значительной степени препятствует рецидивированию, а так же метастазированию и инвазии.

Анализ послеоперационных осложнений симультанных лапароскопических операций при сочетанных урологических и хирургических заболеваниях органов брюшной полости

Кадыров З.А., Муродов А.И.,
Одилов А.Ю., Алиев З.О.

РУДН
Г. Москва

Актуальность. Несмотря на явные преимущества симультанных операций и большое число клинических наблюдений, такие оперативные вмешательства выполняют в среднем у 3-5% хирургических больных, тогда как частота сочетанной патологии, по данным ВОЗ, достигает 20—30%.
Оценив по достоинству возможности лапароскопических вмешательств, хирурги вернулись к проблеме симультанных операций. Однако, роль данного вида хирургического лечения у больных с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости и и малого таза до сих пор остается неопределенной.
Цель. Анализ послеоперационных осложнений симультанных операций при сочнетанных заболеваниях органов брюшной полости и мочеполовой системы.
Материал и методы. Проведен анализ лечения 104 больных, оперированных с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости и мочеполовых органов. Возраст больных варьировал от 16 до 82 лет. Больные подразделены на 3 группы. В I группу были включены 40 (38,46%) пациентов, которым выполняли лапароскопические симультанные операции по поводу сочетанного хирургического заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Во II группу были включены 24 (23,07%) пациента, которым выпол-

няли лапароскопические операции поэтапно, с промежутками между оперативными пособиями не более 2 месяцев. В третью группу (III) вошли 40 (38,46%) пациентов, которым выполняли симультанные операции по поводу сочетанных хирургических и урологических заболеваний традиционным доступом.

Послеоперационные осложнения были оценены в соответствии с классификацией хирургических осложнений по Dindo–Clavien.

В I группе у 7(17,5%) пациентов наблюдали 18 послеоперационных осложнений, которых как видно из данных таблицы 4.8, легкие осложнения были 16 (90%) и только 5 (31,25%) осложнении потребовалось дополнительно провести малоинвазивное вмешательство. У 2 (10 %) больных было зафиксировано осложнение средней степени тяжести: у 1 больного после ТАРР и орхидэктомии образовалась гематома брюшной полости, поэтому следовало провести релапароскопию; у 1 пациента после радикальной простатэктомии и передней резекции прямой кишки появилась несостоятельность цистоуретероанастомоза, в связи с этим были выполнены релапароскопия, разобщение анастомоза, санация и дренирование брюшной полости.

У 5 (20,8%) пациентов II группы в послеоперационном или до второй операции зафиксировали 16 осложнений, из них легкое осложнение было у 14(88,23%), для коррекции у 7 (41,7%) осложнении была использована малоинвазивная технология. У 1 пациента зафиксировано осложнение средней степени тяжести, после простатэктомии развилась несостоятельность цистоуретероанастомоза, поэтому были проведены повторная релапароскопия, санация и дренирование брюшной полости. У 1 больного было осложнение тяжелой степени тяжести, забрюшинная опухоль, которое после лапароскопической холецистэктомии на 28-е сутки лапароскопически было удалено, а на 4-е сутки после операционного периода сформировалась тромбоэмболия легочных артерий. После проведения соответствующей терапии в реанимационном отделении пациентка выздоровела. До второго этапа операции 2 пациентов по поводу гипертонического криза и пневмонии получили стационарной лечении в терапевтической отделении другой больнице.

У 11 (27,5%) пациентов III группы было выявлено 24 послеоперационное осложнение. Осложнение легкое степени было 20(80,9%), из них для коррекции у 12 (60%) использовали малоинвазивную технологию. У 4 (19,1%) пациентов было осложнение средней степени тяжести: у 1полная несостоятельность цистоуретероанастомоза, в связи с этим проведена релапаротомия; у 1 больного выявили парастомальное ущемление петли тонкой кишки, поэтому было необходимо провести релапаротомию, у 1 пациента по поводу миграции стента была проведена повторная эндоскопическая операция и у 1 больного после лапаротомии резекции печени и нефрэктомии на 4-е сутки возникла эвентрация, в связи с этим выполнена повторная лапаротомия

Заключение. Достижения современной видеоэндохирургии, позволили снизить процент послеоперационных осложнений при симультанных лапароскопических операциях и изменить мнение врачей о течении операции и послеоперационном периоде.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями половых органов мужского персонала предприятия атомной индустрии

Д. Е. Калинкин, А. Б. Карпов, Р. М. Тахауов, Д. Б. Бульдович

Северский биофизический научный центр ФМБА России
г. Северск

Цель исследования – оценка заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) мужских половых органов у работников крупного комплекса предприятий атомной индустрии – Сибирского химического комбината.

Проанализированы случаи заболевания ЗНО мужских половых органов работников Сибирского химического комбината (МКБ–10, код С60–С63), нанятых на производство в период с 01.01.1950 по 31.12.2004.

Заболеваемость ЗНО мужских половых органов составляла 14,5 случаев на 100 000 человеко-лет наблюдения, в том числе ЗНО предстательной железы – 12,9 случаев, ЗНО яичка – 1,0 случай на 100 000 человеко-лет наблюдения. Наибольшая заболеваемость ЗНО всех мужских половых органов в целом, а также предстательной железы в частности, наблюдалась в группе с суммарной дозой внешнего облучения > 300 мЗв; заболеваемость ЗНО яичка была наибольшей (1,1 случай на 100 000 человеко-лет наблюдения) среди работников, не подвергавшихся профессиональному облучению. Суммарный показатель заболеваемости ЗНО мужских половых органов и (отдельно) заболеваемости ЗНО предстательной железы был значимо выше ($p < 0,05$), чем аналогичные показатели среди лиц, работавших вне контакта с ионизирующим излучением.

Полученные данные позволяют рекомендовать расширение перечня исследований, выполняемых в рамках медицинского освидетельствования лиц, работающих в условиях профессионального облучения. Обоснованным представляется выполнение ультразвукового исследования предстательной железы, а также определение уровня маркёра рака простаты (простатспецифический антиген) в сыворотке крови.

Результаты годичного наблюдения за пациентами после комбинированной низкомощностной брахитерапии рака предстательной железы отечественными микроисточниками I-125.

А.Д. Каприн, В.Н. Галкин, С.А. Иванов, О.Б. Карякин, А.А. Обухов, В.А. Бирюков, В.А. Поляков, А.В. Корякин, Н.Б. Борышева, О.Г. Лепилина.

МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИРЦ» г. Обнинск

В октябре 2015 года в ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава РФ впервые в нашей стране начато выполнение низкомощностной брахитерапии микроисточниками I-125 полностью отечественного производства, созданных на предприятии АО «ГНЦ РФ – ФЭИ» - Госкорпорация Росатом.

Материалы и методы. Низкомощностная брахитерапия отечественными микроисточниками I-125 была выполнена 36 больным раком предстательной железы в стадиях T_1-T_2. Пациенты были разделены на 2 группы по степени онкологического риска – 30 – это пациенты с низким онкологическим риском, 6 – пациенты умеренного риска. Пациентам группы низкого онкологического риска низкомощностная брахитерапия отечественными источниками I-125 проводилась в монорежиме. Больным с умеренным онкологическим риском мы выполняли брахитерапию отечественными источниками I-125 в комбинации с лапароскопической тазовой лимфаденэктомией.

Результаты. Среди пациентов (6 пациентов), которым выполнялась предшествующая тазовая лимфаденэктомия, только в одном случае был выявлен метастаз рака предстательной железы в лимфатических узлах. Побочных реакций со стороны прямой кишки после брахитерапии не было отмечено ни в одном случае. В настоящее время мы продолжаем наблюдение за данной группой пациентов с целью оценки отдаленных результатов низкомощностной брахитерапии отечественными микроисточниками I-125 – ПСА у пациентов данной группы через год после проведенного лечения максимально не превышает 0,9 нг/мл, а у многих менее 0,5 нг/мл.

Выводы. Данные обследований пациентов после низкомощностной брахитерапии показывают полную клиническую эффективность, безопасность и соответствие международным стандартам отечественных микроисточников I-125. В настоящее время Национальный Медицинский Исследовательский Радиологический Центр Министерства Здравоохранения Российской Федерации полностью перешел на выполнение низкомощностной брахитерапии с помощью отечественных микроисточников I-125.

Опыт применения высокомощностной брахитерапии рака предстательной железы в моно- и сочетанном режиме с 3-D конформной дистанционной лучевой терапией.

А.Д. Каприн, В.Н. Галкин, С.А. Иванов, О.Б. Карякин, А.А. Обухов, В.А. Бирюков, Н.Б. Борышева, О.Г. Лепилина, Ю.В. Гуменецкая, И.А. Гулидов, К.С. Макарова.

МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИРЦ» г. Москва

Высокомощностная брахитерапия – это вид брахитерапии, при которой облучение предстательной железы происходит в короткий временной интервал (10-25 минут) с помощью радиоактивного источника Ir-192.

Материалы и методы. В марте 2016 года в МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава РФ начато лечение больных раком предстательной железы в стадиях от $cT_1N_0M_0$ до $cT_3N_0M_0$ с помощью высокомощностной брахитерапии (Ir-192) в моно- и сочетанном режимах. Пациентам с благоприятным прогнозом мы выполняли высокомощностную брахитерапию в монорежиме – две фракции по 15 Гр каждая, с периодичностью 2 недели между фракциями (47 пациентов). Пациентам с промежуточным и неблагоприятным прогнозом выполнялась высокомощностная брахитерапия в сочетанном режиме – это сеанс высокомощностной брахитерапии Ir-192 и плюс курс 3-D конформной дистанционной лучевой терапии в дозе 46 Гр - в любой последовательности (51 пациент). Так же пяти пациентам выполнена сальважная высокомощностная брахитерапия при рецидиве после низкомощностной брахитерапии и дистанционного облучения.

Результаты. У всех пациентов, которым мы выполняли высокомощностную брахитерапию отмечено снижение контрольных цифр ПСА, ниже 1,0 нг/мл, а у многих эти значения близки к нулю.

Заключение. В настоящий момент данные обследований пациентов, которым выполнена высокомощностная брахитерапия доказывают её клиническую эффективность в лечении больных раком предстательной железы в стадиях T_1-T_3, и это дает нам основание продолжать выполнять и совершенствовать эту методику в нашем центре – отрабатывать новые режимы при моно- и сочетанной лучевой терапии, выполнять сальважную высокомощностную брахитерапию при рецидивах после проведенной лучевой терапии, выполнять фокальную высокомощностную брахитерапию.

Соматотипологические особенности больных раком простаты

Н.Ю.Климов [1], Ю.Ю.Винник [2] , А.В. Андрейчиков

[1] КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского» г.Красноярск

[2] ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого г. Красноярск

В настоящее время все большую актуальность приобретает проблема раннего выявления рака простаты (РП) в связи с тем, что он является одним из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований у мужчин. В некоторых развитых странах, смертность при этом заболевании занимает второе место среди всех причин смертности от рака. РП широко распространен в России и характеризуется высокими темпами роста заболеваемости и смертности. Целью нашего исследования стало изучение соматотипических особенностей у пациентов с РП.
Обследовано 42 больных с морфологически подтвержденным диагнозом РП, находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении красноярского краевого клинического онкологического диспансера г. Красноярска. Средний возраст больных 69,3±2,6 г. Всем произведена стандартная антропометрия по 27 параметрам.
Распределяя больных на соматотипы по индексу полового диморфизма нами было обнаружено, что гинекоморфы составляют 65,8% из числа больных РП (17,2% мужчин популяции), мезоморфы 31,7% (66,6%), а андроморфы составили 2,5% при раке предстательной железы (16,2% мужчин популяции). Среди больных преобладают гинекоморфы и практически отсутствуют андроморфы.
Таким образом, среди больных РП преимущественно встречаются гинеко- и мезоморфы. Однако наиболее часто встречаемым соматотипом всё же являются гинекоморфы, а среди мужчин популяции Красноярского края преобладают мезоморфы. Исходя из выше изложенного, баланс гормонов эстрогены/андрогены может иметь непосредственное отношение к этиологии изучаемого заболевания.

Трансперинеальная стереотаксическая сатурационная биопсия в диагностике рака предстательной железы.

Коваленко Р.Ю., Баженов И.В., Тевс Д.В., Узбеков О.К., Сорочкин Д.А., Потапов В.С.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет. ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1» г. Екатеринбург

Цель исследования. Трансректальная полифокальная биопсия под УЗИ контролем из 12-18 точек является стандартной схемой диагностики РПЖ. Среди преимуществ трансректальной биопсии является хорошая переносимость, возможность выполнения в амбулаторных условиях, низкая вероятность осложнений. Однако основным недостатком биопсии при данной технике выполнения является угол наклона биопсийной иглы, при котором не из всех зон является возможным забор материала.Увеличение числа точек забора материала и изменения угла наклона пункционной иглы позволяют повысить уровень выявляемости РПЖ на 30-35%. Также увеличение количества точек забора материала позволяет определить наличие злокачественного очага в объеме до 0,5 см3. Трансперинеальная стереотаксическая сатурационная биопсия, выполняется из 25 и более точек. Метод предлагается для выявления рака у мужчин с отрицательными результатами при трансректальной биопсии и повышенным уровнем PSA, при наличии ASAP по первичной биопсии или высоком уровне PIN.
Материал и методы. В клинике ГБУЗ СО «СОКБ №1» за период 2011-2017 год выполнено 72 трансперинеальные сатурационные биопсии предстательной железы у пациентов с ранее отрицательными результатами при трансректальной биопсии и росте PSA. Все операции выполнялись под спинномозговой анестезией в литотомическом положении. В послеоперационном периоде у 1 (1,3%) пациента развилась острая задержка мочи потребовавшая установки уретрального катетера, разрешившаяся в результате консервативного лечения.В среднем количество пункционного материала составило 42 столбика ткани предстательной железы.
Результаты. По результатам гистологического исследования у 53 (73,6%) пациентов выявлена аденокарцинома предстательной железы с четкой локализацией опухолевого очага.
Выводы. Трансперинеальная стереотаксическая сатурационная биопсия предстательной железы позволяет диагностировать РПЖ у пациентов в ранней стадии с отрицательными результатами при трансректальной биопсии и повышенном уровне PSA; при наличии атипии по первичной биопсии или высоком уровне PIN, с четкой локализацией опухолевого очага.

Лапароскопическая резекция в лечении рака почки.

Коваленко Р.Ю., Баженов И.В., Тевс Д.В., Узбеков О.К., Сорочкин Д.А., Потапов В.С.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет. ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1» г. Екатеринбург

Введение. Лапароскопические операции, за последние годы, заняли одно из ведущих мест среди всех операций и имеют все большее значение в урологии. Эти высокотехнологичные вмешательства, благодаря своей малотравматичности и высокой эффективности, являются хорошей альтернативой традиционным открытым операциям. Лапароскопическая резекция в лечении рака почки приобрела особое значение с внедрением современного лапароскопического оборудования.
Материал и методы. На базе урологической клиники ГБУЗ СО СОКБ № 1 в период с 2013 года по 2017 год выполнено пятьдесят семь лапароскопических резекций почек по поводу рака, тридцать операции выполнено с ручным пособием, двадцать семь – без ручного пособия. У 31 пациента опухоль диагностирована в левой почке и у 26 пациентов - в правой. В группе пациентов находилось 35 женщин и 22 мужчин, (средний возраст 58,2 лет). Размер опухоли почки варьировал от 1 см. до 3,5 см. По локализации новообразования больные распределились следующим образом: у 13 пациентов – опухоль верхнего сегмента почки, у 25 пациентов – опухоль среднего сегмента почки, 19 пациентов – локализация опухоли в нижнем сегменте. По системе TNM: все пациенты оперированы на стадии T1aN0 M0. По гистопатологическому заключению выявили: хромофобная карцинома – 3 пациента, почечно-клеточный рак: светлоклеточный вариант - 48 пациентов, смешанноклеточный вариант — 6 пациентов. Обследование включало в себя общеклинические анализы, УЗИ почек, мочевого пузыря, УЗДГ сосудов нижних конечностей, ФГДС, ЭХО-КГ, консультации смежных специалистов и мультиспиральную спиральную компьютерную томографию с контрастированием.
Результаты. Продолжительность лапароскопической резекции составила от 90 до 210 мин. (среднее 150 мин.). При лапароскопической резекции мы наблюдали 1 осложнение, в виде формирования межмышечной гематомы в области послеоперационной раны с последующим проведением консервативной терапии. Средняя кровопотеря вместе с органом составила 27 5 мл (от 50 мл до 500 мл).
Все пациенты в ближайшем послеоперационном периоде (в среднем 1 сутки) проходили лечение и динамическое наблюдение в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.
Активизация пациентов наступала в течение суток. Нахождение пациента в стационаре после операции составило от 5 до 10 суток. Послеоперационный койко-день 6,76 дня.
Выводы. Лапароскопическая резекция в лечении рака почки является малотравматичной, высокоэффективной операцией вне зависимости от локализации опухоли. Техника выполнения оперативного вмешательства говорит о несомненных преимуществах данного метода лечения и перспективах его развития в лечении рака почки.

Оперативное лечение больных раком почки с высоким опухолевым тромбозом

Комяков Б.К., Замятнин С.А., Шломин В.В., Салсанов А.Т.

Кафедра урологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России г. Санкт-Петербург

Введение. Характерной особенностью рака почки является способность к инвазивному росту по просвету венозных сосудов. В 10-25% случаев опухоль распространяется по нижней полой вене (НПВ) и выше диафрагмы. Хирургическое лечение таких больных является наиболее сложным.
Материал и методы. С 1998 по 2016 годы в клинике урологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова проходили лечение 27 больных раком почки с распространением опухоли в просвет НПВ. В 16 (59,3%) случаях опухоль не достигала полости сердца. У 7 (25,9%) пациентов тромб пролабировал в полость правого предсердия. 4 (14,8%) больных были расценены как неоперабельные, вследствие распространенности онкологического процесса. Состояние лимфузлов расценено как N0 у 23 (48,1%) больных, в 9 (33,3%) случаях выявлены единичные пораженные опухолью лимфатические узлы – N1, N2 диагностировано у 5 (18,5%) пациентов. Отдаленные метастазы верифицированы в 7 (25,9%) случаях.
Удаление опухолевых масс из полости правого предсердия осуществлялось в 3-х случаях с использование аппарата искусственного кровообращения. В остальных 4-х операция проводилась по разработанному нами методу рентгенэндоваскулярного удаления краниального отдела опухолевого тромба. Он предполагает интракавальное отсечение краниального отдела тромба и поле его марцелляции последующее извлечение через рентгенэндоваскулярный хирургический доступ в яремной артерии. После удаления «верхушки» опухолевого тромба выполнялась традиционная нефрэктомия с тромбэктомией из брюшного отдела НПВ. При операциях по поводу опухоли левой почки выполнялся трансдиафрагмальный доступ к внутриперикардиальному отделу нижней полой вены, предложенный М.И. Давыдовым. При опухолевом тромбозе исходящем из правой почки и не пролабировавшем в полость сердца выполнялась тораколюмболапаротомия в VIII межреберье.
Результаты и их обсуждение. Интраоперационная летальность составила 7,4% (2 больных), в ран-

нем послеоперационном периоде умерло еще 2 пациента (7,4%). Причиной смерти во всех случаях послужила тромбоэмболия легочной артерии или сердечная недостаточность. Прогрессирование онкологического заболевания преимущественно проявлялась в виде появления отдаленных метастазов – 10 (37,0%) больных. Все четверо неоперированных нами пациентов умерли в течение 2-х месяцев от начала периода наблюдения. Несмотря на большой объем и сложность хирургического пособия 3-х летняя выживаемость больных превышала 40%. Наиболее значимым неблагоприятным прогностическим фактором, влиявшим на выживаемость пациентов, являлось наличие инвазии неопластического процесса в регионарные лимфатические узлы.

Заключение. Нефрэктомия с тромбэктомией является единственным эффективным методом лечения опухолевых тромбов при раке почки. У тех больных, у которых опухолевый тромб не достигает полости правого предсердия, целесообразно использовать метод наддиафрагмального пережатия грудного отдела НПВ. При распространении опухоли в полость правого предсердия предпочтительно использовать рентгенэндоваскулярную методику удаления краниального отдела тромба.

Поздние осложнения радикальной цистэктомии

Комяков Б.К., Кириченко О.А., Ульянов А.Ю., Исмаилов К.И.

Кафедра урологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова г. Санкт-Петербург

Цель исследования: Оценить характер поздних осложнений у больных раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии (РЦ) в соответствие с классификацией Clavien.

Материалы и методы: В нашей клинике РЦ с различными методами деривации мочи выполнена 380 больным раком мочевого пузыря. Мужчин было 328 (86,0 %), женщин - 52 (14,0 %). Ортотопические методы деривации мочи были выполнены у 277 (72,8%) больных. Формирование ортотопического неоцистиса из сегмента желудка у 24 (6,3%). Ортотопическая илеоцистопластика у 223 (58,6%) пациентов. Ортотопическая сигмоцистопластика у 30 (7,8%). Континентная накожная деривация мочи была выполнена у 12 (3,1%) больных. Уретеросигмоанастомоз у 42 (12,0%). Уретерокутанеостомия у 49 (11,3%) пациентов. После операции каждые 6 месяцев пациентам выполняли лабораторные исследования, УЗИ и КТ брюшной полости и малого таза, экскреторную урографию, динамическую сцинтиграфию. Для оценки поздних послеоперационных осложнений наряду с описательной классификацией, с целью объективности мы использовали общепринятую стандартизованную современную классификацию послеоперационных осложнений по Clavien.

Результаты. После ортотопической цистопластики послеоперационные осложнения I и II градации Clavien, при которых проводилось консервативное лечение, наблюдались у 5,7% и 6,9% больных, соответственно. Группа с III степенью осложнений, требующих оперативной коррекции, была наиболее многочисленная - 14,9% пациентов.

После неортотопических методов отведения мочи наиболее многочисленные были осложнения IIIB степени по Clavien, требующие оперативной коррекции с применением общей анестезии – 14,0% пациентов. Поздние осложнения, не потребовавшие эндоскопической или хирургической коррекции, были у 9,6% больных (I и II степень). Так же 4,3% пациентов находились в V группе, у которых отдаленный послеоперационный период осложнился тяжелыми осложнениями повлекшими смерть больного.

Заключение. РЦ с деривацией мочи является технически сложным оперативным вмешательством. В позднем послеоперационном периоде как в ортотопической, так и неортотопической группе больных преобладают осложнения III группы градации по Clavien-Dindo требующих оперативной коррекции, 14,9% и 14,0%, соответственно.

Функциональное состояние почек после органосохраняющего оперативного лечения по поводу рака

Б.К. Комяков, И.С. Гончар, С.А. Замятнин

Кафедра урологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России г. Санкт-Петербург

Введение. Одним из основных критериев оценки эффективности органосохраняющего лечения больных почечно-клеточным раком является функциональное состояние оперированной почки.

Материал и методы. В клинике урологии СЗГМУ им И.И. Мечникова в период с 1998 по 2016 годы 217 больным по поводу рака почки были выполнены различные органосохраняющие хирургические вмешательства. Мужчин было 132 (60,8%), женщин 85 (39,2%). Возраст больных колебался от 24 до 81 года и в среднем составил 57,3 года. Локализованный почечно-клеточный рак диагностирован у 181 (83,4%) пациента. Из них размер опухоли соответствующий стадии pT1a был выявлен у 152 (84,0%) больных, а T1b в 24 (13,3%) случаях. Опухоль, занимающая половину почки и имеющая свои размеры более 7 см (T2a-b) была диагностирована в 22 (10,1%) случаях. Пациенты с местно-распространенным почечно-клеточным раком (T3a) составили 8,8% от всей анализируемой совокупности случаев. Органосохраняющее хирургическое лечение без применения общей или селективной ишемии было успешно выполнено у 64 (29,5%) больных. Методы селективной ишемии почки использованы в 62 (28,6%) случаях. Тепловая ишемия почки потребовалась при операциях так же у 62 (28,6%) пациентов. В остальных 29 (13,3%) случаях операция проводилась с использованием допол-

нительных методов противоишемической защиты почки.
Результаты и их обсуждение. После органосохраняющих операций без использования методов ишемии почки, было выявлено снижение клиренса креатинина в среднем на 9,3 мл/с. После резекции почки с использованием селективных методов ее ишемии, отмечено снижение клиренса креатинина в среднем на 13,2 мл/с. Похожие данные были получены и в группе больных оперированных в условиях полной тепловой ишемии почки менее 25 минут. Однако важным условием была удовлетворительная функция контралатеральной почки до операции. При необходимости более длительной ишемии обязательным условием было использование методов дополнительной противоишемической защиты почки во время ее резекции. У пациентов, перенесших резекцию почки в условиях холодовой ишемии с использованием ледовой крошки, снижение клиренса креатинина было в пропорции 1:1,3. В группе больных перенесших экстракорпоральную резекцию почки с ее последующей аутотрансплантацией отмечено снижение уровня клиренса креатинина в 1,5 раза. Таким образом, была выявлена статистически значимая отрицательная динамика клиренса креатинина в обеих анализируемых группах на 17,4 и 27,3 единиц соответственно.
Заключение. Временное отключение почки от кровотока может приводить к снижению ее функции. Тепловая ишемия почки менее 25 минут может считаться безопасной и не приводит к потере ее функции. При необходимости продолжительного выключения почки из кровотока обязательным является использование методов ее противоишемической защиты. В тех случаях, когда предполагается ишемия органа более 50 минут предпочтительным является метод противоишемической защиты с использованием охлажденного до +4 С кардиоплегического раствора.

Перманентная низкодозная I^{125} брахитерапии рака предстательной железы: 5-летняя выживаемость и метод прогнозирования вероятности рецидива

А.В. Корякин, Д.А. Рощин, В.Н. Ощепков, А.В. Сивков, Б.Я. Алексеев, О.И. Аполихин, А.Д. Каприн

НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
г. Москва

Цель исследования. Оценка пятилетних результатов низкодозной брахитерапии рака предстательной железы (РПЖ) микроисточниками I^{125} и разработка математической модели прогнозирования безрецидивной выживаемости.
Материалы и методы. В 2000-2015гг в НИИ урологии проведена ^{125}I брахитерапия 380 больным РПЖ T1-T3a (доза облучения 120-160 Гр). Для исследования отобрали 117 пациентов 52-76 лет, отвечающих критериям: РПЖ T1-T2c; низкий / промежуточный риск прогрессирования (по D`Amico), срок наблюдения > 5 лет, выполнение на 30е сутки КТ - постимплантационного дозиметрического анализа (ПДА) для оценки очаговой дозы. По результатам ПДА пациенты разделены на 2 группы: I - D90 > 140 Гр; II - D90 < 140 Гр. ПСА до операции - 7,3±2,4 и 8,1±2,5 для I и II гр., соответственно. У 30 (50,8%) мужчин I гр. и у 27 (46,1%) - II гр., была стадия T1c, а у 29 (49,2%) I гр. и 31 (53,4%) II гр. - стадия T2.
Результаты. Безрецидивная 5-летняя выживаемость (БрВ) в I гр. (89,8%) оказалась достоверно выше, чем во II гр. (77,6%). БрВ в I гр при T1 - 93,3%, а при T2 – 86,2%. БрВ во II гр. при T1 - 85,1%, а при T2 – 70,9%. В раннем п/о периоде наиболее часто встречали дизурию: 58,6% и 42,4% в I и II гр., соответственно. На основании регрессионного анализа выделены основные факторы прогноза: ПСА до операции; объём предстательной железы; градация по Глисону; ПДА D90 (Гр) и V100 (%). Создана математическая модель индивидуального прогнозирования БрВ (с точностью - 0,882 и полнотой - 0,789).
Заключение. ^{125}I брахитерапия - эффективный метод лечения локализованного РПЖ, с хорошими результатами специфической выживаемости и биохимического контроля. ПДА – важный (необходимый) этап брахитерапии. Разработанная математическая модель позволяет спрогнозировать дальнейшее течение заболевания, эффективность лечения и вероятность осложнений.

Оценка частоты послеоперационных хирургических осложнений у пациентов, подвергшихся радикальной цистэктомии

С.В. Котов [1,2], А.Л. Хачатрян [2], А.Г. Юсуфов [1,2], Р.А. Перов [2], С.В. Беломытцев [1,3], Р.И. Гуспанов [1,2], С.А. Пульбере [1,2]

[1] Кафедра урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова
г. Москва

[2] ГКБ№1 им. Н.И.Пирогова
г. Москва

[3] ГКБ№29 им. Н.Э. Баумана
г. Москва

Введение. Радикальная цистэктомия (РЦЭ) является наиболее трудоемкой и сложной операций в онкоурологической практике, летальность после которой колеблется от 1.2 – 8.0% , а частота ранних осложнений (9 месяцев) – до 64%.
Цель работы. Анализ частоты хирургических осложнений и послеоперационной летальности пациентов, перенесших радикальную цистэктомию (РЦЭ).
Материалы и методы. Проведен анализ частоты послеоперационных осложнений у 95 пациентов, которым в период с 2011 по 2017 гг. в клинике уро-

логии ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова одним хирургом выполнялась РЦЭ. Распределение по полу было 74 (77,9%) мужчин и 21(22,1%) женщин. Средний возраст пациентов составил 65,5 лет. Медиана наблюдения - 30,4 месяца (3-54). При распределении по методу деривации мочи: операция Брикера выполнена 58,9%; операция Штудера - 23,1%, уретерокутанеостомия - 17,9%.

Результаты. Осложнения в раннем послеоперационном периоде выявлены у 53,7% пациентов. Осложнения Clavien I-II составили 36,8%, а Clavien III-IV – 16,8%. Хирургические осложнения: эвентрация – 3 (5,3%), лимфоцеле – 6 (6,3%), гастростаз (парез) – 37 (40%), ЖКК – 3 (3,1%), нагноение раны – 5 (5,2%), несостоятельность межкишечного анастомоза – 3 (3,1%), пиелонефрит – 11 (11,5%), ранняя спаечная кишечная непроходимость – 3 (3,1%). Частота осложнений коррелировала с возрастом пациентом и стадией рака мочевого пузыря.

Послеоперационная летальность составила: 30-дневная – 6,3%, 90-дневная – 8,4%. Причинами летальности явились ТЭЛА, ОИМ, мезентеральный тромбоз, перитонит и ОНМК. При оценке причин общей летальности на первый план выходит прогрессия рака мочевого пузыря и сердечно-сосудистая патология.

Выводы. Радикальная цистэктомия является стандартом лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря. Высокая частота послеоперационных осложнений у пациентов, подвергшихся РЦЭ, диктует необходимость выполнения подобных операций в клиниках, имеющих опыт регулярного лечения данной нозологии.

Злокачественное новообразование при поликистозе почек

Коровин О.А., Молев В.В.,
Антонян А.Э., Корчуков В.В.

Городская больница №33
г. Нижний Новгород

Поликистозом почек в медицине называют заболевание, в результате которого на обеих почках появляются многочисленные кисты, которые постепенно растут, увеличиваясь в размерах и вызывая атрофию тканей. Данное заболевание относится к передаваемым по наследству и часто наблюдается у кровных родственников. Особенностью этого заболевания считается то, что оно часто сочетается с появлением кистозных образований в других паренхиматозных органах, то есть в печени, вилочковой железе, иногда отмечаются новообразования.

Хирургическое лечение поликистоза выполняется только при обильной гематурии не купирующейся консервативно или при объемных образованиях в поликистозной почке.

Наличие у пациента поликистоза почек и злокачественного образования довольно редкая патология. В нашей клинике мы наблюдали четыре подобных случая.

Все пациенты были женщины. Возраст от 60 до 65 лет. Поликистоз был выявлен как наследственное заболевание. Все пациенты находились под наблюдение нефролога. Надо отметить что все больные отмечали явления ХПН , но не находились на заместительной почечной терапии.

Первыми симптомами заболевания была гематурия. При обследовании (УЗИ, МРТ) выявлены объемные образования в поликистозных почка. У трех пациенток опухоль была справа , у одной пациентки выявлены объемные образования обеих почек. Размеры образований составляли от 4-22см. размеры почек от 16 до 38см. толщина паренхимы от 0,4см до 0,8 см.Троим выполнена правосторонняя нефрэктомия. Одной пациентке выполнена левосторонняя нефрэктомия и резекция правой почки. Все операции выполнялись лапаротомным доступом.

Клинический случай:

Пациентка Д. 62 лет госпитализирована в урологическое отделение в экстренном порядке с явлениями гематурии. Из анамнеза страдает поликистозом почек. Находиться под наблюдением нефролога. Со слов больной поликистозом страдала мама пациентки. При физикальном осмотре. В левой подвздошной области с переходом на левое подреберье и левую поясничную область имеется объемное образование 25-16см. резко болезненное. Диурез до 1,5л. в сутки. Б/х крови: мочевина 5,6 ммоль/л., креатинин- 89 ммоль/л. СКФ 60мл/мин. По УЗИ и МРТ с контрастированием- выявлено объемное образование левой почки 20-12см. занимающее нижний и средний сегмент, толщина паренхимы 7-8мм. Справа в нижнем полюсе объемное образование 5-4см. размеры правой почки 16-9см. при контрастировании объемные образования активно накапливают контраст. Отмечена лимфаденопатия аортокавальной зоны до 2,0 см в диаметре. Пациентке проведена гемостатическая терапия. Выставлен диагноз: объемные образования обоих почек на фоне поликистоза почек. ХПН0-1ст. Оперативное лечение : лапаротомия. Аортокаальная, парааортальная лимфодисекция. Нефрэктомия слева. Резекция нижнего полюса правой почки. Доступ к сосудам левой почки осуществлялся через корень брызжейки тонкого кишечника в связи с размерами опухоли левой почки.

Гистология № 3781/412- светлоклеточный вариант почечно- клеточного рака. Поликистоз левой почки. Лимфатическая клетчатка без признаков метастатического поражения.

Все пациентки были выписаны в удовлетворительном состоянии без необходимости проведения заместительной почечной терапии. Необходимо отметить что выполнение нефрэктомии при поликистозе сопряжено с техническими трудностями за счет размеров почек. Считаем наиболее удобный доступ- срединная лапаротомия. Несмотря на то что рак почек в поликистозе достаточно редкое заболевание необходимо ежегодное динамическое наблюдение за больными с аномалиями почек.

Применение аргоноплазменного коагулятора при лапароскопической резекции почки.

О.А. Коровин, В.В. Корчуков, А.Э. Антонян, В.В. Молев, Куданкин Р.М.

Городская больница №33
г. Нижний Новгород

Введение. Выполнение органосохраняющих операций при небольших опухолях почки является стандартом лечения. Многие пациенты имеют тяжелую сопутствующую патологию в связи с чем сокращение времени операции является одной из главных проблем. Применение аргоноплазменной коагуляции позволяет максимально сократить время тепловой ишемии и оперативного пособия в целом.
Цель исследования - оценить результат лечения опухолей почки с применением АПК.
Материалы и методы. В урологическом отделении Городской больницы №33 за 2016г. выполнено 12 лапароскопических резекций почек при онкопатологии (8 женщин, 4 мужчин) Использовался аппарат электрохирургический ERBE VIO 300D(производства ERBE Elektromedizin GmbH ФРГ). Использовались режимы 1. Аргоноплазменное резание (электрод–нож аргоновый ригидный) максимальная мощность 300Вт., аргоноплазменная коагуляция(электрод для аргоновой коагуляции ригидный) максимальная мощность 100Вт.
Результаты. При удалении опухоли всегда выполнялась энуклеорезекция отступив 0,5-0,7 см. от края опухоли с использованием тепловой ишемии. Среднее время ишемии 7-25мин. Во всех случаях зажим накладывался только на артерию. Диаметр опухолей варьировал от 15-40 мм. Ни в одном случае опухоль не прорастала ЧЛС. У 7 пациентов опухоль располагалась справа, у 5 слева. Все опухоли имели экстраренальное расположение. Стадия процесса T1NoMo. Гистологическое заключение – светлоклеточный вариант почечно-клеточного рака. Необходимо отметить , что АПК. Работает на расстоянии 3-5мм. от поверхности почки , что позволяет визуализировать зону глубину коагуляции и перифокальное поражение здоровой ткани.
При использовании аргоноплазменного коагулятора нам ни одном случае не пришлось дополнительно накладывать иртракорпоральные , гемостатические швы на паренхиму почки, что существенно сокращало время операции. Необходимо помнить , что электрод коагулятора нужно держать на 3-5 мм. от ткани почки , что позволяет эффективно выполнить резание и коагуляцию. После окончания манипуляции на поверхности почки образуется струп. Время наблюдения составило 6-12 мес. По данным МРТ с контрастированием ни у одного пациента данных за рецидив онкопроцесса не получено, функция оперированной почки сохранена. При выполнении УЗИ и определение почечного кровотока в зоне резекции кровоток отсутствовал и данная зона рассматривалась как фиброзная ткань.
Выводы. На основании предварительных результатов метод АПК может рассматриваться как целесообразное дополнение к существующим вариантам лечения при резекции почки. Преимущество данного метода является низкая травматичность паренхимы почки а также сокращение время операции.

Деривация мочи по Брикеру у пациентов с раком предстательной железы pT_4

О.А. Коровин, В.В. Корчуков, Р.М. Куданкин, Ю.А. Кабак, А.Э. Антонян, В.В. Молев.

Городская больница №33
г.Нижний Новгород

Введение: Рак предстательной железы (РПЖ)- актуальная проблема современной онкоурологии. Радикальная хирургия РПЖ остается на сегодняшний день методом лечения, применение которого сопровождается достижением высоких показателей качества и продолжительности жизни пациентов. Хирургическое вмешательство позволяет точно установить стадию заболевания, а следовательно и его прогноз, и выбрать тактику дальнейшего лечения. Своевременная и точная диагностика рака предстательной железы в настоящее время предопределяет успех дальнейшего проводимого лечения. Современные скрининговые методы диагностики зачастую дают не совсем точную информацию относительно локализации и распространенности онкологического процесса.
Цель исследования: оценить результаты оперативного лечения при раке предстательной железы pT_4 и влияние его на качество жизни и социальную адаптированность работоспособных групп пациентов.
Материалы и методы: В урологическом отделении Городской больницы №33 с 2015г. выполнено - 8 операций у пациентов страдающих раком предстательной железы pT_4, радикальных цисто-простатэктомий с деривацией мочи по Брикеру.
В диагностировании РПЖ выполнялось. ПСА, ТРУЗИ простаты на аппарате Hitchi Hi Vision 900 (Япония) а так же соноэластография оснащенный модулем соноэластографии в реальном масштабе времени EZU – TE3, МРТ малого таза с контрастированием, остеосцинтиграфия.
Результаты. Все пациенты мужчины (работающие). Возраст пациентов составил от 51 до 59 лет. У всех пациентов до операции имелось гистологическое подтверждение рака предстательной железы(ацинарная аденокарцинома), Глисон от 7б и выше. ПСА пациентов до операции находился в интервале от 16 до 58 нг/мл. Объем предстательной железы по ТРУЗИ составлял от 41 до 64 $см^3$
МРТ с контрастированием (до оперативного лечения) – У всех пациентов отмечены:
1.Признаки лимфоаденопатия малого таза (от 1,5 до 3 см.)
2 Признаки рака предстательной железы с пере-

ходом опухоли на мочевой пузырь.
3. Прямая кишка без признаков прорастания.
4. У 6 пациентов признаки инфильтрации паравезикальной клетчатки.
По данным остеосцинтиграфии- признаков очагов гиперфиксации радиофарм препарата не выявлено.
Все пациенты были госпитализированы в экстренном порядке с явлениями ОПН.У всех пациентов имелось расширение ЧЛС с обеих сторон. В связи с чем первым этапом оперативного лечения были проведены ЧПНС (чрезкожные пункционные нефростомии) под УЗИ контролем с двух сторон, до нормализации биохимических показателей (мочевина, креатинин).
5 пациентов до оперативного лечения находились на гормональной терапии аналогами ЛГРГ. Орхиэктомия не выполнялась ни у одного пациента.
У всех пациентов интраоперационно выполнялась экспресс биопсия проксимальных краев резекции мочеточников. Патогистологическое заключение– отсутствие опухолевого роста в исследуемом материале. После этого только выполнялась цистпростатэктомия с расширенной лимфодиссекцией, кишечная пластика по Брикеру.
Гистологическое исследование (предстательная железа, семенные пузырьки, мочевой пузырь, лимфатическая клетчатка, стенка мочеточника).
Заключение: Ацинарная аденокарцинома с переходом на стенку мочевого пузыря, прорастание устьев обоих мочеточников. У 4 пациентов выявлены метастазы в лимфатические узлы малого таза.
После получения гистологического заключения выставлен окончательный диагноз: 4 пациента pT4N1Mo (G3), 4 пациента pT4NoMo (G3).
Нефростомические дренажи удалены в послеоперационном периоде после выполнения антеградной пиелоуретерографии.
Все пациенты в п/о периоде получали гормональную(кастрационную) терапию.
У 5 пациентов применялась комбинированная(мультимодальная терапия).
Прооперированные пациенты наблюдались и обследовались в течении 2 лет после проведенного оперативного лечения.
Пациентам проводили: контроль ПСА, ТРУЗИ , ТРУЗИ+СЭГ, МРТ.
В послеоперационном периоде в течении 2 лет:
1.Биохимический рецидив возник у 3 пациентов.
2. МРТ в послеоперационном периоде. Заключение: Данных за рецидив опухоли не обнаружено.
3. ТРУЗИ+СЭГ. Заключение: Данных за очаговые образования нет.
4. УЗИ почек. Заключение: 4 пациента имели каликоэктазию, без нарушения пассажа мочи.
Выводы. Оперативное лечение в объеме цисто-простатэктомии, ЛАЭ, кишечной пластики по Брикеру при раке предстательной железы pT_4, показано отдельной группе пациентов с целью улучшения качества жизни, социальной адаптации и при мультимодальном подходе несущей радикальное лечение. Эффективное и адекватное лечение онкологичеких больных с нарушением уродинамики ВМП может значительно улучшить результат лечения как апробированных так и традиционных методов лечения.

Сравнительная характеристика соноэластографии с ТРУЗИ в рандомизированном исследовании у пациентов с раком предстательной железы

О.А. Коровин, Р.М. Куданкин

Онкоурологическое отделение.
Городская больница №33
г.Нижний Новгород.

Введение: Своевременная и точная диагностика рака предстательной железы в настоящее время предопределяет успех дальнейшего проводимого лечения. Современные скрининговые методы диагностики зачастую дают не совсем точную информацию относительно локализации и распространенности онкологического процесса. Применение соноэластографии на первых этапах обследования пациента дает возможность максимально точно определить очаг новообразования и его структуру.
Цель исследования: оценить информативность, точность диагностики рака предстательной железы методом соноэластографии и влияние его на результативность дальнейшего лечения
Материалы и методы: В урологическом отделении Городской больницы №33 с 2013г. выполнено - 653 соноэластографических исследований предстательной железы. При этих обследованиях были диагностированы злокачественные опухоли в 217 случаях. С того же времени выполнено 126 простатэктомий (все операции выполнены одним хирургом) по поводу рака предстательной железы.
Все 126 прооперированных пациента были разделены на две группы:
1 - группа (63 пациента) в диагностировании рака предстательной железы выполнялось ТРУЗИ простаты на аппарате Hitchi Hi Vision 900 (Япония).
2 - группа (63 пациента) в диагностировании рака предстательной железы дополнительно выполнялась соноэластография простаты на аппарате Hitchi Hi Vision 900 (Япония) оснащенный модулем соноэластографии в реальном масштабе времени EZU – TE3.
Результаты.
Возраст пациентов составил от 48 до 75 лет.
На гистологическом исследовании в 56% Глисон от 4 – 6 б, в 44%-
Глисон 7 б и выше.
ПСА пациентов до операции находился в интервале от 3,4 до 36 нг/мл.
Объем предстательной железы составлял от 18 до 73 $см^3$.
Совпадение локализации рака в долях предстательной железы при проведении сонэластографии с последующим паталогоанатомическим заключением составило 91%.
Совпадение же данных ТУЗИ-обследования с па-

талогоанатомическим заключением наблюдалось в 76%.
Прооперированные пациенты наблюдались и обследовались в течении 4 лет после проведенного оперативного лечения.
Пациентам проводили:контроль ПСА, ТРУЗИ , ТРУЗИ+СЭГ, МРТ.
У пациентов которым рак предстательной железы был диагностирован при использовании ТРУЗИ – биохимический рецидив отмечен в 11 случае (17,4%), ДЛТ в послеоперационном периоде выполнены у 9 пациентов (14,2%), орхиэктомия выполнена у 6 пациентов (9,5 %).
В послеоперационном периоде при наблюдении за пациентами в течении 4 лет. У пациентов которым рак предстательной железы был диагностирован при использовании метода соноэластографии – биохимический рецидив отмечен в 7 случаях(11,1%) , ДЛТ в послеоперационном периоде выполнены у 5 пациентов (7,9%), орхиэктомия выполнена у 6 пациентов (7,9 %).
Выводы:
1). На основании полученных данных, метод соноэластографии может рассматриваться как дополнительный метод диагностики рака предстательной железы к уже существующим методам диагностики.
2). В случае проведения соноэластографии рак предстательной железы диагностируется на более ранних стадиях, более точно распознается локализация рака простаты.
3). При динамическом наблюдении в группе пациентов с соноэластографией отмечены более стабильные онкоспецифические показатели.

Результаты лечения и осложнения после радикальной цистэктомии у пациентов старшей возрастной группы.

Котов С.В.[1,2], Юсуфов А.Г.[1,2], Перов Р.А.[2],
Беломытцев С.В.[1,3], Гуспанов Р.И.[1,2], Хачатрян А.Л.[2]

[1] Кафедра урологии и андрологии РНИМУ
им. Н.И. Пирогова
г. Москва;
[2] ГКБ№1 им. Н.И.Пирогова
г. Москва.
[3] ГКБ№29 им. Н.Э. Баумана
г. Москва.

Введение: В связи с увеличением продолжительности жизни населения РФ, растет частота встречаемости рака мочевого пузыря у пациентов старшей возрастной группы.
Целью данной работы является анализ результатов лечения, осложнений и общей выживаемости после радикальной цистэктомии (РЦЭ) у пациентов старшей возрастной группы.
Материалы и методы. Анализу подверглись 95 пациентов, которым в период с августа 2011 по январь 2017 гг. в клинике урологии ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова одним хирургом выполнялась РЦЭ. Среди больных мужчин было 74 (77,9%), женщин – 21 (22,1%). Все пациенты были разделены на 2 группы: группа I – 81 (85,2%) человека в возрасте до 75 лет и группа II - 14 (14,8%) пациентов 75 лет и старше. Средний возраст (ранг) пациентов в группе I и II составил 63,4 (32-74) года и 78,1(75-85) лет, соответственно. Клинически локализованный рак мочевого пузыря (cT1-T2) был у 62 (65%) пациентов. РЦЭ по поводу местно-распространенного процесса (cT3-T4) выполнена 33 (35%) пациентам. Операция Штудера в I группе выполнялась 21 (25,9%) пациенту, во II группе 1 (7,1%) пациенту. Операция Брикера в I группе выполнялась 50 (61,7%) пациентам, во II группе 6 (42,8%) пациентам. Отведение мочи путем формировании уретерокутанеостомии у пациентов до 75 лет было в 12% случаях, в то время как в старшей возрастной группе - в 50%. Медиана наблюдения составила 30,4 (3 - 54) месяцев.
Результаты. Средняя продолжительность операции составила 310 минут в группе пациентов до 75 лет и 230 минут в старшей возрастной группе. Медиана кровопотери в группе I и II составили 350 мл и 270 мл, соответственно ($p<0.05$).
Возникшие в послеоперационном периоде осложнения были классифицированы по шкале Clavien-Dindo. Суммарно за 90-дневный период после операции зафиксировано 51 (53,7%) осложнение: из них категории Clavien I-II – в I группе 27 (33,3%), во II группе 8 (57,1%). Осложнения категории Clavien III-IV в первой группе 13(16,0%), во второй группе 3 (21,4%).
Общая 90-дневная летальность составила 8 (8,4 %). При распределении по группам: группа I – 7 (8,6 %) пациентов, группа II – 1 (7,1 %) пациент. Причинами 90-дневных летальных исходов явились: тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда (4 пациента), мезентериальный тромбоз (1 пациент), несостоятельность анастомоза (2 пациента) и острое нарушение мозгового кровообращения (1 пациент). Общая выживаемость за период наблюдения составила 71% в группе I и 82% в группе пациентов 75 лет и старше. Среди причин летальности за время наблюдения в группе I были: прогрессия рака мочевого пузыря - 4 пациента, ТЭЛА - 1, острый инфаркт миокарда - 2, ОНМК – 1, прогрессия рака желудка - 1, мезентериальный тромбоз - 1, оставшиеся 3 – от других причин. Среди пациентов группы II за время наблюдения погибли 2 пациента от прогрессии рака мочевого пузыря.
Выводы. Выбор более простых методов деривации мочи у пациентов 75 лет и старше, нивелирует возможное повышение периоперационного риска осложнений. Радикальная цистэктомия является допустимым методом лечения пациентов старшей возрастной группы, не повышая частоту осложнений и обеспечивая достаточную общую выживаемость.

Собственные результаты применения протокола ускоренного восстановления после операции (eras) при радикальной цистэктомии.

Котов С.В.[1,2], Хачатрян А.Л.[2], Юсуфов А.Г.[1,2], Перов Р.А.[2], Беломытцев С.В.[1,3], Гуспанов Р.И.[1,2], Пульбере С.А. [1,2]

[1] Кафедра урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова г. Москва;
[2] ГКБ№1 им. Н.И.Пирогова г. Москва.
[3] ГКБ№29 им. Н.Э. Баумана г. Москва.

Введение. ERAS (Enhanced recovery after surgery – ускоренное восстановление после операции) - протокол ведения пациента, направленный на уменьшение «хирургического стресса» и ускорение послеоперационного восстановления. По данным единственного мета-анализа использования протокола ERAS при РЦЭ включающую 13 сравнительных рандомизированных исследований и 1493 пациентов, доказано, что частота послеоперационных осложнения: при применении протокола ERAS - 39,6%, без протокола ERAS 51,5%. При этом продолжительность госпитализации в группе ERAS в среднем на 5,4 дня меньше. Однако доказательной базы по полному использованию данного протокола в урологической практике нет.
Цель работы - анализ результатов использования протокола ERAS у пациентов, перенесших РЦЭ.
Материалы и методы: Анализу подверглись 95 пациентов перенесших РЦЭ в клинике урологии ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова одним хирургом в период с 2011 по 2017 гг. С 2015г. в клинике используется протокол ERAS при РЦЭ. Для оценки эффективности протокола пациенты разделены на 2 группы: I группа - до внедрения протокола ERAS (2011 – 2014гг.) – 59 (73,7%) пациентов, II группа - после внедрения (с 2015г.) – 36 (37,9%) пациента. Средний возраст в группах составил 65,2 (42-83) и 66,5 (32-85) лет. Распределение по методу деривации мочи было следующим: в I группе - операция Штудера - 22%, Брикера – 61%, уретерокутанеостомия – 17%; во II группе - операция Штудера - 25%, Брикера – 55%, уретерокутанеостомия – 19%.
Результаты. Частота осложнений в раннем послеоперационном периоде в I группе - 57,6 %; во II группе 47%. При этом осложнения Clavien I-II в группе до внедрения протокола ERAS составили 40,6%, после – 30,5% (p<0,05). Осложнения Clavien III-IV – 17% в I группе и 4,7% во II группе.
В группе до внедрения протокола ERAS - 30 дневная летальность составила 8.48%, 90-дневная – 11.8%. После внедрения протокола 30 и 90-дневная летальность составили 2,8%. Средний койко день составил в I группе – 15,3, во II группе - 9,7.
Выводы. Использование протокола ERAS (Enhanced recovery after surgery – ускоренное восстановление после операции) при РЦЭ позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности в раннем послеоперационном периоде. Малое число пациентов и отсутствие длительных наблюдений требует продолжения исследований.

Интраоперационные и онкологические результаты лечения пациентов почечно-клеточным раком и распространением опухолевого тромба по венозной системе.

С.В. Котов, А.Г. Юсуфов, М.К. Семенов

[1] Кафедра урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова г. Москва
[2] ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова г. Москва.

Особенностью рака почки является метастатическая инвазия опухолевого тромба в НПВ.
Целью данной работы была оценка результатов хирургического лечения пациентов почечно-клеточным раком и распространением опухолевого тромба по венозной системе.
Материалы и методы. В период с 2011 – апрель 2017гг. в клинике урологии ГКБ № 1 было выполнено 26 радикальные/циторедуктивные нефрэктомии с тромбэктомией. Среди пациентов преобладали мужчины (n-20; 77%) над женщинами (n=6; 23 %). Медиана возраста –64 (47-82) года. Заболевание правой почки выявлено у 14 (54%)пациентов; левой – 12(46%). Уровень I - почечная вена, перирenальный отдел НПВ(n=12; 46,2%) , уровень II - подпеченочный отдел НПВ (n=8;30,8%); уровень III (ретропеченочный (внутрипеченочный) отдел НПВ до диафрагмы) делится на две подгруппы: 1. краниальная граница опухолевого тромба не достигает главных печеночных вен; 2. Опухолевый тромб на уровне главных печеночных вен и выше – (n=5; 19,2%), уровень IV (наддиафрагмальный (внутриперикардиальный, внутрипредсердный)) - 1 (3,8%) пациент. Увеличенные забрюшинные лимфатические узлы по данным КТ определялись в 11 (42%) случаях. Отдаленные метастазы на момент операции диагностированы у 6 (23%) пациентов: солитарные - у 4 (15,4%), множественные – у 2 (7,7%). У двух пациентов в анамнезе была клиника ТЭЛА. В 25 (96,2%) случаях операция выполнялась из лапаротомного доступа («неполный или полный Шеврон»). У 1 (3,8%) пациента тромбэктомия выполнена лапароскопическим путем.
Результаты. Все 26 вмешательств без интраоперационной летальности. Медиана продолжительности операции - 212 мин (140 - 335 минут). Медиана кровопотери - 300 мл (50 - 5000 мл). Аппаратная реинфузия (Cell-Saver) крови, в связи с массивной кровопотрей проводилась 4 пациентам (15,4%).В 4(15,4%) случаях выполнена одна из симультанных операций (холецистэктомия, атипичная резекция печени; протезирование брюшного отдела аорты, резекция IV сегмента печени, СВЧ - абляция метастатического очага VII сегмента печени, гемиколэктомия слева (T4 прорастание опухоли в нисходящую кишку). Послеоперационный ослож-

нения зарегистрированы у 8 (30,8%) пациентов. Летальность в раннем послеоперационном периоде (30-дневня) составила 7,7% (n=2).
Медиана продолжительности послеоперационного пребывания в клинике составила 9 дней (4 - 23 дня). Из под наблюдения выпало 5 пациентов. Два пациента имеют прогрессию заболевания. Один пациент скончался вследствие развития ОНМК. Девять пациентов скончались вследствие прогрессии заболевания. Двухлетняя безрецидивная, раковоспецифическая и общая выживаемость составили 47%, 51% и 45%, соответственно.
Выводы: Радикальная/циторедуктивная нефрэктомия с тромбэктомией из нижней полой вены является технически сложной операцией. Последнюю необходимо выполнять в экспертных центрах, имеющих материально-техническую базу для подобных операций. Распространение рака почки по венозной системе имеет неблагоприятный прогноз по наличию лимфогенных и отдаленных метастазов, а также по раковоспецифической и общей выживаемости, даже в эру таргетной терапии.

Интра- и послеоперационные осложнения резекции почки с опухолью при помощи шкалы renal.

С.В.Котов [1,2], А.Е. Осадчинский [2], А.Г. Юсуфов [1,2], Р.А. Перов [2], Р.И. Гуспанов [1,2], С.А. Пульбере [1,2]

[1] Кафедра урологии и андрологии
РНИМУ им. Н.И. Пирогова
г. Москва
[2] ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова
г. Москва.

Введение. При выборе доступа при органосохраняющем лечении рака почки следует учитывать локализацию и размеры опухоли. Большинство онкоурологов руководствуются нефрометрической оценкой резектабельности по шкале RENAL, которая позволяет спрогнозировать возможные интра- и послеоперационные осложнения.
Цель работы. Сравнение частоты интра- и послеоперационных осложнений у пациентов различных групп в зависимости от результатов нефрометрической шкалы RENAL.
Материалы и методы. В период с января 2013 по апрель 2017 год в клинике урологии ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова, 83 пациентам была выполнена лапароскопическая резекция по поводу опухоли почки в стадии T_1. Пациентов женского пола было 37 (44,5%), мужского 46 (55,5%). Средний возраст (ранг) составил 60,8 года (36-79). Согласно шкале RENAL все пациенты были распределены на три группы в зависимости по сложности резектабельности. В группу I - легкая степень (RENAL 4-6 баллов) вошли 57 пациентов (69%); в группу II - средняя степень (RENAL 7-9 баллов) - 12 больных (14%); в группу III сложная степень (RENAL 10-12 баллов) вошло 2 пациента (2%).
Результаты. Среднее время (ранг) в группе I составило 130,9 мин (50-320); в группе II – 125,4 мин (80-180) и в группе III – 162,5 мин. Среднее время (ранг) первых 10 операций в группе I составило 167 мин (90-320); последних 10 резекций - 122 мин (65-200), соответственно ($p<0,05$).
Важным критерием успешности резекции почки является сохранение функционирующей паренхимы. Тепловая ишемия во время резекции улучшает визуализацию и облегчает радикальное удаление опухоли, однако степень длительности более 20 минут приводит к повреждению органа. Среднее время (ранг) тепловой ишемии у пациентов группы I составило 13,7 мин (7-20); группы II – 11,7 мин (6-19) и в группе III – 15,5 мин. Среднее время (ранг) пережатия почечной артерии в группе I у первых и последних 10 пациентов составило 16,4 мин, соответственно ($p<0,05$) и 11,4 мин соответственно ($p<0,05$). В группе I интраоперационные осложнения возникли у 5 больных (8,7%), 4 раза было вскрытие чашечно-лоханочной системы и одному пациенту потребовалась конверсия. В послеоперационном периоде у 3,5% пациентов состояние осложнилось макрогематурией и у одного пациента возник мочевой затек, потребовавший установки внутреннего стента. В группе II в послеоперационном периоде у одного пациента возникла макрогематурия, потребовавшая селективной эмболизации сегментарной почечной артерии.
Вывод. Нефрометрическая шкала RENAL позволяет оптимизировать выбор пациентов для лапароскопической резекции почки, как вспомогательный инструмент для онкоурологов, и оценить риски интра- и послеоперационных осложнений. С прохождением кривой обучения при выполнении лапараскопической резекции почки у пациентов с индексом RENAL ≥ 7 частота осложнений соответствует группе RENAL ≤ 7.

Радикальная простатэктомия у пациентов групп высокого и очень высокого риска.

С.В.Котов[1,2], Р.А. Перов [2], А.Г.Юсуфов[1,2], Р.И. Гуспанов [1,2], С.А. Пульбере [1,2], А. Баранов [1]

[1] Кафедра урологии и андрологии
РНИМУ им. Н.И. Пирогова
г. Москва
[2] ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова
г. Москва.

Введение. Радикальная простатэктомия (РПЭ) с расширенной тазовой лимфаденэктомией у пациентов из групп высокого и очень высокого риска рака предстательной железы (РПЖ) является как самостоятельным вариантом лечения, так и первым этапом мультимодальной терапии. Целью данной работы была оценка интра- и ранних послеоперационных осложнений, 5-и летней общей, раковоспецифической и безрецидивной выживаемости.

Материалы и методы. Проспективному анализу были подвергнуты результаты оперативного лечения 175 пациентов из групп высокого и очень высокого риска РПЖ. Критериями включения были клиническая стадия ≥ Т3, или N1, или сумма Глисона ≥ 8, или ПСА ≥ 20 нг/мл, период наблюдения не менее 3-х месяцев после операции. РПЭ выполнялась пациентам с длительной ожидаемой продолжительностью жизни и высокой мотивацией на хирургическое радикальное лечение. Средний возраст (ранг) пациентов составил 66 (51-77) лет. Предоперационное распределение клинической стадии Т составило: cT1c – 10%, cT2a – 5%, cT2b – 10%, cT2c – 20%, cT3a – 35%, cT3b – 20%. Медиана (ранг) предоперационного уровня общего ПСА составила 22,8 (0,4-148) нг/мл. Доля пациентов с предоперационным уровнем ПСА > 20 нг/мл составила 49%. Распределение суммы Глисона до операции: не указано – 7%, 6 баллов – 28%, 7 баллов – 29%, 8 -10 баллов – 36%. Неоадъювантную терапию по назначению онколога получали 18 (10%) пациентов. У 6 (3%) пациентов была применена нервосберегающая методика РПЭ. Уровнем ПСА, указывающим на наличие биохимического рецидива, считался показатель 0,2 нг/мл.

Результаты. РПЭ выполнялась по традиционной методике позадилонным доступом. Медиана интраоперационного кровотечения составила 290 мл. Гемотрансфузия была выполнена 4 пациентам (2%). Интра- и ранняя послеоперационная летальность составила 0,6% (1 пациент скончался от острого инфаркта миокарда). Интра- и послеоперационные осложнения были: травма прямой кишки (ушита интраоперационно) – 1,1% (2 пациента), пузырно-ректальный свищ (ушит промежностным доступом через 4 месяца) – 0,6% (1 пациент), ревизия гематомы малого таза – 0,6% (1 пациент), лимфоцеле, потребовавшее пункционного дренирования – 11% (20 пациентов), тромбоз вен н/к - 1,1% (2 пациента), несостоятельность уретровезикального анастомоза – 0,6% (1 пациент), стеноз уретровезикального анастомоза - 0,6% (1 пациент). Недержание мочи тяжелой степени спустя 6-9 месяцев составило 2,3% (4 пациента), средней и легкой степени – 14% (24 пациентов). Распределение патологоанатомической стадии составило: pT2 – 53%, pT3a – 14%, pT3b – 28%, pT4 – 5%. У 5% пациентов произошла миграция клинической стадии Т3 в патологоанатомическую Т2. Сумма Глисона после операции составила: 6 баллов – 15%, 7 баллов – 65%, 8-10 баллов – 20%. Метастазы в удаленные лимфатические узлы были у 38 (22%) пациентов. Адъювантная гормонотерапия в период первых 3-х месяцев после операции была назначена 10 (6%) пациентам. Сальважная лимфодиссекция выполнена 4 (2%) пациентам. Медиана наблюдения онкологических результатов составила 34 месяца. В период наблюдения общая выживаемость составила 97,7% (1 пациент скончался вследствие ОИМ, 1 - в раннем послеоперационном периоде после АКШ, 2 - вследствие отягощенного общесоматического статуса), раковоспецифическая выживаемость составила 98,9% (2 пациента скончались вследствие прогрессии РПЖ). Пятилетняя безрецидивная выживаемость составила 89%/

Заключение. Продемонстрированная эффективность применения РПЭ, как метода лечения больных групп высокого и очень высокого риска прогрессии РПЖ как в качестве монотерапии, так и первого этапа мультимодальной терапии, указывает на возможное более широкое распространения данного подхода. Следует отметить, что у 5% пациентов происходит миграция клинической стадии Т3 в патологоанатомическую Т2, а 45% пациентов, получавших гормональную терапию, после операции в ней не нуждаются. У 89% больных местнораспространенным РПЖ из групп высокого и очень высокого риска нет биохимического рецидива спустя 5 лет после операции. Эти пациенты также не нуждаются в проведении адъювантной терапии, что предотвращает негативное влияние на их качество жизни. Незначительный прирост частоты некоторых осложнений (лимфоцеле) после РПЭ связан с необходимостью применения расширенной тазовой лимфаденэктомии, но они не влияют значимо на качество жизни пациентов. Частота недержания мочи после операции сопоставима с группой пациентов, перенесших РПЭ по поводу локализованного РПЖ.

Местнораспространенный рак простаты - онкологические и функциональные результаты пяти лет наблюдения после радикальной простатэктомии

С.В.Котов[1,2], Р.А. Перов [2], А.Г.Юсуфов[1,2], Р.И. Гуспанов [1,2], С.А. Пульбере [1,2], А. Баранов [1]

[1] Кафедра урологии и андрологии
РНИМУ им. Н.И. Пирогова
г. Москва
[2] ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова
г. Москва.

Введение. Радикальная простатэктомия (РПЭ) остается «золотым стандартом» в лечении клинически локализованного рака предстательной железы (РПЖ), однако сегодня расширены показания к РПЭ с применением расширенной лимфаденэктомии у пациентов с местнораспространенным РПЖ как моно-, так и как первый этап мультимодальной терапии. Целью данной работы была оценка онкологических и функциональных результатов РПЭ у больных с местнораспространенными формами РПЖ.

Материалы и методы. Проспективному анализу были подвергнуты результаты 160 операций, выполненных в период с июня 2011 по февраль 2017гг. Критериями включения были клиническая или патологоанатомическая стадия ≥ Т3, ожидаемая продолжительность жизни более 10 лет и высокая мотивация пациента на операцию. РПЭ выполнялась по традиционной методике позадилонным доступом, 4 (2,5%) операции выполнены промежностным доступом. Расширенная лимфаденэктомия выполнена 118 (74%) пациентам.

У 21 (13%) пациента применена нервосберегающая методика РПЭ. В двух случаях (1,3%) РПЭ выполнялась после перенесенной ранее позадилонной аденомэктомии, у 6 (3,7%) пациентов симультанно сочеталась с герниопластикой проленовой сеткой, у 4 (2,5%) пациентов - с цистолитоэкстракцией крупных камней, у 1 (0,6%) пациента - с реимплантацией мочеточника в следствии его эктопии. Средний возраст (ранг) пациентов составил 64 (46-76) года. Медиана (ранг) предоперационного уровня ПСА составила 16,6 нг/мл (в группе нервосберегающей РПЭ – 9,2 нг/мл). Распределение клинической стадии Т составило: cT1c – 24 (15%) пациентов; cT2a – 11 (7%) , cT2b – 20 (12%); cT2c – 49 (31%); cT3a – 33 (21%); cT3b – 23 (14%) пациентов. Предоперационная сумма Глисона составила: не указано у 27 (17%) пациентов; 6 баллов – 55 (34%) пациентов; 7 баллов – 52 (33%) пациентов; 8-10 – 26 (16%) пациентов. Средний балл домена эректильной функции в опроснике МИЭФ в группе нервосберегающей РПЭ составил 23 балла. Средние показатели максимальной скорости мочеиспускания (Qmax) и суммарный бал шкалы IPSS составили – 12,7 мл/с и 12 баллов, соответственно. Средний показатель объема предстательной железы составил 44 см^3. Неоадъювантную терапию по назначению онколога получали 13 (8%) пациентов. Уровнем ПСА, указывающим на наличие биохимического рецидива, считался показатель 0,2 нг/мл.

Результаты. Средняя интраоперационная кровопотеря составила 280 мл, в группе нервосберегающей РПЭ - 420 мл. Гемотрансфузия была выполнена 4 пациентам (2,5%). Среднее операционное время 150 минут, в группе нервосберегающей РПЭ - 145 минут. Интра- и ранняя послеоперационная летальность составила 0,6% (1 пациент скончался от острого инфаркта миокарда). Интра- и послеоперационные осложнения были: ревизия гематомы малого таза – 0,6% (1 пациент), лимфоцеле, потребовавшее пункционного дренирования – 5,6% (9 пациентов), стеноз уретровезикального анастомоза - 0,6% (1 пациент), ТЭЛА - 0,6% (1 пациент). Недержание мочи тяжелой степени спустя 6-9 месяцев составило 1,9% (3 пациента), средней и легкой степени – 11,3% (18 пациентов). Через 9 месяцев наблюдения в группе нервосберегающей простатэктомии эрекция, достаточная для проведения полового акта, как с применением фармакологической поддержки, так и без была у 52% пациентов. Паталогоанатомическая стадия Т составила: pT3a – 58 (36%), pT3b – 90 (56%), pT4 – 12 (8%). У 104 (65%) пациентов произошла миграция клинически локализованной стадии в Т3. Сумма Глисона после операции составила: 6 баллов – 39 (24%) пациентов; 7 баллов – 87 (55%) пациентов; 8-10 – 34 (21%) пациента. Метастазы в удаленные лимфатические узлы определялись у 39 (24%) пациентов. Адъювантная гормонотерапия в период первых 3-х месяцев после операции была назначена 9 (5,6%) пациентам. Сальважная лимфодиссекция выполнена 4 (2,5%) пациентам. Медиана наблюдения онкологических результатов составила 34 месяца. В период наблюдения общая выживаемость составила 98,1% (1 пациент скончался вследствие ОИМ, 2 - вследствие отягощенного общесоматического статуса), раковоспецифическая выживаемость составила 99,4% (1 пациент скончались вследствие прогрессии РПЖ). Пятилетняя безрецидивная выживаемость составила 85%. Причем достоверной корреляции между выполнением лимфодиссекции и нервосберегающей техники с наличием биохимического рецидива не прослеживалось.

Заключение. У пациентов с местнораспространенной формой РПЖ и ожидаемой продолжительность жизни более 10 лет РПЭ с расширенной лимфаденэктомией является методом первого выбора в сочетании или без последующей адъювантной лучевой или гормональной терапией. У 85% больных местнораспространенным РПЖ нет биохимического рецидива спустя 5 лет после операции. Эти пациенты также не нуждаются в проведении адъювантной терапии, что предотвращает негативное влияние на их качество жизни. Продемонстрированные функциональные и онкологические результаты РПЭ у больных с местнораспространенной формой РПЖ сопоставимы с группой пациентов, перенесших РПЭ по поводу локализованного РПЖ. Незначительный прирост частоты некоторых осложнений (лимфоцеле) после РПЭ связан с необходимостью применения расширенной тазовой лимфаденэктомии, но они не влияют значимо на качество жизни пациентов. РПЭ, как метод лечения больных местнораспространенным РПЖ как в качестве монотерапии, так и первого этапа мультимодальной терапии, указывает на возможное более широкое распространения данного подхода.

Разработка и первичная клиническая проверка мочевой тест-системы для неинвазивной диагностики рака предстательной железы

Котова Е.С.[1], Савочкина Ю.А.[2], Васильев А.О.[3], Прилепская Е.А.[3], Говоров А.В.[3], Долудин Ю.В.[4], Потолдыкова Н.В.[4], Морозов А.О.[4], Безруков Е.А.[4], Шарова Е.И.[1]

[1] ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России
[2] ООО НПФ Литех
[3] ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра урологии
[4] ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М. Сеченова Минздрава России, НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека

В настоящее время является актуальной разработка малоинвазивных методов диагностики рака предстательной железы (РПЖ). Для принятия решения о повторной биопсии при предыдущей отрицательной биопсии FDA одобрен тест Progensa, основанный на определении соотношения количества РНК генов PCA3 и KLK3 (PSA) в моче методом HPA (hybridization protection assay). В 2016 г ФНКЦ ФХМ ФМБА России совместно с ООО НПФ Литех разработана тест-система для диагностики

РПЖ на основе соотношения 4-х РНК-биомаркеров, включающих KLK3 и PCA3. Тест система состоит из флакона с консервантом, реагентов для выделения РНК из мочи, удаления примеси ДНК, постановки обратной транскрипции с последующей мультиплексной количественной ПЦР.
Первичная проверка клинической чувствительности и специфичности тест-системы была проведена на 2-х выборках: 44 пациента, направленных на радикальную аденомэктомию или простатэктомию и 29 пациентов, направленных на диагностическую биопсию по подозрению на РПЖ. Пациенты с РПЖ имели сумму Глисона: 5-6 –11 пациентов, 7 и выше – 26 пациентов, с диагнозом ДГПЖ было 34 пациента. Уровень ПСА общ. составлял от 0,75 до 127 с медианой 7 нг/мл. У всех пациентов перед инвазивным вмешательством собирали мочу для последующего выделения РНК и проведения количественной ОТ-ПЦР. Во время первичной проверки были выявлены возможные ограничения для использования тест-системы – она показывает низкую специфичность у пациентов с повышенным содержанием в моче РНК не простатного происхождения (гематурия, наличие цистостомы и т.д.), что было обнаружено по повышению одного из биомаркеров тест-системы. После исключения пациентов с высоким содержанием в моче РНК не простатного происхождения анализ результатов показал, что тест-система обладает в отношение РПЖ чувствительностью 0,83, специфичностью 0,86 и AUC=0,89. В настоящее время для уточнения клинической чувствительности и специфичности тест-системы для пациентов определенных возрастных групп и диапазонов общ. ПСА проводится многоцентровое исследование с запланированным набором не менее 300 пациентов.

Лапароскопическая хирургия опухолей паренхимы подковообразной почки.

А.Д. Кочкин[1], Э.А. Галлямов[2], В.Л. Медведев[3], Р.Г. Биктимиров[4], А.Г. Мартов[4], Ф.А. Севрюков[1], А.В. Кнутов[1], Д.В. Семёнычев[1], А.Б. Новиков[5], А.Е. Санжаров[6], В.П. Сергеев[4]

[1] «ДКБ на ст. Нижний Новгород ОАО «РЖД» г. Нижний Новгород
[2] кафедра факультетской хирургии №1 ФГБОУ ВО МГМСУ им. Евдокимова г. Москва
[3] кафедра урологии ФГБОУ ВО КубГМУ г. Краснодар
[4] кафедра урологии и андрологии ИППО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России г. Москва
[5] Многопрофильный медицинский центр Банка России, г. Москва.
[6] ФГБУ ФНКЦ ФМБА Россиг. г. Москва

Введение. Опухоли подковообразной почки (ОПП) - чрезвычайно редкая патология. В PubMed мы нашли лишь 3 упоминания о лапароскопических резекциях и несколько «клинических наблюдений», посвящённых лапароскопической геминефрэктомии при ОПП. Материалы и методы. Проведен мультицентровой ретроспективный анализ результатов лечения больных ОПП, подвергнутых лапароскопическим резекции или геминефрэктомии. Оценивали интра- и послеоперационные осложнения, особенности истмотомии, продолжительность операции и стационарного лечения больных. Критериям включения соответствовали 19 пациентов от 27 до 62 лет (мужчин – 9). Индекс массы тела - от 27 до 36 кг/м^2. У 10 пациентов опухоль локализовалась слева. Выполнено 11 геминефрэктомий (6 слева). Восьмерым больным производились резекции почки. В одном случае удалось исполнить стандартную резекцию, вне зависимости от особенностей строения органа. В других наблюдениях, осуществлялись сегментарные резекции одной из половин подковы, периодически вместе с перешейком и нижней группой чашечек, компримированных опухолью (видеопротокол - https://youtu.be/nk-WlbjNtls). Истмотомия произведена в 15 операциях. В одном наблюдении произведена истмэктомия при опухоли перешейка. Результаты и обсуждение. Конверсий не было. Максимальное время тепловой ишемии почки при её резекции достигло 19 минут. Интра- и послеоперационных осложнений удалось избежать. Время операции - от 130 до 270 минут. Сроки послеоперационного стационарного пребывания больных не превысили 8 дней. Минимальный срок послеоперационного наблюдения составил 6 месяцев - данных за рецидив или прогрессирование заболевания не выявлено. Выводы. Первый собственный опыт продемонстрировал не только возможность технического исполнения, но и эффективность лапароскопических геминефрэктомии и резекции при опухолях паренхимы подковообразной почки.

Радикальная робот-ассистированная простатэктомия у пациентов с местно-распространенным раком простаты.

Лахно Д.А., Зингеренко М.Б.

Московский клинический научно-практический центр г. Москва

Введение: Недавно проведенные исследования продемонстрировали, что только хирургическое лечение или хирургическое лечение в сочетании, например, с антиандрогенной или лучевой терапии может позволить достичь хороших онкологических результатов у пациентов с местно-распространенным раком простаты (МРРП). Однако, в настоящий момент в литературе практически отсутствуют сообщения, посвященные результатам робот-ассистированной простатэктомии (РАРП) у пациентов с местно-распространенным раком простаты. Мы проанализировали наш опыт выпол-

нения РАРП у пациентов с местно-распространенным раком простаты.
Материалы и методы: Начиная с февраля 2015г. по апрель 2016г. мы выполнили РАРП у 22 пациентов с МРРП (T3b-17 пациентов, T3a- 5пациентов). Все операции выполнялись по экстрафасциальной методике в сочетании с расширенной тазовой лимфаденэктомией. В среднем удалялось в среднем 13 л/у. Средний возраст пациентов составил 64,1г (53-74г). Показатель ПСА варьировал в диапазоне от 4.1 нг/мл до 133нг/мл (в среднем 26,53 нг/мл). Всем пациентам в предоперационном периоде выполнялась МРТ малого таза с контрастированием, остеосцинтиграфия, исключено метастатическое поражение скелета. Неоадъювантная гормональная терапия проводилась у 7 пациентов со средним уровнем ПСА-58,37 нг/мл (26.27-133нг/мл) в сроки от 2 до 6 мес.
Результаты: Средняя кровопотеря составила 280мл. Никаких значимых осложнений в послеоперационном периоде зарегистрировано не было. Недержание мочи через 1 год после операции у 4 пациентов (18%). Распределение по шкале Gleason: 6(3+3)- 4; 7(3+4)-10; 7(4+3)-1; 8(4+4)-5; 9(4+5)-1; и 10 (5+5)-1 пациент. Положительный край выявлен у 4(18%) пациентов, у 3х пациентов проводилась адъювантная лучевая терапия, а у 4 немедленная адьювантная гормональная терапия в течение 3-6 месяцев. Онкологические результаты оценивались через 1 год (оценены результаты 20 пациентов). Биохимический рецидив выявлен у 2х пациентов, что составило 10%. У 18 пациентов ПСА находился в интервале 0-0,13нг/мл(0,02 нг/мл).
Выводы: Таким образом, наши данные позволяют сделать вывод, что робот-ассистированная простатэктомия позволяет добиться хорошего онкологического контроля и высоких показателей качества жизни у пациентов с местно-распространенным раком простаты. И получить радикальное лечение той группе пациентов, для которой ранее было недоступно. Вопрос о необходимости проведении неодъювантной и адъювантной гормональной терапии требует дальнейшего изучения и систематизации показаний.

Качество жизни и выживаемость после тазовой экзентерации по поводу злокачественных опухолей мочеполовой системы у женщин

Лоран О.Б., Серегин А.В., Довлатов З.А.

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»
г. Москва

Цель. Оценить влияние экзентерации органов таза при опухолях органов мочеполовой системы на качество жизни и выживаемость пациентов.
Пациенты и методы. Экзентерация органов таза выполнена у 92 женщин 37–74 лет (медиана – 53 года) по поводу рака мочевого пузыря (РМП) в 45 случаях и рака шейки матки (РШМ) – 47. Пациентки с РМП: $T_1N_0M_0G_3$ – 3 человека; $T_{2a-b}N_0M_0G_{1-3}$ – 14; $T_{2a-b}N_1M_0G_{1-3}$ – 2; $T_{3a-b}N_0M_0G_{1-3}$ – 17; $T_{3a-b}N_1M_0G_{1-3}$ – 5; $T_{3a-b}N_0M_1G_{1-3}$ – 1; $T_{4a}N_0M_0G_{1-3}$ – 3. Пациентки с РШМ: первичный РШМ с прорастанием опухоли в мочевой пузырь ($T_{4a}N_{0-1}M_{0-1}$) – 22 человека; неизлеченный первичный РШМ ($T_{3b}N_{0-1}M_0$) после курса химиолучевой терапии в сроки 1-2 месяца – 8; рецидивный РШМ ($T_{1-3}N_0M_0$) – 17. Передняя экзентерация выполнена у 82 пациенток, тотальная – 10. Медиана послеоперационного наблюдения составила 51 мес. (3-104 мес.). В послеоперационном периоде химио- или химиолучевая терапия применена у 63 (68,5%) пациенток, различные операции по поводу отдаленных метастазов – у 7 (7,6%). Качество жизни после операции изучали с помощью опросника SF-36.
Результаты исследования. Качество жизни пациенток в течение 60 лет после экзентерации тазовых органов, в целом, не ухудшилось, а, наоборот, практически по всем аспектам улучшилось, в том числе по ряду параметров (физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; социальное функционирование) имело место статистически значимое его улучшение. 5-летняя общая и безрецидивная выживаемость пациенток после экзентерации тазовых органов составила 60,9±15,8% и 55,4±12,6% соответственно.
Заключение. Достижение относительно высоких результатов лечения и качества жизни пациенток при экзентерации тазовых органов, возможно, объясняется достаточно большим хирургическим опытом и высоким уровнем материально-технической оснащенности нашего учреждения. Поэтому преимущественное выполнение такого сложного вмешательства на базе референс-центров можно рассматривать как одно из важнейших условий улучшения результатов лечения такой категории пациенток.

Урологические осложнения после лучевой терапии у онкогинекологических больных.

О.Б.Лоран, Л.А.Синякова,
И.В.Лукьянов, М.А.Текеев

Кафедра урологии и хирургической андрологии ГБОУ ДПО РМАНП,
г. Москва
ГКБ им. С.П. Боткина
г. Москва

Введение. Заболеваемость злокачественными опухолями малого таза прогрессивно увеличивается. В последние годы отмечается не только рост заболеваемости гинекологическим раком, но и наметилась тенденция прироста удельного веса женщин репродуктивного возраста, страдающих этой патологией. В лечении рака женской репродуктивной системы используются в основном два метода – оперативный и лучевой, а также их комбинации. В настоящее время лучевая терапия как

самостоятельный метод или в составе комбинированного лечения используется более чем у 90% больных раком шейки матки, что является одним из серьезных факторов риска возникновения урологических осложнений и проблем их дальнейшего лечения. У 15% пациенток, получивших лучевую терапию в стандартной дозе по поводу РШМ, возникают стенозы мочеточников, а у 7% формируются свищи.

Материалы и методы. В неотложное отделение урологии ГКБ им. С.П.Боткина в 2016 г. поступили 24 пациентки с урологическими осложнениями лучевой терапии рака шейки или тела матки: пузырно-влагалищными свищами - 2, мочеточниково-влагалищными свищами - 4, моче-кишечными свищами - 2, стриктурами и облитерациями мочеточников - 16.

Основными причинами госпитализации являлись: острый пиелонефрит на фоне нарушения уродинамики, постренальная анурия.

Результаты. Рецидив основного заболевания на момент поступления был исключен у 1/3 больных, однако наличие урологических осложнений привело к инвалидизации и сделало качество жизни указанных больных крайне низким. У 16 (2/3) больных имел место рецидив или продолженный рост основного заболевания.

Цель лечения заключалась в выборе адекватного метода дренирования мочевых путей. Экстренное дренирование верхних мочевых путей выполнено 22 больным: 18 – ЧПНС, установка мочеточникового стента – 4 пациенткам, что позволило купировать атаку пиелонефрита, стабилизировать состояние больных, устранить постренальную анурию.

Заключение. Несмотря на создание новой аппаратуры для проведения лучевой терапии, совершенствование методик облучения, количество больных с различными пострадиациоными осложнениями остается значительным, что требует междисциплинарного подхода к обследованию и лечению у казанной категории больных, включая онкологов, радиологов, гинекологов, урологов.

Профилактикой урологических осложнений у онкогинекологических больных является:

тщательное обследование, включающее в себя органы мочевой системы (УЗИ, обзорная и экскреторная урография); коррекция сопутствующих заболеваний, влияющих на трофику тканей (сахарный диабет, гипертоническая болезнь).

Больные с онкогинекологическими заболеваниями после проведения лучевой терапии или комбинированного лечения нуждаются в контроле за функцией почек.

Для пациенток с продолженным ростом или рецидивом основного заболевания адекватное дренирование верхних мочевых путей – способ продления жизни и возможность в ряде случаев проведение лечения по поводу основного заболевания (химио-лучевая терапия).

Влияние латентной вирусной инфекции на течение и прогноз рака мочевого пузыря.

О.Б. Лоран [1], Л.А. Синякова [1], Л.В. Гундорова [3], В.А. Косов[4], И.В. Косова [2], Д.Н. Колбасов [2], И.Е. Погодина [5]

[1] Кафедра урологии и хирургической андрологии РМАНПО
г. Москва
[2] Урологическое отделение и
[3]патологоанатомическое отделение
ГБУЗ ГКБ №68 ДЗМ
г. Москва
[4] Коми республиканский онкологический диспансер (КРОД)
г. Сыктывкар
[5] Вологодская областная клиническая больница № 2 (ВОКБ №2)
г. Череповец

Цель. Оценить влияние латентной вирусной инфекции на течение и прогноз рака мочевого пузыря.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 100 больных, страдающих раком мочевого пузыря (72 мужчин и 28 женщин) возрасте от 38 до 90 лет (средний возраст 65±10). Ткань опухоли взяты на ПЦР – диагностику наличия вируса простого герпеса (ВПГ) 1 и 2 типов, вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска, цитомегаловируса (ЦМВ), вируса Эпштейна - Барр (ВЭБ). Десяти больным с наличием ДНК ВЭБ в опухоли определена экспрессия PD-L1 в лимфоидном инфильтрате и опухолевых клетках.

Результаты. Наличие вирусных ДНК в ткани опухоли было выявлено у 34 больных, из них 50% опухолей являлись низкодифференцированными. У 27 больных в опухоли выявлено наличие ДНК ВЭБ, у 6 - ЦМВ, в 5 случаях – ВПЧ высокого онкогенного риска (16, 39, 45, 52, 59), в 1 случае - ВПГ I,II типа. Из 34 больных у четверых пациентов выявлено ДНК нескольких вирусов (ВПЧ 59 тип + ВЭБ в одном случае, ВЭБ+ЦМВ у двоих пациентов, ЦМВ+ВЭБ+ВПЧ 31, 52 типов у одного больного). У одного пациента 50 лет с наличием ДНК трех вирусов в опухолевой ткани, высокими уровнями противовирусных антител, немышечно-инвазивным раком мочевого пузыря выявлена 99% экспрессия PD-L1 в опухолевых клетка, еще у двух пациентов с наличием 2-х вирусов и инвазивным раком мочевого пузыря экспрессия PD-L1 в опухолевых клетках была более 60%. У остальных пациентов с мышечно-инвазивным уротелиальным раком в 40% случаев экспрессия PD-L1 в лимфоидном инфильтрате была более 5%, в 60%- менее 5%. Экспрессия маркера в опухолевых клетках менее 5% выявлена в 90% случаев.

Выводы. У пациентов с немышечно-инвазивным раком мочевого пузыря с наличием признаков латентной (особенно сочетанной) вирусной инфекции целесообразно определение экспрессии PD-L1 как маркера неблагоприятного течения опухолевого процесса, и решения вопроса о ранней цистэктомии, однако, требуется продолжение исследования.

Отдаленные результаты гольмиевой резекции мочевого пузыря техникой единого блока в диагностике и лечении больных мышечно-неинвазивным раком мочевого пузыря.

А.Г. Мартов, Д.В. Ергаков, Н.А. Байков.

ГКБ имени Д.Д. Плетнева
г. Москва.

Введение. Классическая трансуретральная резекция мочевого пузыря (ТУРМП) имеет ряд довольно существенных недостатков – термическое повреждение гистологического материала, перфорация мочевого пузыря в результате стимуляции запирательного нерва. Самым главным недостатком является нарушение онкологического принципа – удаления опухоли целиком. Целью нашей работы явилось изучение отдаленных результатов применения гольмиевого лазера в диагностике и лечении больных раком мочевого пузыря при выполнении трансуретральной лазерной резекции мочевого пузыря единым блоком.
Пациенты и методы. С января 2010 по январь 2017 г. 162 пациентам с первичными и рецидивными опухолями мочевого пузыря в стадии cTa-T1 выполнялась трансуретральная гольмиевая резекция мочевого пузыря единым блоком в условиях отделения плановой урологии ГКБ № 57 г. Москвы. Среди оперированных пациентов было 92 мужчины и 70 женщин в возрасте от 41 до 92 лет. Размеры экзофитной части опухоли варьировали от 0.5-1.9см (88,1%) до 2.0-3.5 см (11.9%). В 77% случаев (125 пациентов) опухоль располагалась на боковой стенке, у 15 пациентов (9%) – треугольнике Льето, в 12 случаях (7,5%) на передней стенке и у 10 пациентов (6,5%) в области дна мочевого пузыря. Во всех случаях опухоли были одиночными. Трансуретральная гольмиевая резекция выполнялась с применением гольмиевого лазера "Auriga" (WaveLight Laser Technologie AG, Erlangen, Germany) с длиной волны 2,09 мкм. Мощность импульса 22-42 W, частота импульсов 8-18 Hz при толщине волокна «переднего прижигания» 600 мкм. В основном резецированная опухоль вместе с основанием удалялась из мочевого пузыря по внутреннему просвету тубуса инструмента, у 12 пациентов с крупными опухолями для их удаления использовали эндоскопические экстракторы и специальный проводниковый мешок-эвакуатор. Контрольные обследования проводились в сроки от 3 до 60 месяцев.
Результаты. Время резекции составило от 10 до 22 минут. При последующем патоморфологическом исследовании опухоли и её основания у 138 больных была выявлена стадия pT1, у 24 пациентов – pTa. Ни у одного пациента за время наблюдения не отмечалось рецидивов заболевания в месте первичной резекции. После проведения оперативного вмешательства не требовалось выполнения повторного вмешательства по поводу кровотечения в послеоперационном периоде или ненадлежащего качества гистологического материала.
Выводы. Трансуретральная гольмиевая резекция мочевого пузыря с применением техники единого блока является весьма эффективным методом диагностики и лечения больных с одиночными папиллярными опухолями размерами от 1 до 3 см при их локализации на боковых стенках мочевого пузыря;
Важным преимуществом трансуретральной гольмиевой резекции мочевого пузыря единым блоком по сравнению с классической ТУРМП является высокое качество получаемого гистологического материала (присутствие детрузора в морфологическом материале, возможность оценки негативного хирургического края);
Лазерная резекция позволяет выполнять оперативное вмешательство у больных с металлоимплантами, кардиостимуляторами;
Операция безопасна при локализации опухоли на боковой стенке мочевого пузыря вследствие отсутствия стимуляции запирательного нерва в момент выполнения гольмиевой резекции.

Ранние результаты применения сальважной криоаблации при местном рецидиве после радикального лечения рака предстательной железы

Матвеев В.Б.[1], Черняев В.А.[1], Бухаркин Б.В.[1], Петровский А.В.[1], Шолохов В.Н.[1], Нечушкин М.И.[1], Рощин Д.А.[2], Хачатурян А.В.[1]
[1] ФГБУ «РОНЦ им Н.Н.Блохина»
г. Москва
[2] НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ»
г. Москва

Цель: провести анализ ранних результатов сальважной криоаблации предстательной железы (ПЖ) при развитии местного рецидива после радикального лечения (дистанционная лучевой терапии (ДЛТ), брахитерапии, радикальной простатэктомии (РПЭ) при раке предстательной железы (РПЖ).
Материалы и методы: В исследование последовательно включено 14 больных клинически локализованным и местно-распространенным раком предстательной железы pT2b-3bN0-1M0 с местным рецидивом заболевания после ДЛТ 8 (57,1%) ДЛТ, брахитерапии 4 (28,6%) (в 1 случае в комбинации с хирургической кастрацией), РПЭ (14,3%) – в сочетании с адъювантной ДЛТ. Медиана возраста пациентов составила 68,0±9,3 (48-84) года. Среднее время до развития ПСА-рецидива после первичного локального лечения составило 47 мес (5-84), среднее время до реализации клинического рецидива – 54 мес (25-84). У всех пациентов был зарегистрирован локальный рецидив заболевания. Для диагностики рецидива, а также для исключения наличия регионарных метастазов применялись: в 6 случаях (42,9%) МРТ малого таза с в/в контрастированием гадолинием, в 8 случаях (57,1%) – ПЭТ/КТ с холином. В 42,9% случаев для подтверждения рецидива выполняли

биопсию. Средний уровень ПСА перед выполнением криоаблации ПЖ составил 7,9 нг/мл (2-17 нг/мл). После выполнения хирургического вмешательства адъювантная терапия не проводилась. Всем пациентам выполнена криоаблация ПЖ с использованием аппарата 3 поколения. В условиях спиномозговой анестезии, в положении пациента для литотомии, под контролем бипланового трансректального ультразвукового датчика в предстательную железу устанавливались криозонды, с помощью которых производилось 2 цикла замораживания и оттаивания. Дренирование мочевого пузыря осуществлялось уретральным катетером в течение 10-14 суток после операции.

Результаты. Медиана наблюдения за данной группой пациентов составляет 21,5 месяцев (4-48). В течение данного срока наблюдения все пациенты живы. У 8 больных (57,1%) в среднем через 14,6 месяца (3-36) зарегистрирован ПСА-рецидив (критерий Phoenix), который у 6 пациентов (42,9%) реализовался в клинический рецидив (у 2 пациентов зарегистрирован повторный местный рецидив, у 1 больного местный рецидив в сочетании с метастазами в тазовые лимфоузлы, у 3 больных появились отдаленные метастазы). При данном сроке наблюдения 57,1% пациентов не применяют АДТ. В течение 4-6 недель после удаления уретрального катетера 5 пациентов (35,7%) отмечали явления дизурии, 3 больных (21,4%) беспокоили боли в промежности, требующие периодического приема НПВС. Спустя 2 месяца после операции у большинства пациентов восстанавливается хорошее качество жизни, при этом у 2 больных (14,3%) сохраняются рецидивирующие стриктуры уретры, требующие периодического бужирования. 1 пациент (7,15%), спустя 3 года после операции, предъявляет жалобы на периодические боли в промежности при ходьбе, требующие приема НПВС. У 1 пациента (7,15%), после криоаблации простаты развилось недержание мочи 2-3 ст.

Заключение: сальважная криоаблация ПЖ у больных с местным рецидивом после радикального лечения демонстрирует удовлетворительные ранние онкологические результаты. При медиане наблюдения почти 2 года более 50% пациентов не применяют ГТ.

Использование номограммы для определения показаний к биопсии предстательной железы

Д. М. Монаков, Д. В. Гах, М. М. Лотоцкий

ГКВГ им. Бурденко
г. Москва

Введение. Для принятия решения о биопсии простаты широко используются номограммы, оценивающие вероятность наличия рака (Рпж). При их применении возникает проблема интерпретации полученных данных. Нами проведено исследование, направленное на выработку порогового значения Рпж (пРпж), которое помогло бы в принятии решения о выполнении биопсии простаты.

Материалы и методы. Исследовано 79 пациентов. До биопсии определялась Рпж по номограмме G. Lughezzani et. al (2012 г.). Биопсия простаты выполнялась из 10-12 точек под ультразвуковым наведением. В качестве референтного метода использовались результаты гистологического исследования биоптатов. Чувствительность и специфичность рассчитывались отдельно для Рпж более 60, 75, 90 и 95%.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст пациентов - 70,2 лет (50-87 лет). Среднее значение ПСА – 32,5 нг/мл (2,1– 298,6 нг/мл). При пРпж 60% чувствительность номограммы составила 80%, специфичность – 56%; прогностическая ценность положительного результата теста – 71%, отрицательного – 33%. Биопсии можно было бы избежать у 36,7% пациентов, при этом было бы пропущено 14,8% случаев клинически значимого рака. При пРпж 75% чувствительность и специфичность номограммы составили по 75%, прогностическая ценность положительного результата теста – 80%, отрицательного – 31%. От выполнения биопсии можно было бы воздержаться у 46,8% пациентов. У 18,5% из них имел бы место клинически значимый рак. При пРпж 90% и 95%: чувствительность номограммы - 70%, специфичность – 88%; прогностическая ценность положительного результата теста – 85%, отрицательного – 26%. Биопсия не выполнялась бы у 64,6% пациентов, у 25,9% из них был бы клинически значимый рак.

Выводы. Наилучшее соотношение чувствительности и специфичности номограммы Lughezzani G. выявлено при пороговом значении вероятности наличия у пациента рака предстательной железы 75%.

Раннее удержание мочи после робот-ассистированной радикальной простатэктомии

М.С. Мосоян[1,2], С.Х. Аль-Шукри[1], Д.М. Ильин[1]

[1]ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»
г. Санкт-Петербург
[2]ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова»
г. Санкт-Петербург

Введение. Недержание мочи в раннем послеоперационном периоде робот-ассиситрованной радикальной простатэктомии (РАРП) беспокоит пациентов и значительно снижает их качество жизни. Возможным путем достижения раннего удержания мочи является совершенствование техники хирургического вмешательства с учетом особенностей анатомического строения малого таза.

Пациенты и методы. С 2011 по 2016 гг. на базе ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России нами было выполнено 279 РАРП пациентам с локализованным раком простаты. Всего для исследования были отобраны 142 пациента, средний возраст которых составил 62,5±0,6 лет. Больные были поделены на 3 группы: РАРП с сохранением сосудисто-нервных пучков полового

члена (группа Н-РАРП, n=44); РАРП с сохранением всех анатомических структур малого таза, участвующих в механизме удержания мочи (РАРП-А, n=64); РАРП с сохранением анатомических структур малого таза без сохранения сосудисто-нервных пучков полового члена (РАРП-БС, n=34).
Результаты. По длительности операции (p=0,17), объему кровопотери (p=0,77), частоте осложнений (p=0,64) группы не различались. В группах Н-РАРП и РАРП-БС удержание мочи в первый день после удаления уретрального катетера было отмечено у 50% и 53,9% больных, а в группе РАРП-А – у 79,7% (p=0,012). Спустя 1 месяц 61,4% пациентов удерживало мочу в группе Н-РАРП, а в группах РАРП-А и РАРП-БС - 87,5% и 82,6%, соответственно (p=0,005).
Выводы. РАРП с сохранением всех анатомических структур малого таза, участвующих в механизме удержания мочи, обеспечивает высокую частоту удержания мочи уже сразу после удаления уретрального катетера. Достижение высоких показателей раннего восстановления функции удержания мочи возможно без сохранения сосудисто-нервных пучков полового члена.

Урологические осложнения хирургического лечения колоректального рака.

Мурзин М.О., Франк М.А., Демидов С.М., Журавлёв В.Н.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет
Городская клиническая больница № 40
г. Екатеринбург

Введение. Число осложнений во время и после операций по поводу колоректального рака остается высоким. В структуре последних одно из первых мест занимают осложнения со стороны органов мочеполового аппарата.
Материал и методы. В основу работы положены результаты исследования и анализа 329 историй болезни пациентов, которые страдали колоректальным раком. В соответствии с характером исследования, ретроспективным или проспективным, все пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошло 241 наблюдение. Они соответствовали ретроспективной части исследования. Во вторую группу были включены пациенты из проспективной части исследования, она составила 88 наблюдений.
Результаты. На основании проведённого анализа 329 случаев установлен следующий характер урологических осложнений: на этапе диагностики колоректального рака было выявлено вовлечение мочеточников в опухолевый процесс в 6,8 % случаев; ИМП на этапе диагностики встретилась в 4,8 % случаев; в интраоперационном периоде в 5,4 % случаев были повреждены мочеполовые органы: мочеточник – 4,6 % случаев, предстательная железа и уретра – 0,8 %. ИМП в послеоперационном периоде развивалась в 15,8 %. Послеоперационная ОЗМ в 6,6 %. Общий уровень нейрогенных расстройств составил 24,2 %. Количество половых расстройств (у мужчин) после оперативного лечения составило 40,7 %.
Заключение. Методом профилактики повреждений мочеточников является дренирование верхних мочевых путей. Всем пациентам с симптомами нижних мочевых путей в предоперационный период целесообразно назначать а1-адреноблокаторы, а также проводить антибактериальную терапию у тех пациентов, у которых диагностирована ИМП. Необходимо диспансерное наблюдение, диагностика и лечение нейрогенной дисфункции детрузора. Методом реабилитационного лечения ЭД является назначение ингибиторов ФДЭ-5 в малых дозах.

Значение микроциркуляторных нарушений в динамике рецидивов рака простаты после HIFU-терапии

Неймарк А.И.[1], Лёвин В.П.[1], Бакарев М.А.[2]

[1]ФГБОУВО «Алтайский государственный медицинский университет»
г. Барнаул
[2]ФГБНУ “Институт молекулярной патологии и патоморфологии”
г. Новосибирск

Для оценки микроциркуляции ПЖ, после воздействия HIFU-терапией спустя 2 и 3 года, мы проводили запись путем лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), которая оценивала микроциркуляторное русло (МР). В группу исследования были включены 62 пациента с локализованной формой рака предстательной железы (РПЖ). При исследовании основных параметров микроциркуляции в ПЖ до лечения выявлено снижение кровообращения и стаз в капиллярном звене ткани ПЖ, пораженной злокачественным новообразованием, по сравнению с тканями здоровой ПЖ. Показатели микроциркуляции до проведенной HIFU-терапии у больных с наличием РПЖ: ПМ=5,4 перф.ед.; СКО=2,3 перф.ед.; КВ=46,1%.
Спустя 2 года после проведенного лечения ПМ: ПМ=3,5 перф.ед.; СКО=2,0 перф.ед.; КВ=39,5%.
Спустя 3 года после проведенного лечения ПМ: ПМ=3,7 перф.ед.; СКО=2,1 перф.ед.; КВ=33,6%.
При сравнительном анализе данных выявлено, что в подгруппе пациентов с рецидивами РПЖ показатели гемодинамики после лечения стремились к своему первоначальному значению и ч/з 2 и 3 года у 4-ех пациентов с РПЖ составили: ПМ=4,9±1,25 перф.ед.; СКО=3,1±0,98 перф.ед.; КВ=39,5±2,4% Наше исследование демонстрирует, что улучшение микроциркуляции в ПЖ сопряжено с высоким риском рецидивирования, пациенты, у которых в ходе проведения контрольной биопсии был повторно выявлен РПЖ, имели увеличение показателей микроциркуляции после лечения. Зарегистрированные изменения показателей микроциркуляции по сравнению с группой

контроля говорят о функциональном снижении интенсивности перфузии и модуляций кровотока, что свидетельствует о эффективности проведенного лечения и отсутствия рецидива.

Эректильная функция у пациентов после робот-ассистированной простатвезикулэктомии отдаленном послеоперационном периоде

Нестеров С.Н., Ханалиев Б.В., Покладов Н.Н., Володичев В.В., Бонецкий Б.А., Алымов А.А.

Введение. В связи со значительными достижениями медицины последних десятилетий при оказании высокотехнологичной медицинской помощи пациентам конечной целью становится не одно лишь избавление от определенной патологии или её значительная коррекция, но и обеспечение максимально возможного уровня качества дальнейшей жизни больных. При выполнении робот-ассистированной простатвезикулэктомии по поводу рака предстательной железы одним из ведущих критериев дальнейшей полноценной жизни для многих пациентов является сохранение эректильной функции, что не всегда возможно в связи некоторыми рисками образования положительного хирургического края и отсутствия четкой визуализации хода нервных пучков.
Цель. На основании проанализированных данных сделать прогностические выводы о восстановлении эректильной функции после выполнения робот-ассистированных нервосберегающих простатэктомий.
Материалы и методы. Нами проведено научное наблюдение и обобщение данных по состоянию эректильной функции пациентов, перенесших робот-ассистированную простатэктомию в отделении урологии НМХЦ им. Н.И. Пирогова за 2012-2017 годы. За данный период было выполнено 268 робот-ассистированных простатвезикулэктомий, в том числе 117 нервосберегающих операций. Оперативные вмешательства проводились пациентам с локализованным раком предстательной железы (T1-2NoMo) лапароскопическим трансперитонеальным доступом. Возраст больных колебался от 51 года до 74 лет. Объем предстательной железы составлял от 24 до 78 мл. Всем пациентам до оперативного вмешательства с целью верификации диагноза проводилась трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы, по результатам которой подтверждалось наличие аденокарциномы. Решение о выполнении нервосберегающем оперативном вмешательстве принималось на основании данных МРТ (отсутствие данных за возможную капсулярную инвазию, отсутвие лимфаденопатии), гистологического заключения по биопсийному материалу (высокая или средняя степень дифференцировки аденокарциномы при индексе Глисона не более 7, отсутствие капсулярной инвазии, доля поражения биопсийного материала до 70%) и уровню общего ПСА крови (значение не более 20 нг/мл).
Результаты и обсуждение. В группе больных, которым выполнялась нервосберегающая простатэктомия, восстановление эректильной функции через месяц после оперативного вмешательства наблюдалось у 63 пациентов из 117, а через 6 месяцев — у 88 из 113 (с 4 пациентами связь была утрачена). Через год после оперативного вмешательства эректильная функция восстановилась у 96 больных из 112 пациентов, оставшихся под наблюдением. По результатам гистологического исследования операционного материала положительный хирургический край был выявлен в 6 случаях из 117 нервосберегающих операций, что потребовало дальнейшей местной лучевой терапии, в результате которой происходила полная утрата эректильной функции. Опухоль-специфическая выживаемость на момент проведения исследования составила 100%.
При выполнении ненервосберегающей простатэкотомии восстановление эректильной функции через месяц после оперативного вмешательства наблюдалось у 2 пациентов из 151, при изучении годового временного промежутка каких-либо статистических изменений по сравнению с данными через месяц после операции не выявлено. По результатам гистологического исследования операционного материала положительный хирургический край был выявлен в 23 случаях. Опухоль-специфическая выживаемость на момент проведения исследования составила 100%.
Выводы. Робот-ассистированная нервосберегающая простатэктомия, выполняемая для удаления локализованной высоко(умеренно)дифференцированной аденокарциномы, в большинстве случаев приводит к восстановлению эректильной функции у пациентов в течение одного года после оперативного вмешательства. Более половины случаев восстановления эректильной функции наблюдается в течение первого месяца после операции, а в интервале с шестого по двенадцатый месяцы послеоперационного периода наблюдается значительный спад случаев вновь восстановленной эректильной функции.

Лапароскопическая резекция почки - метод выбора оперативного лечения локализованного рака почки.

Павленко К.А., к.м.н. Дашко А.А., Исаков М.Н.

ГБУЗ Московский
Клинический Научный Центр ДЗМ
г. Москва

Введение: В настоящее время в лечении локализованного рака почки все чаще применяют органосохраняющие методики. Широкое распространение получила лапароскопическая резекция почки (ЛРП), которая является альтернативой открытому оперативному вмешательству. Мы проанализировали наш опыт выполнения ЛРП.
Материалы и методы: В период с сентября 2010 г. по апрель 2017 г. прооперировано 128 пациентов. Возраст пациентов варьировал от 35 до 79 лет,

средний возраст составил 57лет. Из них 86 (67%) мужчин, 42 (33%) женщин. Слева 70 (55%), справа 58 (45%). Размер опухоли при МСКТ варьировал от 10 до 55 мм. Средний размер-28 мм.
Результаты: Всем больным была выполнена ЛРП. Время операции варьировало от 100 до 310 мин (155 мин). Средняя кровопотеря (165 мл). ЛРП с пережатием почечной артерии-118 (92%) и 10 (8%) без пережатия. Время тепловой ишемии составило от 5 до 53 минут. Максимальное время ишемии было во время первых двух операциях (53 минуты и 35 минут). В дальнейшем время ишемии не превышало 30 минут. Среднее время ишемии-18 минут. На этапе освоения методики у 6 больных (5%) были отмечены осложнения 3 ст. по шкале Clavien-Dindo. Кровотечение развилось у 6 больных, что потребовало выполнение эндоскопического гемостаза у 5 пациентов, нефрэктомии у одного. Из 128 больных почечноклеточный рак почки был выявлен у 117 (92%), pT1aN0M0 -75 (64 %), pT1bN0M0- 41 (35 %), pT3aN0M0-1 (1%). Патоморфологическая структура опухолей: светлоклеточный почечноклеточный рак-90 (77%), папиллярный рак -11 (9%), хромофобный рак-5 (4%). Доброкачественных образований почки выявлено 11 (8%): ангиомиолипома– 6 (55%), цистаденома – 1 (9%), онкоцитома–2 (18%), кавернозная гемангиома-1 (9%), киста по Bosniak 2-1 (9%). Количество рецидивов – 2.
Выводы: ЛРП является эффективной методикой органосохраняющего лечения локализованного рака почки и безопасной альтернативой открытой резекции почки.

«Cyber-Knife» в лечении пациентов с локализованными формами рака предстательной железы.

Павлов В.Н., Ишемгулов Р.Р., Измайлов А.А., Кутлияров Л.М., Загитов А.Р., Урманцев М.Ф., Иткулов А.Ф.

ФГБО ВО «Башкирский Государственный Медицинский Университет»
г. Уфа

Цель исследования: Оценить эффективность применения стереотаксической лучевой терапии на системе «Cyber-Knife» в лечении пациентов с локализованными формами рака предстательной железы и выявить ранние и поздние осложнения лечения.
Материалы и методы: В период с августа 2015г по декабрь 2016г в отделении Кибер-нож центра ядерной медицины «ПЭТ-Технолоджи» в г. Уфа было выполнено лечение 45 пациентов с локализованными формами РПЖ, из них с низким риском 17 пациентов, с промежуточным риском – 28. Медиана возраста составила 67 лет (от 54 до 79 лет). Начальный уровень ПСА в среднем составил 9,34 нг/мл (от 1,34 до 20,0 нг/мл.). Все пациенты получили курс стереотаксической лучевой терапии на системе «Cyber-Knife» по протоколу Стэндфордского университета, СОД – 36,25 Гр за 5 фракций, РОД – 7,25 Гр. Медиана наблюдения от момента окончания лечения составила 9,4 мес. (от 1 до 16 месяцев).
Результаты и выводы: У всех пациентов отмечалась положительная динамика. Уровень ПСА через 6 месяцев после окончания лечения не превышал 2,0 нг/мл, у 35 (91,8%) из 37 пациентов. Через 9 месяцев уровень общего ПСА снизился менее 1,5 нг/мл, у 18 (90,4%) пациентов из 21. Через 12 месяцев уровень ПСА был менее 1,0 нг/мл у 5 (83,3%) пациентов из 6, у 1 пациента уровень ПСА составил 2,0 нг/мл. Лучевые реакции в виде ректита I степени были отмечены у 2 пациентов (4,4%), цистит I степени у 6 пациентов (13,3%). У 1 пациента (2,2%) развилась острая задержка мочеиспускания. Поздних лучевых осложнений не отмечено. Стереотаксическая лучевая терапия на аппарате «Кибер-Нож» показала себя высокоэффективным методом лечения пациентов с локализованными формами рака предстательной железы. Низкая токсичность радиохирургии на системе Кибер-Нож обеспечивает высокую безопасность метода.

Эпигенетические маркеры рака почки.

Павлов В.Н.[1], Измайлов А.А.[1], Измайлова С.М.[1], Гилязова И.Р.[2], Климентова Е.А.[2], Хуснутдинова Э.К.[2]

[1] ФГБОУ ВО«Башкирский Государственный Медицинский Университет»
г. Уфа
[2] ФГУН Институт биохимии и генетики Уфимского научного центра Российской академии наук
г. Уфа

Цель исследования: Поиск эпигенетических маркеров рака почки на основе анализа экспрессии и метилирования микро-РНК
Материаллы и методы: Для оценки вовлеченности метилирования CpG-островков, перекрывающих промоторные участки генов микроРНК в патогенез рака почки, проведен анализ метилирования 22 генов микроРНК в 30 парах опухолевой ткани и нормальной почечной паренхимы пациентов со светлоклеточным раком почки с помощью технологии EpiTect Methyl II PCR Array (Qiagen). Дополнительно мы провели анализ экспрессии 758 зрелых микроРНК в опухолевой ткани и нормальной почечной паренхиме пациентов со светлоклеточным раком почки на приборе QuantStudio 12K Flex System.
Результаты и выводы: В результате анализа было выявлено два гена и два кластера микроРНК со статистически значимыми изменениями уровней метилирования: let-7g, микроРНК-301a, кластер микроРНК-23b/-24-1/-27b и кластер микроРНК-30c-1/-30e. Последующий анализ экспрессии генов микроРНК с дифференциальным метилированием установил статистически значимое повышение уровня экспрессии микроРНК-301a,

микроРНК-23b в опухолях почки у пациентов с раком почки по сравнению с нормальной почечной паренхимой. Обнаружен статистически значимо низкий уровень экспрессии let-7g в опухолях почки по сравнению с прилежащей нормальной тканью. При анализе экспрессии 758 зрелых микроРНК, после введения поправки на множественность (FDR) были выявлены две микроРНК (микроРНК-210 и микроРНК-642), которые имели повышенный уровень экспрессии в опухолях по сравнению с нормальной тканью. Дальнейшая валидация экспрессии вышеупомянутых микроРНК в новой независимой выборке пациентов выявила статистически значимое повышение экспрессии микроРНК-210 в тканях опухолей почки по сравнению с нормальными тканями. МикроРНК-642 была также гиперэкспрессирована в опухолях почки, однако, различия не достигли уровня статистической значимости.
Выявленные в данной работе гены могут быть полезными в дальнейшем для разработки диагностических и прогностических тест-систем.

Тазовая эвисцерация в лечении местно-распространенных опухолей малого таза

В.Н. Павлов, В.З. Галимзянов, А.А. Измайлов, Л.М. Кутлияров, Р.Р. Ишемгулов, И.Р. Кабиров, М.Ф. Урманцев, А.Р. Загитов

ФГБОУ ВО «Башкирский Государственный Медицинский Университет»
г. Уфа

Цель исследования: оценить эффективность эвисцерации органов малого таза (ЭОМТ) в комплексном лечении местно-распространенных опухолей малого таза.
Материалы и методы. В отделении урологии РКБ им. Куватовои отделении онкологии Клиники БГМУ за период с 2009 по 2017 годЭОМТ по различным показаниям была выполнена36 пациентам. 10 пациентам с местно-распространенными опухолями малого таза была выполнена ЭОМТ с реконструктивно-пластическим восстановлением тазового дна с использованием кожно-мышечного лоскута тонкой мышцы бедра. Для лечения местно-распространенных опухолей малого таза в 26 случаях применялась тотальная эвисцерация малого таза, в 10 случаях выполнялась передняя эвисцерация.Общая частота ранних осложнений составила 35,9%. Общая выживаемость пациентов четвертого и пятого года после ЭОМТ составили 44,4% и 33,3% соответственно. За время наблюдения рецидивов опухолевого процесса не выявлено. Последние достижения в области диагностики, отбора пациентов, интраоперационной помощи, комплексного подхода к до- и послеоперационному лечению привели к значительному снижению смертности пациентов.Несмотря на это, ЭОМТ остается серьезной хирургической процедурой из-за случаев развития ранних и поздних послеоперационных осложнений.
Выводы: ЭОМТв комплексном лечении позволяет добиться хороших показателей выживаемости у пациентов местно-распространенными опухолями малого таза и является методом выбора при местно-распространенных рецидивирующих раковых заболеваний органов малого таза.

Экстраперитонеальная эндоскопическая радикальная простатэктомия при больших размерах предстательной железы.

Перлин Д. В. [1,2], Александров И. В. [1,2], Шевченко О. Н. [1], Зипунников В.П. [1,2], Дымков И.Н. [1,2], Шманев А.О. [1,2], Борисова М.Б. [1].

[1]ГБУЗ ВОУНЦ
г. Волжский
[2] ВолГМУ
г. Волгоград

Введение. В настоящее время экстраперитонеоскопическая радикальная простатэктомия является одной из опций лечения локализованного рака предстательной железы. Однако относительным противопоказанием для эндоскопического метода удаления предстательной железы считается большой размер органа.
Цель нашей работы состояла в том, чтобы на собственном опыте оценить трудности, возникающие в ходе экстраперитонеальной радикальной простатэктомии при размере органа свыше 100 см куб.
Материалы и методы. В исследование были включены 16 пациентов с локализованным раком предстательной железы и объемом простаты в диапазоне от 100 до 230 см куб, перенесших экстраперитонеальную радикальную простатэктомию в нашей клинике в период с апреля 2014г по апрель 2017г. Продолжительность операции составила от 210 мин. до 315 мин. Средний объем кровопотери составил 370 мл., средняя продолжительность дренирования мочевого пузыря 12 суток. Положительный хирургический край был отмечен в 1 случае.
Результаты. Особенностями эндоскопической операции у пациентов с простатой больших размеров явились: малый объем рабочего пространства, препятствующий свободным манипуляциям инструментами, ограниченный доступ к уретре и апикальной части простаты, технические сложности наложения цистоуретроанастомоза в связи с относительно большим расстоянием между шейкой мочевого пузыря и уретрой после удаления простаты, увеличение продолжительности оперативного вмешательства и связанные с этим возможные интра- и послеоперационные осложнения.
Заключение. Анализ выполненных нами вмешательств позволяет заключить, что при операциях у пациентов с объемом простаты свыше 100 см куб объем кровопотери и длительность операции увеличиваются незначительно, а вышеперечисленные технические трудности носят количественный

характер, успешно разрешимы при условии достаточного опыта выполнения оперативных вмешательств такого рода у оперирующего хирурга и его ассистентов. Это позволяет нам рекомендовать экстраперитонеальную радикальную простатэктомию в качестве наиболее прогрессивного и достаточно безопасного метода лечения пациентов с предстательной железой больших размеров.

Лапароскопическая радикальная цистэктомия с отсроченным пересечением мочеточников.

Д.В. Перлин [1,2], И.В. Александров [1,2],
В.П.Зипунников [2], М.Б. Попова [1]

1. ГБУЗ ВОУНЦ
г. Волжский
2. ВолГМУ
г. Волгоград

Введение. Радикальная цистэктомия остается золотым стандартом лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря. Одним из этапов при выполнении операции является лигирование мочеточников. Однако блокирование оттока мочи в течении длительного времени может привести к снижению функции почек. Был предложен способ полной мобилизации мочевого пузыря при сохраняющемся пассаже мочи по мочеточникам. Лигирование и отсечение мочеточников проводилось после помещения препарата в экстракционный пакет.
Материалы и методы. Материал включает данные по 35 пациентам с инвазивным раком мочевого пузыря, которым в нашем центре в период с апреля 2013 по март 2016 года была выполнена лапароскопическая радикальная цистэктомия (ЛРЦ), все операции проводились с отсроченным пересечением мочеточников. В послеоперационном периоде проводилась оценка функции почек.
Результаты. Двадцати семи мужчинам и восьми женщинам была выполнена ЛРЦ. Среднее время операции составило 378 минут, средняя кровопотеря – 285 мл, средний период госпитализации после операции – 12.4 дня. В послеоперационном периоде не было отмечено снижения скорости клубочковой фильтрации. Послеоперационные осложнения отмечены у 11.4% больных. Абсолютное большинство их было успешно устранено с помощью малоинвазивных методов.
Заключение. Лапароскопическая радикальная цистэктомия – безопасная и эффективная опция в лечении инвазивного рака мочевого пузыря. Выполнение ЛРЦ с отсроченным пересечение мочеточников возможна, не увеличивает продолжительность операции и не оказывает негативного влияния на функциональное состояние почки. Однако необходимы большее число пациентов и больший период наблюдений для рекомендации метода в качестве стандарта лечения.
Выводы. В Группе РАРП наблюдалось меньшее время ишемии, с меньшим объемом кровопотери, в то время как продолжительность операции была короче в категории ЛРП. РАРП показала лучшие результаты со стороны наличия негативного хирургического края.
Субъективно хирург отмечает преимущество визуализации робот-ассистированного подхода при лечении опухолей сложной локализации.

Определение гиперметилирования гена GSTP1 в плазме крови у пациентов с доброкачественной гиперплазией и раком предстательной железы

Повелица Э.А.[1], Доста Н.И.[2]

[1] Государственное учреждение Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека,
г. Гомель, Республика Беларусь[1]
[2] Государственное учреждение образования Белорусская Медицинская Академия Последипломного Образования[2]
г. Минск, Республика Беларусь[2]

Цель исследования - определение гиперметилирования гена глутатион-S-трансферазы-1 (GSTP1) в плазме крови пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), простатической интраэпителиальной неоплазией (ПИН), раком предстательной железы (РПЖ) и группе здоровых мужчин для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований предстательной железы (ПЖ).
Материал и методы исследования. В исследование были включены сопоставимые по возрасту пациенты с ДГПЖ, ПИН и здоровые мужчины. Пациентам было проведено определение уровня простатспецифического антигена (ПСА) крови, пальцевое ректальное исследование (ПРИ), трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) простаты. У всех пациентов диагноз верифицирован гистологическим методом. Группа пациентов с ДГПЖ состояла из 26 человек. Средний возраст пациентов составлял 67,8±5,7 лет. Медиана общего и свободного ПСА в сыворотке крови составляла соответственно 4,4 [1,5;6,2] и 1,4 [0,6;1,5] нг/мл, медиана объёма ПЖ 57,5 [34,0;80,5] см^3. Группа пациентов с ДГПЖ в сочетании с ПИН низкой и высокой степени включала 14 человек. Средний возраст больных составлял 68,0±7,2 года. Медиана общего и свободного ПСА в сыворотке крови составляла соответственно 13,5 [6,6;15,0] и 3,2 [2,0;4,5] нг/мл, медиана объёма ПЖ 89,5 [48,0;132,0] см^3. Группа здоровых мужчин состояла из 10 здоровых мужчин (средний возраст 65,5±6,0 года) без выраженных симптомов нижних мочевых путей, с нормальным уровнем ПСА, нормальными данными ПРИ и ТРУЗИ. Медиана общего и свободного ПСА в сыворотке крови в этой группе составляла соответственно 0,49 [2,6;3,3] и 0,05[1,3;1,38] нг/мл, средний объём ПЖ 22,9±5,9 см^3. Контрольная группа состояла из 6 пациентов с морфологически верифицированным диагнозом РПЖ. Анализ гиперметилирования гена GSTP1 осуществляли с использованием свободной ДНК

плазмы крови пациентов. Выделение и очистка образцов ДНК осуществлялась посредством реагентов из набора Wizard Genomic DNA Purification Kit фирмы «Promega» (США).
Результаты. В группе пациентов с ДГПЖ, ПИН, здоровых мужчин не было выявлено ни одного случая гиперметилирования в гене GSTP1, в отличие от всех пациентов, у которых был установлен РПЖ.
Выводы. Таким образом, анализ гиперметилирования GSTP1 может рассматриваться как эффективный диагностический метод при совместном использовании с традиционными методами обследования пациентов с новообразованиями ПЖ.

Значимость различных методов дифференциальной диагностики рака и доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Понкратов С.В., Хейфец В.Х., Каган О.Ф.

Госпиталь «ОРКЛИ»
г. Санкт-Петербург

В настоящее время наибольшее распространение в скрининге рака предстательной железы получил метод определения простат-специфического антигена, однако данный маркер не является высокоспецифическим для данной нозологии. Часто повышение простат-специфического антигена ассоциировано с другими заболеваниями предстательной железы – доброкачественной гиперплазией предстательной железы, острым или хроническим простатитом.
В нашем исследовании были проанализированы результаты обследования 316 пациентов, которым при плановом и/или внеплановом урологическом обследовании проводилась комплексная дифференциальная диагностика новообразования предстательной железы (между доброкачественной гиперплазией и аденокарциной предстательной железы). Данные пациентов были проанализированы и использованы для разработки диагностических индексов и логистической регрессионной модели.
Результаты проведенного исследования показали, что, несмотря на то, что превышение дискриминационных значений различных изоформ ПСА увеличивает подозрение на рак простаты, количество ложноположительных результатов остается высоким. С другой стороны, ультразвуковое исследование не всегда позволяет выявлять рак, так как многие высокодифференцированные злокачественные новообразования не имеют характерных для рака признаков.
Диагностика рака простаты только трансректальным ультразвуковым исследованием недостаточно эффективна, в связи с низкой специфичностью (55%) и диагностической точностью (63%). Усиление методики цветовым и энергетическим допплеровским картированием повысило чувствительность до 84%, однако специфичность уменьшилась на 9%. Диагностическая точность сочетания ультразвуковых методик составила 72%, при этом предсказуемая ценность отрицательного теста определялась явно недостаточной – 49%. Обладая высокой чувствительностью (90%), определение концентрации общего ПСА, характеризовалось невысокой специфичностью (50%) и предсказуемой ценностью положительного теста (64%), что объясняется повышением этого показателя у пациентов с доброкачественными заболеваниями предстательной железы. Анализируя диагностические характеристики изоформ ПСА, следует отметить, что, определение этих показателей привело к повышению специфичности метода, в то же время диагностическая точность этих тестов не превышала 76%.

Оценка почечной функции в ближайшем послеоперационном периоде при различных видах оперативного лечения почечно-клеточного рака

В.М. Попков, Г.Н. Маслякова, А.И. Тарасенко, А.Н. Россоловский, Н.Б. Захарова

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.РазумовскогоРосздрава; НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии
г. Саратов

Целью исследования являлась оценка возможности использования маркеров почечного повреждения для прогнозирования на дооперационном этапе риска последующего снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) при различных видах оперативного лечения почечно-клеточного рака (ПКР).
Методы: обследованы 60 пациентов с ПКР T1-3M0N0, оперированных в клинике урологии СГМУ им. В.И.Разумовского. Пациенты рандомизированы в группы в зависимости от вида оперативного вмешательства: 1-я - открытая нефрэктомия, 2-я и 3-я - лапароскопическиенефрэктомия и резекция почки при размере опухоли до 4см соответственно. Кроме стандартного комплекса обследования методом ИФА исследованы концентрации NGAL, IL-18 в сыворотке крови и моче на дооперационном этапе, на 5-е сутки и через 1 месяцпосле операции. Почечная функция оценивалась как традиционными лабораторными методами (уровень креатинина сыворотки крови (cKp)), а также с применением расчетного уравнения СКФ (CKD-EPI 2009). Результаты: СКФ через 1 месяц после оперативного лечения была ниже у пациентов, перенесших нефрэктомию, выполненную как традиционной, так и лапароскопической техникой, составив 45,4, 55,2 и 82,3 мл/мин в 1-й, 2-й и 3-ей группах соответственно. У пациентов 1-й группы в ближайшем послеоперационном периоде отмечалось повышение средних значений почек на 22%, во 2-й группе – на 20%, а у больных 3-й группы функция почек не отличалась от исходной (повышение cKp на 3,5%) ($p \leq 0,05$). При этом в раннем послеоперационном пери-

оде биомаркеры почечного повреждения IL-18 и NGAL были повышены у пациентов после открытой нефрэктомии. Кроме того, при корреляционном анализе по методу Спирмена выявлена сильная достоверная корреляция между дооперационным уровнем IL-18 и СКФ спустя месяц после операции (r=1; p≤0,05).
Выводы: Лапароскопическая резекция почкипри размере опухоли до 4 см демонстрирует лучшие функциональные возможности почечной ткани в ближайшем (1 мес) послеоперационном периоде. Предиктором неблагоприятного прогноза может быть уровень IL-18 в сыворотке крови. Его повышение коррелирует со снижением функции почек в послеоперационном периоде, а по некоторым данным IL-18 также является независимым предиктором в целом неблагоприятного прогноза у пациентов с локализованным ПКР.

Диагностики рака мочевого пузыря на основе оценки активности теломеразы в клеточном материале мочи.

Н.В. Потолдыкова[1], К.А. Поляковский[1], А.И. Глухов[2], С.А. Гордеев[2], А.З. Винаров[1], П.В. Глыбочко[1].

[1] НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека.
[2] Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра биохимии.

Цель исследования: оценка возможности применения определения активности теломеразы (АТ) в клеточном материале мочи для неинвазивной диагностики рака мочевого пузыря (РМП).
Исследовано 50 образцов клеточного материала мочи и 50 образцов опухолевой ткани у пациентов с подозрением на РМП. В контрольной группе исследовали 40 образцов клеточного материала мочи и 40 образцов ткани у пациентов с хроническим циститом. Определение АТ в образцах проводили с помощью следующих методов: модифицированный TRAP-метод; ОТ-ПЦР; ПЦР; электрофорез.
Результаты. Из 50 образцов клеточного материала мочи у больных с подозрением на РМП в предоперационном периоде АТ была выявлена в 45 из 50 (90%), а в образцах опухолевой ткани – в 49 из 50 (98%). У всех больных из данной группы был гистологически верифицирован РМП. Из 50 образцов клеточного материала мочи у пациентов с подозрением на РМП в послеоперационном периоде, АТ не выявлено. Из 32 образцов клеточного материала мочи у пациентов с гистологически верифицированным циститом, АТ не отмечено. Отмечено статистически значимое преобладание больных РМП при наличии в моче АТ (p=0,001). Нами определена зависимость уровня АТ в моче и ткани от степени дифференцировки РМП. В 16-ти образцах клеточного материала мочи у больных с G1 средняя АТ составила 0,61%, в 24 клеточных материалах мочи при G2 – средняя АТ составила 0,95%, в 10 клеточных осадках мочи при G3 – средняя АТ составила 1,33%. Отмечено повышение уровня АТ в моче по мере снижения степени дифференцировки (p=0,155).
Выводы. Полученные данные свидетельствуют о возможности применения определения АТ клеточного материала мочи в диагностике и контроле рецидивирования РМП.

Предикторы недержания мочи после fast-track простатэктомии.

Проскоков А.А., Даренков С.П., Губайдуллин Р.Р.

ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента РФ
г. Москва

Целью исследования явилось сравнение показателей недержания мочи через 12 месяцев у 300 пациентов после лапароскопической радикальной простатэктомии, выполненной по традиционной методике (n=150) и по технологии fast-track (n=150), а также выявление предикторов сохранения недержания мочи через 12 месяцев после операции. Результаты опроса пациентов через 12 месяцев относительно недержания мочи после операции показали, что в группе fast-track отмечалось значительно большее количество пациентов, не использующих прокладки по сравнению с группой контроля (109(73%) пациентов против 97(65%) пациентов соответственно; p<0.001). Количество пациентов, редко использующих прокладки (<1) было достоверно меньше в группе fast-track (17(11%) пациентов против 21(14%) пациента; p<0.001). 3 пациента (2%) из группы контроля использовали 4-5 прокладок в сутки, в группе fast-track таких пациентов не было. Результаты исследования также показывают, что на вероятность сохранения недержания мочи через 12 месяцев после операции значительное влияние оказывает возраст пациента. При сравнении пациентов в старшей группе (70-79 лет) и младшей группе (40-49 лет) отмечается значительная разница частоты недержания мочи после операции (38% и 13% соответственно, относительный риск недержания составил 3,0 (95% CI 1,8-5,0)). Также предикторами недержания мочи могут служить занятость пациента, вес простаты, стадия (T), оценка по шкале Глисона, операция по поводу паховой грыжи в анамнезе и недержание мочи перед операцией. Таким образом, лапароскопическая радикальная простатэктомия, выполненная по технологии fast-track, позволяет уменьшить риск недержания мочи. Наиболее мощным предиктором сохранения недержания мочи через 12 месяцев после операции следует считать возраст пациента >70 лет.

Субъективное восприятие нефрометрических шкал : рутина или клиническая необходимость?

Д.Ю. Пушкарь, И.В. Семенякин [2], Малхасян В.А. [1], Прокопович М.А.

[1] Кафедра урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова
г. Москва
[2] Городская клиническая больница
им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ
г. Москва

Введение
Одной из важнейших целей в урологии сегодня – это разработка универсальных, стандартных нефрометрических систем для опухолей почки, базирующихся на данных лучевой диагностики. Некоторые нефрометрические системы такие как R.E.N.A.L. и PADUA внесены в ежедневную клиническую практику, однако их используемость остается под вопросом. Целью нашего опроса стала оценка субъективного восприятия, удобства в использовании и полезности различных нефрометрических шкал.

Материалы и методы.
Для оценки субъективного восприятия, полезности и удобства использования разных нефрометрических систем мы разработали специальный опросник. Форма состояла из трех частей и была разослана 40 практикующим врачам урологам, занимающихся почечной хирургией, в 6ти городах Российской Федерации. Первая часть опросника включала в себя оценку осведомленности хирурга с PADUA, R.E.N.A.L. и ABC шкалами. Вторая часть включала в себя клинические примеры нефрометрических систем. Все урологи, включенные в опрос, оценивали удобство и полезность той или иной шкалы по 3-х бальной системе.

Шкала оценки удобства
- Шкала неудобна для использования для занятого врача
- Шкала удобна для использования для занятого врача
- Шкала очень удобна для использования для занятого врача
- Шкала оценки полезности
- Шкала не особо полезна в клинической практике
- Шкала полезна для использования в клинической практике
- Шкала необходима для использования в клинической практике

В третьей части опросника мы спросили у урологов, какие критерии оценки должны присутствовать в “идеальной” нефрометрической системе.

Результаты
Все 40 анкет были проанализированы. В соответствии с результатами, 40 (95%) урологов были знакомы со шкалой PADUA а 28 (70%) рекулярно использовали ее в клинической практике. 35 (87.5%) урологов были знакомы со шкалой R.E.N.A.L. и 19 (47.5%) использовали ее в клинической практике. Только 21 (52.5%) были знакомы со шкалой ABC и только 8 (20%) использовали ее в клинической практике.
Общий балл в вопросах удобства для PADUA составил 87, медиана – 2. Для шкалы R.E.N.A.L. общий балл составил 94, медиана – 2.5. Общий балл для ABC составил 112, медиана 3.
В вопросах полезности шкала PADUA – 74 балла, медиана – 2.
У шкалы R.E.N.A.L. 86 баллов, медиана - 2.
Для шкалы ABC суммарный балл составил– 198 баллов с медианой - 2.5
В третьем вопросе наиважнейшим критерием “идеальной нефрометрической шкалы”, по мнению большинства урологов, стала бы возможность оценки размера и локализации опухоли без просмотра снимков.

Заключение
Несмотря на то, что шкала ABC наименее популярная нефрометрическая система среди Российских урологов, большинство хирургов считают ее наиболее удобной и полезной в применении в клинической практике.

Робот-ассистированная и лапароскопическая резекция почки: опыт одной клиники.

Д.Ю. Пушкарь, И.В. Семенякин [2], В.А. Малхасян [1], М.А. Прокопович

[1] Кафедра урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова
г. Москва

[2] Городская клиническая больница
им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ
г. Москва

Введение. В нашем исследовании мы провели ретроспективное исследование результатов робот-ассистированной и лапароскопической резекции почки.

Материалы и методы. С 2014 по 2017 г были изучены результатов 200 пациентов. 100 пациентов подверглись робот-ассистированной органосохраняющей операции и 100 пациентов перенесли операцию лапароскопическим методом. Оценка проводилась по следующим критериям: возраст, размер опухоли, объем кровопотери время ишемии и продолжительность операции, наличие положительного хирургического края, частота конверсий и нефрэктомий. Также нами учитывалась частота осложнений в раннем послеоперационном периоде.
Все операции были выполнены одним хирургом. Значительных различий в возрасте между группами не было. Средний возраст в группе РАРП составил 59,8 и 61,3 в группе ЛРП. В исследовании приняли участие пациенты с опухолями T1a-b. В группу РАРП было включено больше пациентов с опухолями pT1b (67% РАРП и 33% ЛРП).

Результаты. Наиболее короткое время операции было в группе ЛРП (70 vs 110), однако время ишемии было меньше в группе РАРП (18 мин для ЛРП против 14 мин для РАРП), время ишемии коррелировалось с размерами опухоли.
В группе РАРП уровень кровопотери был ниже чем

в группе ЛРП (250 мл против 370 мл).
Преимущество РАРП со стороны наличия положительного хирургического края 2% для РАРП против 8 случаев для ЛРП. Мультивариантный анализ показал низкий риск конверсий и нефрэктомий для обеих групп. 2% против 3% для РАРП и ЛРП, соответственно и не имела корреляции с возрастом пациента.

Достоверность унилатерального поражения по данным 12-точечной трансректальной мультифокальной биопсии предстательной железы у пациентов с раком простаты низкой и средней групп риска

Раснер П.И., Колонтарев К.Б., Демин А.А,
Курджиев М.А., Пушкарь Д.Ю.

Московский Государственный
Медико-Стоматологический университет
им А.И. Евдокимова, кафедра урологии
г. Москва

Введение: Радикальная простатэктомия долгие годы остается «золотым стандартом» лечения локализованного рака простаты. Вместе с тем, работами последних лет было показано, что при раке простаты низкого и среднего риска прогрессии (Grade 1-2) у отдельных пациентов может быть выбрана тактика отсроченного лечения.
Материалы и методы: с января 2016 по май 2017 г. в исследование был включен 51 пациент с унилатеральным РПЖ, диагностированным в ходе трансректальной мультифокальной 12-точечной биопсии простаты под УЗ наведением. Средний возраст пациентов составил 62 года (46-79 лет). Все пациенты проходили обследование и последующее лечение в клинике урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Пациенты соответствовали стандартным критериям «клинически незначимого рака простаты» - средний уровень ПСА 7,5 нг/мл, непальпируемая при пальцевом ректальном исследовании опухоль, Глисон Grade 1-2, поражение 1-3 столбиков ткани из одной доли простаты. После подробной разъяснительной беседы и обсуждения возможной лечебной тактики пациенты выбрали оперативное лечение и подверглись радикальной простатэктомии (33 роботассистированных и 18 открытых оперативных вмешательств). Данные дооперационной биопсии ПЖ сопоставлены с результатами патоморфологического исследования удаленного органа.
Результаты: При послеоперационном патоморфологическом исследовании препаратов предстательной железы в 74% случаев (38 пациентов из 51) определялось билатеральное поражение ПЖ опухолевым процессом. Более того - у двух пациентов была выявлена экстрапростатическая инвазия, а у одного, распространение опухолевого поражения на семенные пузырьки. Изменение показателя суммы баллов по Глисону в сторону её увеличения произошло в 35% случаев (18 пациентов).
Вывод: Рутинно использующийся алгоритм диагностики рака простаты имеет низкую точность в определении истинной распространенности опухолевого процесса. Наличие унилатерального и/или унифокального поражения по результатам 12-точечной биопсии в подавляющем большинстве случаев не соответствует истиной картине заболевания. Определение пациентов в группу «клинически не значимого рака» на основании стандартной 12-точеччной биопсии простаты сопряжено с высоким риском недооценки стадии заболевания и выбора ошибочной лечебной тактики. Радикальная простатэктомия по прежнему остается «золотым стандартом» лечения больных локализованным раком простаты, а методы диагностики этого заболевания требуют дальнейшего уточнения и совершенствования.

Факторы риска развития послеоперационного стеноза везикоуретрального анастомоза: результаты логистического регрессионного анализа.

И.А. Рева, А.Н Берников., А.В Живов.,
А.В. Окишев, Д.Ю. Пушкарь
ГБУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
кафедра урологии
г. Москва

Введение. Помимо послеоперационного недержания мочи значительно ухудшить функциональные результаты радикальной простатэктомии(РПЭ) в послеоперационном периоде может развитие стеноза везикоуретрального анастомоза (СВУА). Факторы риска развития СВУА достаточно плохо изучены, а клинические руководства по этой проблеме не имеют серьезной доказательной базы.
Цель: Оценить влияние различных факторов (онкологические характеристики, техническое параметры РПЭ, герметичность анастомоза в послеоперационном периоде) на риск развитияСВУА.
Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, обратившихся клиникус 2010г. по 2015г. в связи со СВУА. Осуществлена проспективная регистрация изучаемых параметров у контрольной группы пациентов без СВУА после РПЭ. Проведен логистический регрессионный анализс использованием программы обработки статистических данных IBM SPSS Statistics 24.
Результаты: В исследование включены 120 пациентов (59 со СВУА, 61 с неосложненным послеоперационным периодом после РПЭ).
Наибольший вклад в развития СВУА вносит выполнение во время РПЭ эверсии слизистой шейки мочевого пузыря (коэффициент логистической регрессии (КЛР) - 33,662, p = 0,00).
По результатам анализа выделена «группа риска» формирования СВУА уже на предоперационном этапе – пациенты, страдающие сопутствующими заболеваниями, сопровождающимися нарушением микроциркуляции (ишемическая болезнь

сердца, сахарный диабет и др.) (КЛР - 22,556, p = 0,00).
Снижают риск развития СВУА выполнение РПЭ по робот-ассистированной методике, наложение шва «Rocco», применение при формировании анастомоза непрерывного обвивного шва (КЛР - 13,995, p = 0,000), использование шовного материала, имеющего на своем протяжении насечки(КЛР - 11,131, p = 0,001), а также сохранение сосудисто-нервных пучков (КЛР - 8,617, p = 0,003).
Выводы: С целью максимального улучшения функциональных результатов РПЭ, в частности, профилактики развития СВУА, стоит отдать предпочтение выполнению операции по робот-ассистированной методике. При выполнении позадилонной РПЭ следует отказаться от выполнения эверсии слизистой оболочки мочевого пузыря, активно применять наложение шва «Rocco» и формирование ВУА непрерывным обвивным швом. Пациентам, страдающимзаболеваниями, сопровождающимися нарушением микроциркуляции, может быть рекомендовано системное назначение препаратов, улучшающих микроциркуляцию в периоперационном периоде и выполнение неинвазивного обследования (анкетирование с применением опросника IPSS, урофлоуметрия с измерением объема остаточной мочи) через 3 месяца после операции с целью раннего выявления СВУА.
Работа выполнена при поддержке РНФ, соглашение № 16-15-00233.

Лечение больных раком почки и мочекаменной болезнью (клинические наблюдения)

Д.А. Рощин, Д.В. Перепечин, А.А. Качмазов, Н.Г. Кешишев, Д.С. Меринов

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» г. Москва

Вступление: Отмечается рост заболеваемости раком почки (РП) и мочекаменной болезнью (МКБ). Все чаще наблюдаем сочетание этих патологических состояний, что требует более сложных алгоритмов лечения.
Цель исследования: Определить особенности тактики лечения РП в сочетании с МКБ.
Материалы и методы: Пациент П., 66 л.: рак левой почки pT1aN0M0 I ст., бессимптомный камень чашечки левой почки. Лечение: лапароскопическая резекция почки (ЛРП), динамическое наблюдение конкремента.
Пациентка К., 54 л.: рак правой почки pT1bN0M0 II ст., билатеральный коралловидный нефролитиаз. Лечение: 1-й этап - открытая резекция правой почки, секционная нефролитотомия справа; 2-й этап – перкутанная нефролитолапаксия (ПНЛЛ) слева.
Пациентка А., 36 л.: рак правой почки pT2bN0M0 II ст., коралловидный камень правой почки, желчнокаменная болезнь. Лечение: нефрэктомия справа, лимфаденэктомия, холецистэктомия.
Пациент Г., 64 л.: рак левой почки pT1aN0M0 I ст., обструктивный камень н/3 правого мочеточника. Лечение: 1-й этап – контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ) н/3 справа; 2-й этап – лапароскопическая резекция левой почки.
Пациент Д., 64 л.: рак правой почки pT1aN0M0 I ст., обструктивный камень н/3 левого мочеточника, двухсторонний коралловидный нефролитиаз. Лечение: 1-й этап - КУЛТ н/3 слева, внутренний стент; 2-й этап – лапароскопическая резекция правой почки; 3-й этап - ПНЛЛ слева; 4-й этап - ПНЛЛ справа.
Пациент Б., 61 г.: рак левой почки pT1bN1M0 III ст., камень лоханки левой почки 1,5 см. Лечение: открытая резекция левой почки, в ходе которой камень мигрировал в н/3 мочеточника, внутренний стент. В связи с последующим прогрессированием опухолевого процесса и метастазированием в забрюшинные лимфоузлы слева, 2-м этапом выполнена открытая лимфаденэктомия, уретеролитомия с установкой внутреннего стента.
Выводы: Сопутствующая МКБ – показание для органосохраняющего лечения РП. При нарушении уродинамики с контралатеральной от опухоли стороны необходимо, в первую очередь, обеспечить отток мочи. Операции по поводу МКБ должны быть малоинвазивными.

Hifu-терапия при локализованном раке предстательной железы

В.Е. Рязанцев, А.В Крылов, Е.В. Рязанцев., М.А. Казаева

Мордовский государственный университет г. Саранск

Цель работы: оценить эффективность высокоинтенсивной фокусированной ультразвуковой абляции (HIFU-терапия) при раке простаты локализованных стадий $T_{1-2}N_0M_0$.
Материалы и методы. HIFU-терапия выполнена на аппарате «Sonblate 500» 24 больным раком простаты от 59 до 78 лет (средний возраст – 68,54±4,11 лет). Всем пациентам перед сеансом накладывали троакарную цистостому. В 3 (12,5 %) случаях при объеме ПЖ более 60-72 $см^3$ предварительно проводили ТУР простаты.
Результаты и обсуждение. Средний объем ПЖ равнялся 34,86±11,50 ([19,1; 53], 25-квартиль – 26,56; 75 квартиль – 40,38) $см^3$. Уровень ПСА находился в диапазоне [5,91; 85,85]. 25-й процентиль значений ПСА составил 26,56 нг/мл, 75 процентиль – 40,38 нг/мл. Средний балл IPSS был равен 10 [7; 19], количество остаточной мочи – 47,3 [45; 160] мл.
Корреляции между степенью злокачественности опухолевого роста и уровнем ПСА нами не выявлено ($r \leq 0,3$). Так, больные с мелкоацинарной аденокарциномой ПЖ низкой степени дифференцировки составили 4 (16,66 %), средней – 14 (58,33 %), высокой – 6 (25,0 %) случаев. По шкале Глисона у больных с T_1 и T_2 Mo и Me не имели различий и их значения составили 7. Уровень ПСА при T_2 по сравнению с таковым при T_1 был в 1,8 раза выше

(23,15 и 12,83 нг/мл соответственно). Срок стационарного лечения 7-9 койко-дней.
Через 3 месяца уровень ПСА снизился в 5,7 раза (в среднем – 3,24 [0,5; 9,4] нг/мл), а затем уменьшился в 8,2 раза от исходного, составив 2,25 [0,12; 4,1] нг/мл, аналогично среднему объему простаты – в 1,5 раза (23,86 см^3). В течение 24 месяцев у 3 больных диагностирована стриктура уретры, у 2 – склероз шейки МП.
Вывод. Отсутствие поражения регионарных лимфоузлов, отдаленных метастазов, снижение уровня ПСА на 87,9 %, уменьшение объема простаты на 68,4 % свидетельствуют о целесообразности HIFU-терапии при локализованном РПЖ.

Преимущества антагонистов ЛГРГ в терапии рака предстательной железы крайне высокого риска

Сизякин Д.В., Костюков С.И., Лагутин А.А.,
Пипченко О.И., Фомкин Р. Г.

МБУЗ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1
им. Н.А. Семашко»
г. Ростова-на-Дону

Актуальность проблемы. Гормональная терапия является важным компонентом мультимодального лечения пациентов с местнораспространенным и метастатическим раком предстательной железы (РПЖ). При этом когорта больных, требующих такой терапии весьма разнородна, а выбор препаратов для медикаментозной гормональной депривации значительно расширен.
Цель исследования. Сравнить эффективность антагонистов и агонистов ЛГРГ в лечении больных РПЖ крайне высокого риска.
Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 18 пациентов (группа №1), имеющих РПЖ крайне высокого риска (Т3б-Т4, или N1, множественное поражение костей с болевым синдромом, висцеральные метастазы, Глисон 8-10 баллов), которым проводилась гормональная терапия в монорежиме антагонистом ЛГРГ (дегареликс) с 2015 г по настоящее время. Возраст больных 61 ± 8 лет. Результаты лечения сравнивались с ретроспективными данными группы №2 аналогичных пациентов, леченых агонистами ЛГРГ. Оценивался ПСА крови, также лечебный медикаментозный патоморфоз опухолей у данных больных по результатам биопсии через 3 и 6 месяцев после лечения.
Анализ результатов. Следует отметить, что у пациентов первой группы, получавших антагонисты ЛГРГ, быстрее регрессировали симптомы заболевания. Антагонисты ЛГРГ вызывали более выраженный лечебный медикаментозный патоморфоз, который достигался у более 50% больных уже через 3 месяца терапии, в то время как аналогичные показатели при применении агонистов ЛГРГ у второй группы наблюдались только после 6 месяцев терапии. Кастрационнорезистентный рак простаты (КРРП) развился у 2/18 пациентов (11,1%), принимающих дегареликс, в среднем через 21 месяц от начала лечения, в то время как среди пациентов, получавших аналоги ЛГРГ КРРП развился 5/16 (31.3%) в среднем через 18 месяцев от начала лечения (p <0,01).
Выводы. Применение антагонистов ЛГРГ позволяет повысить качество жизни пациентов, быстрее достичь значимого лечебного медикаментозного патоморфоза в ткани рака простаты, что особенно важно для больных с крайне плохим прогнозом, склонных к быстрому прогрессированию заболевания.

Выбор метода трансуретральной электрорезекции новообразований мочевого пузыря у мужчин.

М.Э. Ситдыкова, А.Ю. Зубков, И.Р. Нуриев

Клиника Урологии им. А. В. Вишневского КГМУ
г. Казань

Актуальность. Монополярная трансуретральная резекция является «золотым стандартом» в лечении немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря. Однако, высокая частота рецидивов и осложнений, таких как кровотечение, перфорация стенки мочевого пузыря обуславливают необходимость поиска путей их снижения.
Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 54 пациентов с немышечно-инвазивными новообразованиями мочевого пузыря в урологической клинике Казанского государственного медицинского университета за период 2000 – 2016 гг. Время наблюдение составило до 10 лет. Оценивались результаты в первые 5 лет. Средний возраст составил 62,9±10,5 года. Пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 22 пациента, которым была выполнена ТУР в качестве монотерапии. Во вторую – 18 больных, которым была выполнена ТУР в сочетании с электровапоризацией, в третьей группе 14 пациентам была выполнена ТУР с предварительной фульгурацией опухоли.
Результаты. Анализ результатов ТУР в качестве монотерапии показал, что в первые пять лет рецидив возникал у 59,1% из них 31,81% в зоне резекции и 27,27% вне ее, а средний безрецидивный период составил 32 месяца. В группе где была выполнена ТУР с электровапоризацией общее количество рецидивов за 5 лет составило 50%. В структуре рецидивов в зоне резекции выявлено 27,77% и 22,23% вне ее. Данная методика обеспечила безрецидивный период в данной группе 43 месяца, что на 11 месяцев больше чем в первой. В группе пациентов, где выполнялась ТУР с предварительной фульгурацией опухоли, частота рецидивов составила 42,06%, а безрецидивный период – 48,21 месяцев. Количество рецидивов в зоне резекции сопоставима с результатами в группе монополярной ТУР (28,57%), а частота рецидивов вне зоны резекции снизилась в 2 раза по сравнению с первой группой до 14,29%. В первой группе в 13,63% послеоперационный период осложнился кровотечением, в

9,1% - перфорация стенки мочевого пузыря. Причинами кровотечения явились неадекватный интраоперационный гемостаз в виду локализации опухоли в области шейки и отхождение струпа при использовании метода «карбоновой» коагуляции и расплавление тромбированных сосудов на фоне активного воспалительного процесса. Возникновение перфорации было обусловлено раздражением запирательного нерва и как следствие неконтролируемая глубина резекции при неадекватном визуальном контроле, обусловленном интраоперационным кровотечением. Во второй и третей группе осложнения данного характера не наблюдалось. В третьей группе 7,14% случаев наблюдалось обострение хронического пиелонефрита, которое было вызвано наличием воспалительного процесса и недостаточной санацией мочевых путей в предоперационном периоде, а также неадекватной функцией уретрального катетера.

Выводы. Таким образом, монополярная ТУР в качестве монотерапии не является радикальным методом лечения НМИ РМП и требует применения дополнительных методов для повышения радикальности операции и профилактики осложнений.ТУР с последующей электровапоризацией повышает радикальность лечения и позволяет обеспечить лучший гемостаз и снизить частоту геморрагических осложнений. Предварительная электрофульгурация опухоли перед ТУР увеличивает радикальность операции, путем профилактики имплантационного рецидива. Для предупреждения осложнений необходимо строго придерживаться техники операции с учетом показаний и противопоказаний к каждой из методик и адекватная антибактериальная терапия и дренирование мочевых путей в послеоперационном периоде.

Частота позитивных хирургических краев после радикальной простатэктомии у пациентов с ожирением: зависимость от доступа (позадилонный, промежностный, робот-ассистированный)

Е.А. Соколов [1,2], Е.И. Велиев [1,2], А.Б. Богданов [1,2]

[1] ГКБ им. С.П. Боткина, 56 урологическое отделение
г. Москва
[2] ГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, кафедра урологии и хирургической андрологии
г. Москва

Цель исследования. Провести сравнительную оценку частоты позитивных хирургических краев (ПХК) после позадилонной, промежностной и робот-ассистированной радикальной простатэктомии (РПЭ) по поводу рака предстательной железы (РПЖ) у пациентов с ожирением (индекс массы тела ≥ 30 кг/м^2).

Материалы и методы. С января 2014 по апрель 2017 года радикальная простатэктомия (РПЭ) была выполнена 203 пациентам с индексом массы тела ≥ 30 кг/м^2. В исследование включены пациенты, оперированные по поводу клинически локализованного РПЖ (исключены пациенты с местнораспространенным РПЖ: 21 после позадилонной РПЭ, 6 после робот-ассистированной РПЭ). Таким образом, группы исследования составили 109 пациентов после позадилонной РПЭ (группа 1), 11 после промежностной РПЭ (группа 2), 56 после робот-ассистированной РПЭ (группа 3).

Результаты. В группе позадилонной РПЭ 20,2% относились к группе локализованного РПЖ низкого риска; 25,7% к группе промежуточного риска; 54,1% к группе высокого риска. В группе промежностной РПЭ – 18,2%, 36,4%, 45,4%; в группе робот-ассистированной РПЭ – 32,1%, 32,1%, 35,8% соответственно. Частота ПХК в группе 1 составила 10,1%, в группе 2 – 18,2%, в группе 3 – 3,6% ($p < 0,01$). Локализация ПХК в группе 1: 4 (36,4%) в области апекса, 4 (36,4%) в области базиса, 3 (27,2%) по боковой поверхности. Локализация ПХК в группе 2: 2 (100%) по боковой поверхности. Локализация ПХК в группе 3: 1 (50%) в области апекса, 1 (50%) в области базиса.

Заключение. По данным нашей серии РПЭ у пациентов с ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м^2) робот-ассистированный доступ связан с наименьшей частотой ПХК, что теоретически может увеличить онкологическую эффективность оперативного вмешательства и нивелировать дополнительный фактор тревоги для пациентов.

Онкологическая безопасность нервосберегающей техники при робот-ассистированной радикальной простатэктомии у пациентов с раком предстательной железы высокой группы риска

Соколов Е.А.[1,2], Велиев Е.И.[1,2], Богданов А.Б.[1,2]

[1] ГКБ им. С.П. Боткина, 56 урологическое отделение
г. Москва

[2] ГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, кафедра урологии и хирургической андрологии,
г. Москва

Цель исследования: Оценить частоту позитивных хирургических краев (ПХК) и раннюю безрецидивную выживаемость у пациентов с раком предстательной железы (РПЖ) высокой группы риска развития рецидива, перенесших нервосберегающую робот-ассистированную радикальную простатэктомию (РАРПЭ).

Материалы и методы: С января 2014 по апрель 2017 года на базе 56 урологического отделения ГКБ им. С.П. Боткина выполнено 255 РАРПЭ, из них 90 – по поводу РПЖ высокой группы риска развития рецидива. Окончательную группу исследова-

ния составили 27 пациентов (24 с локализованным РПЖ высокого риска, 3 – с местнораспространенным РПЖ), которым было выполнено одностороннее (55,5%) или двухстороннее (44,5%) сохранение сосудисто-нервных пучков.
Результаты: Медиана возраста составила 63 года, медиана ПСА – 8,2 нг/мл, медиана объема предстательной железы – 41 см^3. По данным гистологического исследования, у 24 подтверждена стадия pT2, у трех – стадия pT3. Сумма Глисона после РПЭ ≥ 7 (грейд группа 2-5) диагностирована у 44,5%. Локализованный в области базиса предстательной железы ПХК выявлен лишь у одного пациента (3,7%), что оказалось ниже, чем частота ПХК, наблюдающаяся в нашей серии при РПЭ с нервосберегающей техникой при всех группах риска (10,9% после позадилонной РПЭ; 6,2% после РАРПЭ). Ни у одного из 11 пациентов, достигших 12-месячного срока наблюдения после операции, не выявлено биохимического рецидива. У 10 (90,9%) пациентов к 3 месяцу после операции имело место полное удержание мочи, у одного (9,1%) удержание восстановилось к 9 месяцу после операции. У 4 (36,4%) пациентов эректильная функция восстановилась к 3 месяцу после операции, у 4 (36,4%) – к 6 месяцу, у 2 (18,2%) – к 12 месяцу.
Заключение: По данным нашей серии с ограниченным периодом наблюдения после операции, нервосберегающая техника РАРПЭ может быть безопасно и эффективно использована у селективных пациентов с РПЖ высокой группы риска развития рецидива.

Частота позитивных хирургических краев после радикальной простатэктомии у пациентов с ожирением: зависимость от доступа (позадилонный, промежностный, робот-ассистированный)

Соколов Е.А.[1,2], Велиев Е.И.[1,2], Богданов А.Б.[1,2]

[1] ГКБ им. С.П. Боткина, 56 урологическое отделение
г. Москва

[2] ГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, кафедра урологии и хирургической андрологии
г. Москва

Цель исследования: Провести сравнительную оценку частоты позитивных хирургических краев (ПХК) после позадилонной, промежностной и робот-ассистированной радикальной простатэктомии (РПЭ) по поводу рака предстательной железы (РПЖ) у пациентов с ожирением (индекс массы тела ≥ 30 кг/м^2).
Материалы и методы: С января 2014 по апрель 2017 года радикальная простатэктомия (РПЭ) была выполнена 203 пациентам с индексом массы тела ≥ 30 кг/м^2. В исследование включены пациенты, оперированные по поводу клинически локализованного РПЖ (исключены пациенты с местнораспространенным РПЖ: 21 после позадилонной РПЭ, 6 после робот-ассистированной РПЭ). Таким образом, группы исследования составили 109 пациентов после позадилонной РПЭ (группа 1), 11 после промежностной РПЭ (группа 2), 56 после робот-ассистированной РПЭ (группа 3).
Результаты: В группе позадилонной РПЭ 20,2% относились к группе локализованного РПЖ низкого риска; 25,7% к группе промежуточного риска; 54,1% к группе высокого риска. В группе промежностной РПЭ – 18,2%, 36,4%, 45,4%; в группе робот-ассистированной РПЭ – 32,1%, 32,1%, 35,8% соответственно. Частота ПХК в группе 1 составила 10,1%, в группе 2 – 18,2%, в группе 3 – 3,6% ($p < 0,01$). Локализация ПХК в группе 1: 4 (36,4%) в области апекса, 4 (36,4%) в области базиса, 3 (27,2%) по боковой поверхности. Локализация ПХК в группе 2: 2 (100%) по боковой поверхности. Локализация ПХК в группе 3: 1 (50%) в области апекса, 1 (50%) в области базиса.
Заключение: По данным нашей серии РПЭ у пациентов с ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м^2) робот-ассистированный доступ связан с наименьшей частотой ПХК, что теоретически может увеличить онкологическую эффективность оперативного вмешательства и нивелировать дополнительный фактор тревоги для пациентов.

Спасительная брахитерапия высокой мощности дозы при местном рецидиве рака предстательной железы после радикальных радиотерапевтических методов лечения

В.А. Солодкий, А.Ю. Павлов, А.Д. Цыбульский
ФГБУ «Российский научный центр рентгенорад»
г. Москва.

Введение. Исследования спасительной внутритканевой лучевой терапии при рецидивах рака предстательной железы (РПЖ) начаты в конце XX века. В последнее время все большее внимание уделяется брахитерапии высокой мощности дозы (HDR-BT) в качестве метода достижения локального контроля над опухолью. По данным зарубежной литературы предварительные результаты HDR-BT показали высокую эффективность локального контроля РПЖ при минимизации токсических реакций со стороны критических органов малого таза.
Цель исследования. Первичный анализ лечения больных раком предстательной железы, которым была проведена высокомощностная брахитерапия по поводу подтвержденного локального рецидива после радиотерапевтических методов лечения.
Материалы и методы. В период с 2011 по 2014 гг в ФГБУ РНЦРР МЗ РФ спасительная HDR-BT по поводу подтвержденного локального рецидива рака предстательной железы проведена 9 больным в возрасте от 59 до 77 лет (средний возраст 66 лет). Все вмешательства проводились на аппарате Microselectron HDR с использованием трансрек-

тального ультразвукового датчика 4-9 MHz. Брахитерапия проводилась в виде 3 фракций в разовой очаговой дозе (РОД) 9,5 Гр с двухнедельным перерывом между фракциями, суммарной очаговой дозе (СОД) 28,5 Гр. При этом, значение линейно-квадратичной эквивалентной дозы ($LQED_2$) при 2 Гр за фракцию составило 89,6 Гр (при α/β = 1,5 Гр).

Результаты. У шести больных из девяти достигнут биохимический контроль опухоли. У 3-х больных при динамическом наблюдении отмечался рост ПСА после отмены андроген-депривационной терапии. При обследовании у 2-х больных выявлены отдаленные метастазы в костях скелета, у 1 больного выявлено поражение групп подвздошных и парааортальных лимфатических узлов.

Генитоуринарные токсические реакции наблюдались 3-й степени у 1 больного (11%). Гастроинтерстициальные токсические реакции 3 степени не наблюдались.

Выводы. Предварительные результаты исследования говорят о возможности использования HDR-BT, достигая локального контроля опухоли при низкой генитоуринарной и гастроинтерстициальной токсичности.

Брахитерапия источниками низкой и высокой мощности дозы в комбинации с дистанционной радиотерапией в лечение больных раком предстательной железы средней и высокой группы риска прогрессирования.

Солодкий В.А., Павлов А.Ю., Цыбульский А.Д., Ивашин А.К..

ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ РФ;
г. Москва

Введение. Одной из основных проблем современной онкоурологии остается лечение рака предстательной железы (РПЖ) промежуточного и высокого риска прогрессирования. Современная радиотерапия у этой категории больных имеет преимущество перед хирургическими методами лечения. Одним из путей улучшения эффективности радиотерапии является эскалация дозы в области предстательной железы. С этой целью применяется комбинация брахитерапии и дистанционной радиотерапии. Такая комбинация позволяет значительно повышать дозу облучения, тем самым, обеспечивая лучший локальный контроль, снижая осложнения со стороны соседних органов.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ эффективности и безопасности радикального лечения больных РПЖ групп среднего и высокого риска прогрессирования методом сочетанной лучевой терапии (СЛТ) с применением брахитерпии высокой и низкой мощности дозы.

Материалы и методы. 107 пациентов с диагнозом РПЖ группы среднего и высокого риска прогрессирования проведена СЛТ (внутритканевая радиотерапия в комбинации с дистанционной лучевой терапией (ДЛТ)). 53 пациента, получили лечение в объеме сочетанной лучевой терапии с использованием источника высокой мощности дозы Ir^{192}. 54 больных, получили сочетанную лучевую терапию с использованием источников низкой мощности дозы (I-125).

Заключение. При сравнительном анализе в группах сочетанной лучевой терапии с применением высокомощностной и низкомощностной брахитерапии доказана равноэффективность ближайших и отдаленных результатов лечения. Доказано существенное снижение ранних и поздних токсических реакций у пациентов с применением высокомощностной брахитерапии.

Случай хирургического лечения рака единственной почки в условиях острой почечной недостаточности.

В.Г. Спицын, Д.П. Поляков, К.Г. Мамайко, Ю.Ю. Полякова.

ГБУ «Шадринская ЦРБ»
г.Шадринск.

Одну из наиболее сложных групп для хирургического лечения рака почки составляют лица с анатомически или функционально единственной почкой. Приводим наше наблюдение.

Больной Ч. 61 год, 25. 06.2014 года госпитализирован в урологическое отделение ГБУ « Шадринская ЦРБ» в экстренном порядке через двое с половиной суток с момента наступления анурии. Из анамнеза выяснено, что в 2011 году в КБ № 41 города Екатеринбурга выполнена нефрэктомия справа по поводу рака правой почки pT3 N0M0. Двое с половиной суток назад после физической нагрузки появились боли тупого характера в поясничной области слева и наступила анурия. Больной страдает сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертонией в течение последних шести лет. Общее состояние при поступлении средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Повышенного питания (ожирение 4 степени). Пульс 84 в минуту. АД 160/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в левой фланговой области, почка не пальпируется. На обзорной урограмме теней конкрементов в проекции мочевыводящих путей не выявлено. ОАК: эритроциты $4.2x10^{12}$/л, лейкоциты $5.6x10^{9}$/л, Нв 128 г/л, п/я 2, с/я 75, э 1, м 1, л 21, СОЭ 21 мм/ч. Креатинин 218 мкмоль/л, мочевина 10.7 ммоль/л, остаточный азот 30.7 мкмоль/л, сахар крови 5.4 ммоль/л. В связи с подозрением на обструктивный характер анурии при поступлении предприняты попытки катетеризации левого мочеточника, которые не увенчались успехом из-за невозможности изуализации устья мочеточника.УЗИ левой почки – размеры 145 * 80 мм, контур неровный, в проекции нижнего полюса изоэхогенное образование с однородным содержимым 39 * 32 мм. Паренхима 19 мм в проекции синуса почки определяется жидкостное образование 63*

48 мм. ЧЛС не расширено. По задней поверхности почки определяется киста 130 * 98 мм с наличием пристеночных включений. Заключение: Единственная левая почка, умеренная дистрофия паренхимы. Рак нижнего полюса почки. Киста 4 степени сложности (по Bosniak) по задней поверхности почки, синусная киста.
В связи с ухудшением состояния больного: появление одышки, нарастание артериальной гипертензии (АД 190/100 мм.рт.ст.), ростом азотистых шлаков крови (мочевина 35.2 ммоль/л, креатинин 510.0 мкмоль/л), появление анемии и лейкоцитоза (эр 2.96x10^{12}/л, Нв 100 г/л, лейк 12.9x10^{9}/л, п/я 7, с/я 74, СОЭ61 мм/ч), сомнений в плане обструктивного характера анурии решено выполнить операцию – ревизию левой почки.
После сеанса гемодиализа, продолжительностью 2 часа, объемом ультрафильтрации 0.5 л выполнена под эндотрахеальным наркозом люмботомия слева. При ревизии почки по задней поверхности имеется киста 130 *70 мм, в синусе киста 60*50 мм. Стенки кист некротизированы, черного цвета. Стенки кист иссечены. В полости кист геморрагическая жидкость с хлопьями фибрина. В нижнем сегменте почки по передней поверхности выявлена опухоль в диаметре 30 мм. Почечная вена темного цвета, регидна, не исключается ее тромбоз. Учитывая интраоперационную картину: четвертую степень сложности кисты почки по задней поверхности (по Bosniak), малый объем функциональной паренхимы в случае резекции нижнего полюс почки с опухолью и иссечения кисты решено выполнить нефрэктомию. Увеличенных лимфоузлов парааортально и в аортоковальном промежутке не выявлено. Гистологическое исследование почки № 14430 – почечно - клеточный, светлоклеточный рак почки, оценка ядер по Фурману 2 балла. Хронический пиелонефрит, тяжелый артериологломерулосклероз. Гистологическое исследование стенок кисты № 14420-14425 – фиброзная ткань с хроническим воспалением и некротическими изменениями.
В послеоперационном периоде проводились ежедневные сеансы гемодиализа, длительностью 3- 4 часа, объем ультрафильтрации до 3 литров. После снятия швов с раны больной был переведен в терапевтическое отделение ГБУ «Шадринской ЦРБ, где проводилась коррекция артериальной гипертонии и сахарного диабета. В настоящее время пациент в течение 15 месяцев находится на программном гемодиализе 3 – 4 раза в неделю по 4 – 4.5 часа, объем ультрафильтрации составляет 2.5 – 3.2 литра. Подключение пациента существляется через артерио – венозную фистулу. Артериальная гипертензии и сахарный диабет у пациента коррегированы.

К вопросу о билатеральной нефрэктомии у пациентов, получающих заместительную почечную терапию

Трушкин Р.Н.[1], Лубенников А.Е.[1], Баранов А.В.[2]

[1]ГБУЗ ГКБ 52 Департамента Здравоохранения г. Москвы.
[2]ФГБУ «ГНЦ ЛМ ФМБА России»

Цель. Улучшить результаты лечения больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ТХПН) и активным течением хронического пиелонефрита.
Методы исследования. В период с 2014 года по настоящее время 29 пациентам с ТХПН выполнена одномоментная билатеральная нефрэктомия. Во всех случаях показанием для оперативного лечения был пиелонефрит рецидивирующего течения. Заболевания почек, переведшее к ТХПН, распределились следующим образом: у 12 пациентов — поликистоз, у 14 — МКБ, у 3 — гидронефроз. У 18 больных оперативное лечение проведено по экстренным показаниям. Выполнены следующие оперативные доступы: в 14 случаях — лапаротомия, в 10 — люмботомия, в 5 — лапароскопия. Для оценки статистической значимости влияния фактора на исход оценивали относительный риск, нижнюю и верхнюю границы доверительного 95% интервала.
Результаты. В раннем послеоперационном периоде летальность составила 48.2%. Статистически достоверными предикторами неблагоприятного исхода явились: программный (длительный) диализ; предшествующая, продолжительная антибактериальная терапия; имеющийся до операции сепсис. Интраоперационные осложнения, объем и доступ оперативного вмешательства достоверно не коррелировали с исходом.
Выводы. Пациентам, получающим заместительную почечную терапию, у которых к развитию ТХПН привело урологическое заболевание (аномалии развития мочевых путей, в т.ч. поликистоз почек, МКБ, гидронефротические трансформации любого генеза) с подтвержденной инфекцией мочевых путей, целесообразно выполнение одномоментной билатеральной нефрэктомии в «холодном периоде». Результаты хирургического лечения в период ремиссии хронического пиелонефрита в значительной степени превосходят результаты операции на фоне активного течения пиелонефрита после длительного курса антибиотикотерапии.

Оценка мочевой экскреции ферментов внеклеточного протеолиза в динамике рецидивирования у больных поверхностным раком мочевого пузыря.

Шевченко А.Н., Комарова Е.Ф., Пакус Д.И., Филатова Е.В., Хомутенко И.А., Селезнев С.Г., Дашков А.В., Демидова А.А., Максимов А.Ю.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России
г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Биомаркеры мочи представляют собой потенциальную область интереса для раннего обнаружения и динамического наблюдения рака мочевого пузыря из-за высокой доступности образцов. Однако, современные данные о диагностической значимости уровня ММП в моче оказываются противоречивыми.

Материалы и методы. 73 больных поверхностным раком мочевого пузыря (ПРМП) TaN0M0 и T1N0M0 были разделены на основную (наличие рецидивов) и контрольную (отсутствие рецидивов) группу. В моче больных ПРМП методом ИФА оценивали уровень ММП-2,9 и ТИМ-1,2 каждые 3 месяца в течение 12 месяцев после операции.

Результаты. Исходное содержание в моче ММП-2 у больных основной группы было статистически значимо выше на 17,2% по сравнению с контрольной группой. Содержание ММП-2 через 3, 6, 9 и 12 мес. после операции на 24,6, 38,7, 44,3 и 49,2% соответственно было достоверно выше по сравнению с контрольной группой ($p<0,001$). Через 3 мес. после операции сложилась лишь тенденция к снижению уровня ТИМ-2 в основной группе. В результате через 6, 9 и 12 мес. после операции в основной группе по сравнению с контрольной концентрация ТИМ-2 была снижена на 23, 35 и 35% соответственно($p<0,05$).

Исходно содержание в моче ММП-9 у больных основной и контрольной групп не различалось, а через 3, 6, 9 и 12 мес. после операции в основной группе было достоверно выше на 30, 47, 67 и 72% соответственно ($p<0,05$). Концентрация ТИМ-1 в моче через 3,6, 9 и 12 мес. в основной и контрольной группе имела практически сходные уровни.

Выводы. В динамике рецидивирования у больных ПРМП в моче в послеоперационный период имел место дисбаланс ферментов внеклеточного протеолиза и его ингибиторов: в ответ на повышение содержания ММП уровень ингибиторов снижался, а у больных ПРМП без рецидивов мочевая концентрация ММП и их ингибиторов не изменялась. Это позволяет предполагать значимость направленности изменения содержания фермента внеклеточного протеолиза и его ингибитора для прогноза рецидивирования ПРМП.

Недержание мочи как осложнение радикальной позадилонной простатэктомии

Шестаев А.Ю., Рассветаев А.В., Харитонов Н.Н., Кушниренко Н.П., Синельников Л.М., Саматыго А.Б., Сергиенко А.Ю

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова
г. Санкт-Петербург

Введение. На сегодняшний день радикальная простатэктомия является одним из основных хирургических вмешательств при лечении локализованных форм рака предстательной железы (РПЖ). Наиболее серьезным осложнением этой операции является недержание мочи (НМ), которое достигает 32% по различным литературным источникам. Основными факторами, предположительно влияющими на возникновение недержания мочи после операции, считаются: возраст пациента; стадия новообразования; объем предстательной железы; предшествующие облучение, криотерапия или трансуретральная резекция предстательной железы; нарушение функции детрузора либо сфинктера; операционная кровопотеря и время операции; методика операции и опыт хирурга.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 592 пациентов, которым с 1997 по 2016 год была выполнена радикальная позадилонная простатэктомия по поводу локализованного рака предстательной железы. Оценка результатов осуществлялась через 3, 6 и 12 месяцев после операции. В результате оперативного лечения больных – тяжелой степени НМ отмечено не было, легкая и средняя степени НМ после удаления уретрального катетера имели место у 78,8% (466) пациентов, через 3 месяца после операции у 59,7% (354) пациента, через 6 месяцев у 27,8% (165) пациентов, а через 12 месяцев – у 11, 5% (69). В дальнейшем через год наблюдения частота НМ стабилизировалась и легкая степень НМ отмечалась у 9,6% (57) пациентов. Для определения факторов, влияющих на возникновение НМ после РПЭ, были изучены следующие: возраст, патологическая стадия новообразования, объём ПЖ, нарушение функции детрузора и сфинктера и опыт хирургической бригады.

Результаты. Возраст наблюдаемых пациентов составил от 41 до 78-ти лет (в среднем 63,5 года). Около 70% пациентов были в возрасте от 60 до 71 года. При анализе влияния возраста пациентов на послеоперационное недержание мочи достоверные данные имели место только при трехмесячном сроке наблюдения: средний возраст удерживающих мочу пациентов составил 60 лет, а недержащих превышал 64 года. Анализ влияния стадии новообразования на возникновение недержания мочи через шесть месяцев после операции выявил четкую зависимость: чем выше стадия новообразования, тем выше процент недержания мочи. Изучение зависимости между объемом предстательной железы и недержанием мочи достоверно подтвердило: чем больше

объем железы, тем выше вероятность послеоперационного недержания мочи. Для выяснения влияния нарушений функции детрузора и сфинктера на недержание мочи анализировались данные уродинамического обследования. Функциональная длина уретры и максимальное запирательное давление уретры оказалась значительно выше в группе удерживающих мочу пациентов. Уродинамические показатели функции мочевого пузыря существенно не изменились в обеих группах. Анализ влияния опыта хирургической бригады на послеоперационное недержание мочи достоверно выявил следующее: чем больше опыт оперативных вмешательств, тем выше процент удержания мочи в послеоперационном периоде. От 47% до 91%.

Вывод. Таким образом, наиболее значимыми факторами, влияющими на возникновение недержания мочи после радикальной позадилонной простатэктомии, являются: возраст пациента; стадия новообразования; объем предстательной железы; функциональная длина уретры и максимальное запирательное давление; опыт хирургической бригады.

Гормональная терапия местнораспространенной формы рака предстательной железы

Шестаев А.Ю., Сиваков А.А., Красиков Д.Н.,
Гозалишвили С.М., Кушниренко Н.П..
Рассветаев А.В., Харитонов Н.Н., Саматыго А.Б.

Военно-медицинская академии
имени С.М. Кирова
г. Санкт-Петербург

Введение. В настоящее время гормональная терапия является ведущим способом лечения местнораспространенной формы гормонально чувствительного рака предстательной железы (РПЖ). Наряду с этим существует проблема выбора схемы гормональной терапии применительно к конретному пациенту.

Цель исследования: сравнить эффективность гормонального лечения РПЖ в группах монотерапии антиандрогенами и аналогами ГнРГ у пациентов с местнораспространенной формой гормонально чувствительного РПЖ.

Материалы и методы. В клинике урологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова в период с 2012 по 2017 г. проведена гормональная терапия РПЖ у 56 пациентов. Их средний возраст составил 72,6±6,9 года (от 58 до 88 лет). У 39 (69,6%) пациентов диагностирована III клиническая стадия заболевания, у 13 (23,2%) пациентов – II стадия и у 4 (7.2%) – I стадия. Перед началом терапии оценивали жалобы и соматический статус больных для выявления нежелательных побочных эффектов, развивающихся на фоне проведения гормональной терапии, а также определяли уровень общего тестостерона и ПСА в крови. Пациенты были разделены на 2 группы. Средний уровень тестостерона в первой группе (n=24) составил 1,52±0,82 нмоль/л, во второй (n=32) – 1,49±0,73 нмоль/л. У 23 больных (41,07%) уровень тестостерона до лечения был выше кастрационного уровня (1,73 нмоль/мл): в первой группе – у 9 пациентов (16,07%), во второй – у 14 (25%). В первой группе осуществляли терапию антиандрогенами (бикалутамид 150 мг внутрь), во второй – аналогом ГнРГ (гозерелин 10.8 мг подкожно). Эффективность проводимой терапии в обеих группах оценивали по истечению 3 месяцев по результатам контрольного исследования уровня общего тестостерона и ПСА, а также по количеству нежелательных побочных эффектов, ухудшавших качество жизни пациентов.

Результаты. В обеих группах оценка эффективности проводимой гормональной терапии показала схожие результаты. При контрольном измерении нормализация уровня ПСА установлена у 19 (79,17%) пациентов первой группы и у 28 (87,5%)) пациентов второй группы. Аналогично посткастрационный уровень тестостерона определен у 20 (83,3%) пациентов из группы антиандрогенной терапии и у 29 (90,6%) пациентов, получавших аналог аГнРГ гозерелин. На фоне проводимой терапии практически у всех пациентов отмечались болезненность грудных желез и эректильная дисфункция различной степени выраженности. Другие побочные эффекты в виде гинекомастии, приливов, апатии отмечались чаще в группе пациентов с антиандрогенной терапией (29,17%) по сравнению с группой пациентов с терапией аГнРГ (15,6%). Стоит также отметить, что, несмотря на проводимую терапию, у 6 (10,7%) пациентов развилась прогрессия заболевания в виде метастазирования в кости (5) и отдаленные (парааортальные) лимфатические узлы (1). Из них 4 пациента были из группы терапии антиандрогенами и 2 пациента из группы терапии аГнРГ. Несмотря на проводимую терапию в течение 18 месяцев у двух пациентов обеих групп с выявленными метастазами наступил летальный исход.

Выводы. Несмотря на достаточно высокую эффективность гормональной терапии рака предстательной железы, выбор схемы лечения с учетом индивидуальных особенностей пациента остается актуальной проблемой. Анализ проведенной гормональной терапии местнораспространенной формы гормонально чувствительного рака предстательной железы в режиме терапии антиандрогенами и аГнРг показал их схожую эффективность. Однако в группе терапии антиандрогенами пациенты чаще отмечали ухудшение качества жизни за счет нежелательных побочных эффектов

Анатомические аспекты сосудистой изоляции ретропеченочных кавальных тромбов при раке почки.

Шкодкин С.В.[1,2], Фиронов С.А.[3], Золотухин Д.А.[4], Невский А.А.[1,2], Любушкин А.В. [1,2]
[1] ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
г. Белгород
[2] НИУ БелГУ
г. Белгород
[3] ФГКУ «1602 ВКГ» Минобороны РФ
г. Ростов-на-Дону
[4] МБУЗ БСМП
г. Ростов-на-Дону

Совершенствование хирургической техники является основным залогом благоприятного результата лечения рака почки с инвазией в магистральные вены.

Материал и методы. С 2009 по 2016 г. нами выполнена радикальная нефрэктомия с удалением опухолевого тромба позадипеченочной локализации 14 пациентам. Из них правосторонняя локализация опухолевого процесса отмечена в 12 (85,7%), а слева – в 2 (14,3%) наблюдениях. Была применена оригинальная методика васкулярной изоляции, отличающаяся наложением краниального турникета на инфрадиафрагмальный надпеченочный сегмент НПВ, доступ к которому осуществлялся путем частичной мобилизации печени без ее медиальной дислокации. Стандартно выполняли мобилизацию подпеченочного сегмента нижней полой вены (НПВ) с перевязкой коротких печеночных вен, перевязку правой почечной артерии в аортокавальном промежутке. Для проксимального контроля за НПВ рассекали серповидную связку печени до соединения с коронарными, где и выделяли надпеченочный поддиафрагмальный сегмент НПВ. Приток к печени выключали приемом Прингла: компрессией печеночно-двенадцатиперстной связки. После каватомии, низведения тромба и наложения сосудистого зажима на подпеченочный сегмент печень включалась в кровоток. Остальные зажимы удалялись после закрытия каватомического доступа.

Результаты и обсуждение. Ориентируясь на результаты лечения 14 пациентов можно заключить, что данная методика вдвое сократила этап сосудистой изоляции и исключила тракцию тромбированной НПВ, т.к. не выполняли классическую piggyback мобилизацию печени. Объем кровопотери не превысил 1000 мл, составив в среднем 720±250 мл, что ниже литературных данных.

Выводы. Оригинальная методика сосудистой изоляции печени при ретропеченочных тромбах сократила время тромбэктомии и обеспечила адекватный контроль гемостаза.

Хирургическая анатомия нижней полой вены (нпв)

Шкодкин С.В.[1,2], Идашкин Ю.Б.[1], Фиронов С.А.[3], Золотухин Д.А.[4], Невский А.А.[1,2], Любушкин А.В.[1,2]
[1] ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
г. Белгород
[2] НИУ БелГУ
г. Белгород
[3] ФГКУ «1602 ВКГ» Минобороны РФ
г. Ростов-на-Дону
[4] МБУЗ БСМП
г. Ростов-на-Дону

Хирургия опухолевых тромбов НПВ сопряжена с большим риском осложнений.

Материал и методы. Проведена аутопсия 23 трупов: 13 женщин и 10 мужчин в возрасте от 41 до 84 лет, от 4 до 12 часов после смерти. После выделения органокомплекса, выполнена препаровка НПВ от бифуркации до диафрагмы. Оценивались топография и диаметр устьев поясничных, правой адреналной и нижней диафрагмальной вен в сегментах НПВ.

Результаты и обсуждение. В поддиафрагмальном надпеченочном сегменте по задней полуокружности НПВ притоков выявлено не было. Дренирование v. phrenica inf. в указанном отделе зарегистрировано в 8 случаях. Их диаметр в среднем составил 2,4±0,5 мм и локализовались они по передней полуокружности. Диаметр устья v. suprarenalis dex. в среднем 2,8±0,7 мм. В ретропеченочном сегменте не было найдено устье v. suprarenalis dex. диаметром более 3 мм. Описанная в работах Abbasi et al. (2012), Щукина Д.В. и соавт. (2014) т.н. вариантная поясничная вена, идентифицирована в 5 случаях: 1 в каворенальном и 4 в подпеченочном сегментах, а ее диаметр составил 2,1±0,4 мм. Vv. lumbales дренировались в зоне васкулярной изоляции в 9 случаях, их средний диаметр 3,4±XX мм. Отмечен 1 случай дренирования левой верхней v. lumbalis диаметром 3 мм непосредственно ниже v. renalis sin.

При удалении нефирсированного опухолевого тромба НПВ под- и ретропеченочной локализации не всегда целесообразно выполнение piggyback-мобилизации печени ввиду отсутствия притоков в данной области, значимых (более 3 мм) в плане развития кровотечения. В поддиафрагмальном надпеченочном сегменте НПВ по задней поверхности не выявлено устьев притоков, что дает возможность предполагать отсутствие дополнительного источника кровопотери при наложении краниального турникета в данной области Таким образом, имеются анатомические предпосылки обеспечения сосудистой изоляции печени без piggyback-мобилизации.

Выбор метода деривации мочи после радикальной цистэктомии

Шкодкин С.В.[1,2], Идашкин Ю.Б.[1],
Невский А.А.[2], А.В.Любушкин [2]

[1] ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
г. Белгород
[2] НИУ БелГУ
г. Белгород

Проблемой радикального хирургического лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря не является цистэктомия как таковая, основная масса периоперационных осложнений связана с трудностями, возникающими в связи с необходимостью деривации мочи [Novara G. et al. 2015, Tomaszewski J.J. et al. 2015]. Отсюда такое изобилие методик и модификаций, что только подчеркивает нерешенность данной проблемы.

Конечно же, существуют наиболее используемые варианты, к которым следует отнести ортотопический резервуар по Studer, гетеротопическая влажная кутанеоилеостома по Briker, и у соматически тяжелой категории пациентов предпочтительным вариантом отведения мочи является уретерокутанеостомия [Maffezzini M. et al. 2008, Amini E. et al. 2015]. Ортотопический резервуар сопряжен с большой массой объективных проблем, таких как инконтиненция, обструкция, мочевая инфекция, уролитиаз и т.д. Это приводит к субъективной неудовлетворенности пациентов [Maffezzini M. et al. 2008, Hugen C.M., Daneshmand S. 2016]. Напротив, наличие современных средств ухода обеспечивает стомированным больным хорошую социальную адаптацию, а инконтинентная кутанеоилеостома по Briker снижает риск осложнений, связанных с длительным пребыванием мочи в сегменте кишки и потерю почечной функции [Krajewski W. 2016]. Исключение необходимости кишечной реконструкции на порядки снижает число периоперационных осложнений, при этом негативной стороной уретерокутанеостомии является необходимость формирования в большинстве случаев двух стом. Кроме того, меньший диаметр мочеточника по сравнению с кишкой становится причиной рубцевания кутанеостом и ведет к увеличению частоты пиелонефрита.

По данным ряда авторов, проведение перекрестной уретероуретеростомии и формирование односторонней уретерокутанеостомы не повышает частоту ранних послеоперационных осложнений и избавляет пациентов от билатеральной уростомы [Kozacıoğlu Z. et al. 2013].

Заключение. Необходим персонифицированный подход к выбору способа деривации мочи после цистэктомии, что может влиять не только на качество, но и продолжительность жизни пациентов.

Оценка соматического статуса и способ деривации мочи

Шкодкин С.В.[1,2], Идашкин Ю.Б.[1],
Невский А.А.[2], А.В.Любушкин [2]

[1] ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
г. Белгород
[2] НИУ БелГУ
г. Белгород

Существуют различные мнения по этапности и доступу к проведению радикальной цистэктомии, объему лимфодиссекции и предпочтительному варианту деривации мочи [Aboumarzouk O.M. et al. 2013, Hautmann R.E. et al. 2015, Krajewski W. et al. 2016]. Однако неоспоримым является тот факт, что это наиболее сложное и травматичное хирургическое пособие в абдоминальной хирургии. Частота осложнений может достигать 81 – 93% случаев. К счастью, около 70% из них составляют осложнения I - III категорий по Clavien-Dindo [Patidar N. et al. 2016]. Несмотря на прогресс в анестезиологическом сопровождении, частота фатальных осложнений в первый месяц после операции находится в достаточно широких пределах и по данным экспертных центров может варьировать от 2,7 до 20% [Kiss B. et al. 2015].

Выживаемость пациентов после радикальной цистэктомии имеет обратную корреляцию с выраженностью сопутствующей патологии. Поэтому адекватная оценка соматического статуса пациента перед операцией имеет не меньшее значение, чем адекватное стадирование опухоли. Индекс Чарльсона валидирован для пациентов с раком мочевого пузыря и, соответственно, должен учитываться при планировании выбора способа деривации мочи.

У пациентов высокого анестезиологического риска с осложнениями мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря и выраженной сопутствующей патологией, не позволяющими использовать сегмент кишки для деривации мочи, выполнение уретерокутанеостомии может являться предпочтительным вариантом отведения мочи. К аналогичному подходу приходится прибегать в финале тазовой экзентерации по поводу местно распространенного колоректального или генитального раков. Использование перекрестной уретероуретеростомии в данных ситуациях избавит пациента от дополнительной стомы.

Одноцентровые исследования эффективности и безопасности перекрестной уретерокутанеостомии в сравнении с илеоуретерокутанеостомой наряду с меньшей морбидностью первой не обнаружили роста урообструктивных осложнений [Kilciler M. et al. 2006]. Показана возможность бездренажного ведения пациентов с перекрестной уретероуретеростомой и односторонней уретерокутанеостомой, что не сопровождается ростом обструкции [Rainwater L.M. et al. 1991].

Заключение. Использование валидных анкет позволит объективизировать подход к выбору способа деривации мочи.

Эффективность перекрестной уретероуретеростомиии односторонней уретерокутанеостомии после цистэктомии у пациентов с высоким анестезиологическим риском

Шкодкин С.В.[1,2], Идашкин Ю.Б.[1], Невский А.А.[2], А.В.Любушкин [2]

[1] ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
г. Белгород
[2] НИУ БелГУ
г. Белгород

Материал и методы. Нами в период с 2007 по 2017 год выполнены 22 цистэктомии по поводу мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря, где деривацию мочи осуществляли перекрестной уретероуретеростомией и односторонней уретерокутанеостомией. Показанием к выбору такого вида отведения мочи стали сердечно-сосудистая недостаточность (16 пациентов), сахарный диабет (8 пациентов), бронхиальная астма, осложненная дыхательной недостаточностью 2-3 стадии (3 пациента), последствия острого нарушения мозгового кровообращения (5 пациентов), наличие двухсторонних уретерогидронефрозов и компенсированной ХПН (7 пациентов), анемия 2-3 степени (5 пациентов), рецидивирующее кровотечение (6 пациентов). Т.о., 20 пациентов или 90,9% имели 2 и более отягощающих факторов. Средний возраст пациентов составил 71,3±6,8 года, в исследуемой группе было 18 мужчин и 4 женщины.
В неоадъювантной химиорерапии всем пациентам было отказано по соматическим противопоказаниям. В эту группу не включены пациенты с предшествующей радикальной лучевой терапией. Объем хирургического вмешательства был стандартен: после расширенной лимфодиссекции выполняли мужчинам цистпростатэктомию, женщинам – переднюю экзентерацию.
Результаты. Время операции составило 192±34 митуты. Средняя кровопотеря 355±163 мл. Серьезных интраоперационных осложнений не отмечено. Потребность в гемотрансфузии возникла у 7 (31,8%) пациентов с дооперационной постгеморрагической анемией. Прогнозируемая лимфорея отмечена у 13 (59,1%) пациентов, длительного дренирования не выполняли, а дренажи удаляли на 3-5 сутки при отсутствии лихорадки. В послеоперационном периоде на протяжении 3-5 суток проводили продленную перидуральную блокаду и активизацию со 2 суток. Отсутствовали парезы, требующих активной тактики. Функция наружных стентов не вызывала нареканий, в сроки до 90 дней не регистрировали атак пиелонефрита. Ранней (до 30 суток) и поздней (до 90 суток) летальности не отмечено. Легкие послеоперационные осложнения I и II классов по классификации Clavien-Dindo имели место у 15 (68,2%) пациентов. Таким образом, данный подход обеспечивает объем радикального вмешательства у соматически отягощенных пациентов.

Отдаленные хирургические результаты перекрестной уретероуретеростомиии односторонней уретерокутанеостомии при лечении мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря

Шкодкин С.В.[1,2], Идашкин Ю.Б.[1], Невский А.А.[2], А.В.Любушкин [2]

[1] ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
г. Белгород
[2] НИУ БелГУ
г. Белгород

Материал и методы. Нами в период с 2007 по 2017 год выполнены 22 цистэктомии по поводу мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря, где деривацию мочи осуществляли перекрестной уретероуретеростомией и односторонней уретерокутанеостомией. Показанием к выбору такого вида отведения мочи стал выраженный полиморбидный фон, 20 (90,9%) пациентов имели 2 и более отягощающих факторов. Средний возраст пациентов составил 71,3±6,8 года, в исследуемой группе было 18 мужчин и 4 женщины. Объем хирургического вмешательства был стандартен: после расширенной лимфодиссекции выполняли мужчинам цистпростатэктомию, женщинам – переднюю экзентерацию.
Результаты. Среди осложнений в отдаленном послеоперационном периоде следует отметить обструкцию наружных стентов и атаки пиелонефрита, что регистрировали у 7 (31,8%) не достаточно комплаентных пациентов. При наличии пиелонефрита не стремились к замене стентов, а выполняли адекватное перкутанное дренирование. Это позволяло избежать сопряженной с заменой стента лоханочной гипертензии и септических осложнений, а так же получить антеградный доступ к мочеточнику. Пиелонефрит у всех пациентов был купирован в течение недели, тогда была выполнена замена стентов и удаление нефростомических дренажей еще через 2 недели. К прекращению стентирования мочеточников мы прибегали спустя год после операции. На этом сроке у пациентов не отмечали атак пиелонефрита, что позволило вести 7 пациентов без наружных дренажей. При медиане наблюдения 17,2 месяца не отмечено необходимости редренирования вследствие развития обструкции или атак пиелонефрита.
Таким образом, перекрестная уретероуретеростомия с односторонней уретерокутанеостомией обеспечивает приемлемые отдаленные хирургические результаты.

Отдаленные онкологические результаты при лечении мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря у пациентов высокого анестезиологического риска

Шкодкин С.В.[1,2], Идашкин Ю.Б.[1], Невский А.А.[2], А.В.Любушкин [2]

[1] ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
г. Белгород
[2] НИУ БелГУ
г. Белгород

Материал и методы. Нами в период с 2007 по 2017 год выполнены 22 цистэктомии по поводу мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря, где деривацию мочи осуществляли перекрестной уретероуретеростомией и односторонней уретерокутанеостомией. Показанием к выбору такого вида отведения мочи стал выраженный полиморбидный фон, 20 (90,9%) пациентов имели 2 и более отягощающих факторов. Средний возраст пациентов составил 71,3±6,8 года, в исследуемой группе было 18 мужчин и 4 женщины. В неоадъювантной химиорерапии всем пациентам было отказано по соматическим противопоказаниям. В эту группу не включены пациенты с предшествующей радикальной лучевой терапией. Объем хирургического вмешательства был стандартен: после расширенной лимфодиссекции выполняли мужчинам цистпростатэктомию, женщинам – переднюю экзентерацию.
Результаты. Все пациенты с имеющимися на момент операции отдаленными метастазами погибли от прогрессии заболевания. Адъювантное химиотерапевтическое лечение все по тем же соматическим противопоказаниям данной группе пациентов не проводили. Медиана выживаемости составила 17,4 месяца.
У 4 пациентов с лимфогенными метастазами на сроках от 8 до 25 месяцев так же отмечена прогрессия заболевания в виде отдаленного метастазирования Трое из них получают системную химиотерапию, двоим выполнены курсы полиативной лучевой терапии по поводу костных поражений с болевым синдромом. Один пациент погиб от цереброваскулярных осложнений. У 12 (54,5%) пациентов прогрессии заболевания при медиане наблюдения 48,9 месяца не отмечено.
Таким образом, перекрестная уретероуретеростомия с односторонней уретерокутанеостомией обеспечивает адекватные онкологические подходы при лечении соматически отягощенных пациентов и возможность у части пациентов использовать адьювантную терапию.

Фармакологическое обеспечение резекции почки в условиях экспериментальной недостаточности функции печени

И.С. Шорманов, М.С. Лось, Шорманова Н.С.
ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
г. Ярославль

Цель исследования. Изучить влияние нефропротекторов и адаптогенов на послеоперационный период резекции почки в условиях снижения функционального резерва печени.
Материалы и методы. Экспериментальному исследованию подверглись 36 белых лабораторных крыс, которым была выполнена резекция нижнего полюса левой почки. Через 10 суток все животные были разделены на 3 равные группы (n=12). Первая группа - контрольная. Оставшимся 24-м животным - в качестве интоксикационных агентов ежедневно, в течение 10 дней внутрижелудочно вводили комбинацию изониазида (100 мг/кг) с рифампицином (250 мг/кг) в сочетании с внутрибрюшинными инъекциями 25% раствора этанола в дозировке 3 г/кг. Второй группе параллельно в качестве адаптогена внутримышечно вводили раствор Селанка (12 мкг). Третьей группе параллельно в качестве нефропротекторов внутримышечно вводили раствор Энап Р (0,02 мг/кг) и внутрибрюшинно Леспефрил (0,14 мл/кг). Через 10 дней всем крысам в крови определяли уровни АЛТ, АСТ, ГГТ, ЛДГ, билирубина, щелочной фосфатазы, липазы, альфа-амилазы, мочевины, креатинина, альбумина, альфа 1 и 2 глобулинов, бета глобулинов, гамма глобулинов.
Результаты. В контрольной группе случаев летальности не зафиксировано. Все животные имели хороший аппетит, были активными, не имели динамики веса. Исследуемые печеночно-почечные показатели у оперированных крыс не выходили из допустимых значений нормы. Во второй группе к 3-м суткам отмечалась 25%-я смертность (3 крысы). На 4-е и 5-е сутки умерло еще по одному животному, при этом смертность составила 42% (5 крыс). Еще 2 животных погибло на 12-е и 13-е сутки. К окончанию эксперимента выжило 5 крыс (42%). В третьей группе к 3-м суткам отмечалась 25%-я смертность (3 крысы), к 5-м – 50%-я (6 крыс). К окончанию эксперимента выжило 2 крысы (17%). Все выжившие животные исследуемых групп были резко истощены, вялые, ели плохо. Изучаемые показатели функции печени и почек были приближены к критическим значениям.
Вывод. Таким образом, применение адаптогенов после резекции почки в условиях снижения функционального резерва печени приводит к увеличению общей выживаемости экспериментальных животных.

Применение адаптогенов при органосохраняющих операциях на почке в условиях печеночной недостаточности

И.С. Шорманов, М.С. Лось, Шорманова Н.С.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
г. Ярославль

Цель исследования. Изучить адаптогенные возможности Селанка после резекции почки в эксперименте в условиях скомпрометированной функции печени.

Материалы и методы. Экспериментальному исследованию подверглись 60 белых лабораторных крыс, 36-и из которых была выполнена резекция нижнего полюса левой почки. Затем все животные были разделены на 5 равных групп. Первая(n=12) - интактная. Вторая(n=12) – группа послеоперационного контроля. Всем остальным – для воспроизведения печеночной недостаточностиежедневно внутрижелудочновводили комбинацию изониазида (100 мг/кг) с рифампицином (250 мг/кг) в сочетании с внутрибрюшинными инъекциями 25% раствора этанола в дозировке 3 г/кг в течение 10 дней. При этом, третью группу составили – 12 животных без операции, а четвертую – 12 животных с резекцией почки. Пятой группе(n=12) параллельно с депрессией функции печени внутримышечно вводили раствор Селанка (12 мкг). Через 10 всем крысам был выполнен анализ крови, для изучения показателей, отображающих печеночную и почечную функции.

Результаты. В контрольной группе случаев летальности не зафиксировано. Все животные имели хороший аппетит, были активными, не имели динамики веса. Исследуемые печеночно-почечные показатели у оперированных крыс не выходили из допустимых значений нормы и были сравнимы с группой интактных животных.

В третьей группе животных к концу эксперимента смертность составила 67%.В четвертой группе - массовая гибель животных зарегистрирована уже на 3-и сутки (67%) после начала введения препаратов, к 4-м суткам зарегистрирована 100% летальность. В пятой группе к 3-м суткам отмечалась 25%-ая смертность (3 крысы). На 4-е и 5-е сутки умерло еще по одному животному, составив к 5-м суткам 42%-ую смертность (5 крыс). Еще 2 животных погибло на 7-е и 8-е сутки. К окончанию эксперимента выжило 5 крыс (42%). Изучаемые показатели функции печени и почек у всех выживших животных были приближены к критическим значениям. Они были резко истощены, вялые, ели плохо.

Вывод. Таким образом, применение адаптогенов в послеоперационном периоде резекции почки в условиях нарушенной функции печени позволяет улучшить результаты операции.

Раздел IV:

АНДРОЛОГИЧЕСКАЯ УРОЛОГИЯ

Complex ray examination in patients with priapism

Zhukov O.B., Scheplev P.A., Melnick Y.I.,
Maslov S.A. Blinova S.V.

N. Lopatkin Scientific Research Institute of Urology and Interventional Radiology - branch of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Radiological Center" of the Health Ministry of Russia

Purpose: Modern data shows that in general population priapism incidence is low - 5-9 cases per 100 000 men/a year
Materials & metods: WE POSSESS data on 7 patients with arterial priapism. Average age 38-64 (19-46) y.o. Clinical case: patient Ch. 36 y.o. Complaints on admission: persistent erection 6-days long, penile pain, suphebrial temperature, oedema. Selective both sides iliacography results reveal zone of elevated vascularization to the right of penis radix.Doppler vessel present examinations results (penis radix right side): aneurysm extension 0,3-0,35 cm in the right part of cavernous artery, Vs= 50 cm/s. Deep dorsal vein V=- 8-13,6 cm/s, in dorsal arteries apix - up to 15,7 cm/s. Aneurismal extension of the right cavernous artery up to 3,5 mm (fistula zone) is defined at the penoscrotal junction level. Patient is offered X-ray endovascular embolization of arteriovenous fistula, which he rejected.
Results After 2-days massive antibacterial preparation the following surgery was performed on the patient: emergency endophalloprothesis procedure with 1-component half-rigid prothesis. Dismissed with getting better. Histology states cavernosis bodies sclerosis, intravenous vessels trombosis.
Conclusion: anamnesis and ultrasound penile doppler helps define priapism type. . On early stages most effective treatment method may be superselective embolization of pudendal arteries or penile prothetics

Программа реабилитации пациентов с эректильной дисфункцией после радикальной простатэктомии. Предварительный отчет.

И.А. Абоян, С.В. Шашкин, К.В. Березин,
С.М. Пакус, С.В. Грачев, Д.И. Пакус

МБУЗ «Клинико-диагностический центр Здоровье»
г. Ростов-на-Дону

Введение. Радикальная простатэктомия является хирургической методикой лечения локализованных форм рака простаты, демонстрирующей наилучшие результаты опухоль-специфицеской выживаемости пациентов. Создание концепции «трифекта», а также внедрение малоинвазивных методик «сфокусировали» взгляды исследователей на функциональных результатах данной операции. Разработка оптимальных стратегий лечения послеоперационной эректильной дисфункции, наряду с совершенствованием хирургической техники, является одной из основных путей улучшения результатов данной операции.
Цель работы. Улучшение функциональных результатов у пациентов после радикального лечения рака предстательной железы.
Материалы и методы. Нами создана компьютерная программа и реестр пациентов перенёсших оперативное лечение по поводу рака предстательной железы. Реестр созданный нами является проспективным. При контрольном обследовании, производится выбор линии терапии после заполнения валидизированных опросников и контроля уровня ПСА. Пациенты получают аппаратное лечение состоящее из 4 линий. Первая линия – второй месяц послеоперационного периода- включает визуальную стимуляцию, ингибиторы ФДЭ5 типа. Вторая линия лечения- 4 месяц после оперативного вмешательства включает: ДЛТ полового члена, ЛОД-терапию. При неэффективности лечения к 7-му месяцу, пациент переходит на 3 линию лечения при которой в условиях «Центра реабилитации» производят подбор дозировки и обучение техники внутрикавернозных инъекций альпростадила. При сохранении эректильной дисфункции к 12 ти месяцам, пациенту предлагается имплантация пенильных протезов.
Результаты. В настоящее время мы располагаем 10-ти месячными результатами лечения, пациентов с эректильной дисфункцией после радикального лечения рака предстательной железы, показывающими улучшения результатов на 17%.
Выводы. «Ступенчатый» подход в лечении пациентов, с эректильной дисфункцией после радикального хирургического лечения рака предстательной железы, с использованием аппаратных методик является перспективным методом, улучшающим функциональные результаты радикальной простатэктомии, однако для всесторонней оценки результатов необходимы дальнейшие исследования.

Инновационный подход к улучшению здоровья населения на модели урологических заболеваний

Аполихин[1] О.И., Сивков[1] А.В., Катибов[1] М.И.,
Золотухин[2,3] О.В., Шадеркин[1] И.А., Просянников[1]
М.Ю., Войтко[1] Д.А.
[1]НИИ урологии и интервенционной радиологии
им. Н.А. Лопаткина
– филиал ФГБУ «НМИРЦ»
г. Москва;
[2]БУЗ Воронежской области «Воронежская
областная клиническая больница №1»
г. Воронеж
[3]ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко»
г. Воронеж

Цель данной работы состоит в оценке возможностей предложенного подхода в организации медицинской помощи, направленного на выявление факторов риска, раннюю диагностику и раннее лечение заболевания.

Методы и методы. Коллективом ИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина разработана и внедрена на территории Воронежской области программа, основанная на организации медицинской помощи при доброкачественной гиперплазии и раке предстательной железы по принципу «выявляемости» и предполагающая активное выявление групп риска развития заболеваний, динамическое диспансерное наблюдение групп риска с реализацией программ коррекции факторов риска, раннее выявление и раннее лечение заболеваний при их возникновении.
Результаты. Организация медицинской помощи по принципу активного выявления заболеваний на основе идентификации групп риска позволяет улучшить раннюю диагностику и результаты лечения. Применение данного подхода позволило увеличить долю начальных стадий доброкачественной гиперплазии предстательной железы с 51,2% до 68,1% и рака предстательной железы – с 57,2% до 71,3%, снизить частоту острой задержки мочи при доброкачественной гиперплазии предстательной железы с 13,2% до 5,6%, уменьшить летальность от рака предстательной железы в течение года с момента выявления заболевания с 14,6% до 7,5% и среди всех состоящих на учете пациентов – с 10,4% до 6,2%. Экономический эффект данного подхода выражался в достоверном снижении затрат на одного пациента при обоих заболеваниях.
Выводы. Предложенный подход в организации медицинской помощи, заключающийся в активном выявлении лиц с высоким риском заболевания и дальнейшем мониторинге их здоровья, позволяет существенно улучшить раннюю выявляемость заболевания, увеличить эффективность лечения, уменьшить частоту осложнений заболевания и летальных исходов, а также снизить расходы на медицинскую помощь. С учетом универсальности предложенных принципов они могут быть успешно внедрены в любой области практической медицины.

Опыт применения лазерного комплекса “Матрикс- уролог” в лечении пациентов с хроническим простатитом в Центре амбулаторной урологии, г Липецк.

Ю.И. Ахматова, В.П. Ковалев

Центр амбулаторной урологии
г. Липецк

«Матрикс-Уролог» - универсальный и высокоэффективный лазерный комплекс для лечения заболеваний в области урологии, андрологии, нефрологии и сексопатологии. Максимальная эффективность обеспечивается наличием уникальной методики вибромагнитнолазерного массажа предстательной железы при помощи вибромагнитнолазерной головки ВМЛГ-10, обеспечивающая одновременное воздействие лазерным излучением, магнитным полем и вибрацией. Она представляет собой ректальную насадку, в рабочей части которой находится кольцевой магнит с индукцией 25 мТл и рассеиватель лазерного излучения (λ=0,63 мкм, 10 мВт). Гибкий вывод позволяет осуществлять вибрацию с частотой 1-10 Гц и амплитудой до 5 мм.
С целью изучения эффективности данного комплекса в лечении хронического простатита с болевым синдромом был проведен анализ наблюдения за 22 пациентами,проходивших лечение в Центре амбулаторной урологии в 2016г.Средний возраст пациентов 38,7 лет.Всем пациентам проводилось обследование-УЗИ простаты, микроскопия секрета простаты, пальцевое ректальное исследование, определение индекса шкалы симптомов хронического простата (NIH-CPSI). Причем средний балл выраженности симптомов был 21,5 балл.Все пациенты были поделены на 2 равные группы, она из которых получала только медикаментозное лечение, другая в комплексе с физиолечением,а именно 10 процедур по 10 минут ежедневно.
При анализе результатов лечения, на основании шкалы NIH-CPSI,выявлено,что во второй группе пациентов средний балл выраженности симптомов составил 9,8 баллов,в то время как в первой группе 13, 1 балл.Все пациенты отметили субъективное улучшение состояния.
Таким образом, применение аппарата для лазерной терапии Матрикс-Уролог,а именно вибромагнитнолазерной головки ВМЛГ-10,совместно с медикаментозной терапией, значительно улучшают результаты лечения пациентов с хроническим простатитом.

Увеличение количества околопочечной висцеральной жировой ткани ассоциировано с эректильной дисфункцией

В. Бондаренко, С. Пиманов
Витебский государственный медицинский университет
г. Витебск, Беларусь

Введение и задачи. Известна ассоциация абдоминального ожирения, метаболического синдрома и сахарного диабета 2 типа с низким уровнем сывороточного тестостерона и эректильной дисфункцией (ЭД). В то же время не исследовалась связь между количеством локальной висцеральной жировой ткани (ВЖТ) и ЭД. Целью исследования было определить количество околопочечной ВЖТ у мужчин с наличием и отсутствием ЭД и оценить ее корреляцию с уровнем общего тестостерона в сыворотке крови.
Материал и методы. Обследовано 78 человек в возрасте от 25 до 55 лет, средний возраст составил (M±σ) 38,11±10,81 лет. Все обследованные отвечали на опросник МИЭФ-5 (Международный Индекс Эректильной Функции). По результатам анкетирования выделено 35 пациентов с ЭД и 43 человека без ЭД. Всем пациентам было выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) для определения количества околопочечной жировой

ткани с использованием стандартных методик и определяли уровень тестостерона в сыворотке крови.
Сравнение результатов исследований у пациентов двух групп проводили методом непараметрической статистики с использованием U-теста Манна-Уитни для независимых групп. Устанавливался коэффициент корреляции (r) по критерию Спирмана между сывороточным уровнем тестостерона и ультразвуковыми показателями количества околопочечной жировой ткани. Отличия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.
Результаты. Пациенты с ЭД и без таковой не отличались по весу и индексу массы тела. При этом среднее значение толщины пара- и перинефральной жировой ткани была больше у пациентов с ЭД и составила соответственно 34,84±9,40 мм, а в контрольной группе – 29,34±10,25 мм (p=0,034). Площадь нижней части околопочечной жировой ткани у пациентов с ЭД также была больше, чем у здоровых мужчин и составила справа соответственно 33,39±18,62 см^2 и 24,94±21,14 см^2 (p = 0,021), а слева – 29,34±18,61 см^2 и 24,94±21,14 см^2 (p = 0,027).
Установлена отрицательная корреляция средней силы между уровнем сывороточного тестостерона и количеством околопочечной ВЖТ в группе пациентов с ЭД. Коэффициент корреляции между количеством тестостерона в сыворотке крови и толщиной пара- и перинефрального жира составил (r = –0,648; p < 0,001), площадью нижней части околопочечной жировой ткани составил справа (r = –0,371; p = 0,034) и слева (r = –0,402; p = 0,020). У пациентов без эректильной дисфункции отсутствовала коррелятивная связь между количеством околопочечной ВЖТ и содержанием общего тестостерона в сыворотке крови.
Заключение. Количество околопочечной ВЖТ больше у пациентов с ЭД по сравнению с мужчинами без таковой и имеет отрицательную корреляцию с сывороточным уровнем общего тестостерона.

Когда субъективный и объективный урологический статус не совпадает: дифференцированный подход к вопросу

С.В. Выходцев[1], И.А. Трегубенко[2]

[1] ГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова
г. Санкт-Петербург
ГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова
г. Санкт-Петербург

Опыт практической работы врача-уролога показывает, что на приеме довольно часто встречаются пациенты, картина болезни которых, с одной стороны укладывается в рамки типичного урологического заболевания, а с другой – либо никак не подтверждается привычными лабораторно-инструментальными методами обследования, либо выявленные результаты минимальны и неубедительны. Среди жалоб у таких больных обычно преобладают различные варианты «симптомов нижних мочевых путей», «синдрома хронической тазовой боли», а также различные ощущения в области половых органов (от дискомфорта, зуда, различных тягостных беспредметных ощущений – сенестопатий, до гипо- и анестезии кожи и слизистых).
Встречаясь с ситуацией, когда симптомы явно или косвенно указывают на определенное заболевание, но оно убедительно не подтверждается результатами объективного и лабораторно-инструментального обследования, специалист оказывается в тупике. В итоге врачу остается либо выставить наиболее подходящий под описание симптомов диагноз (из распространенных – хронический простатит, нейрогенная дисфункция мочевых путей, гиперактивный мочевой пузырь и т.д.) и начать лечение «ex juvantibus». Как правило, в этом случае специалист сталкивается с проблемой неэффективности терапии или получает временный нестойкий эффект, который проходит по окончанию лечения, и пациент снова оказывается на приеме. В другом варианте врач может перенаправить больного к другому специалисту, что случается гораздо реже. Однако и в этом случае результат не всегда будет продуктивным.
Судьба таких пациентов широко известна: они длительное время (от полугода до нескольких лет) наблюдаются и лечатся у различных врачей (урологи, неврологи, терапевты), постепенно увеличивая объем своей амбулаторной карты. Реальной помощи они получить не могут, так как врач-уролог, понимая значимость имеющихся симптомов в структуре патологии и построении урологического диагноза, тем не менее, не учитывает весьма важный момент. Эти симптомы являются всего лишь ощущениями, то есть тем, что переживает пациент, а ощущения рождаются в психике человека. И неважно, есть ли у пациента при этом реальная урологическая проблема. Еще более сложным является вопрос, из-за чего симптомы у таких пациентов без объективного подтверждения органических нарушений, проецируются именно на область органов мочеполовой системы.
Такие нередкие клинические случаи должны рассматриваться только с позиции интегративного подхода, который предполагает знание и понимание взаимосвязи соматического (телесного) и психического (душевного) у пациента. Одностороннее рассмотрение таких проблем, то есть только с точки зрения поиска и попыток лечения органической патологии, без учета психической составляющей, будет вести к тому, что пациент, страдающий психосоматическим расстройством, – а указанные выше ситуации таковыми и являются – будет лечиться как обычный урологический больной. Продуктивным результат такой терапии не будет. Аналогичной ситуация будет и в случаях, когда длительные «мытарства» таких пациентов достигнут психиатрической синдромальности или изначально будут иметь под собой явное психическое заболевание.
Интегративный подход в лечении подобных состояний предполагает объединение усилий врача-уролога и врача-сексолога (психотерапевта), име-

ющего базисную подготовку по психиатрии.
Накопленный опыт работы с пациентами, у которых наблюдается отражение проблем психической и сексуальной сферы в соматических проявлениях - соматизация, позволяет составить обобщенный клинический портрет. Обследование таких пациентов должно включать оценку клинико-психологического, сексологического и психического статуса. Клиническая ситуация пациентов может рассматриваться в рамках соматизированных психических реакций (F45), соматопсихических реакций – нозогений (F43.2), а также комбинированных психосоматических расстройств с формированием общих симптомокомплексов.
При оценке личностных характеристик подобных пациентов оказывается, что часть их составляют лица с тревожно-мнительными чертами характера, а часть – с демонстративными (истероидными). Им свойственна выраженная ситуативная и личностная тревога с эйфорическим, сенситивным или эгоцентрическим отношением к своему заболеванию. Все это является проявлениями механизмов психологической защиты, которые в большинстве случаев не оказываются «спасительными» для конкретного пациента.
При сексологическом обследовании рассматриваемой нами группы больных выявляется слабый или ослабленный вариант средней половой конституции, различные сексуальные нарушения, а также сексуальные дисгармонии. Спектр сексуальных нарушений чаще представлен эректильной дисфункцией, гипо- и алибидемий, коитальной аноргазмией, а также вариантами их сочетаний. В психическом статусе у таких пациентов преобладают субдепрессивные состояния невротического генеза, астенический, ипохондрический либо тревожно-фобический синдром. Важно отметить, что большинство таких пациентов самостоятельно о своих сексуальных сложностях врачу-урологу не сообщают.
В заключение необходимо отметить, что, встречаясь с пациентами, которые предъявляют субъективные «урологические» жалобы при отсутствии или неубедительности данных объективного урологического статуса, необходимо учитывать ряд важных моментов. А именно, помнить, что в клинической практике врача-уролога широко распространены расстройства, по своей сути являющиеся психосоматическими, а в некоторых случаях – психическими заболеваниями. Таким пациентам свойственна нестабильность в эмоциональной сфере, протекающая в рамках невротических расстройств и проявляющаяся нарушениями в сексуальной сфере и межличностной коммуникации. Иногда указанные нарушения могут достигать психиатрического регистра. Оптимальным путем к оценке таких состояний должен быть интегративный подход с обязательным привлечением врача-сексолога. Кроме того, для продуктивного диагностического и лечебного процесса чрезвычайно важно достижение взаимопонимания и доверия (комплаенс) в работе с пациентом.
Интегративный подход к терапии таких случаев должен включать в себя воздействия на все патогенетические механизмы процесса: соматическая терапия (местные манипуляции, физиотерапия и др.), психотерапия, сексуальная терапия, фармакотерапия. Сотрудничество и объединение усилий уролога и сексолога будет способствовать успешному лечению таких пациентов. Немаловажную роль в этом будет играть образовательный процесс: врачу-урологу желательно проходить доступную подготовку на циклах повышения квалификации по сексологии.

Результаты применения аутологичных регенеративных клеток жировой ткани в лечении эректильной дисфункции

П.В. Глыбочко [2], М.Е. Чалый [1], М.В. Епифанова [2], И.И. Еремин [3], А.А. Пулин [3], И.И. Наделяева [3]

[1] Кафедра урологии
[2] НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека
г. Москва
[3]ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» Управления делами Президента РФ
г. Москва

Введение. Стромально-васкулярная фракция (СВФ) представляет собой пул клеток из жировой ткани, из которых основной интерес вызывают регенераторные стволовые клетки. Результаты доклинических исследований свидетельствуют, что СВФ полученная из жировой ткани эффективна для восстановления эректильной функции, а многочисленные клинические исследования доказали ее безопасность. Для обоснования применения СВФ в лечении ЭД, нами проведено клиническое исследование с оценкой влияния СВФ на регенерацию кавернозной ткани, сосудов, эндотелия, нервных волокон и белочной оболочки полового члена.
Цель. Оценить безопасность и эффективность применения стромально-васкулярной фракции полученной из жировой ткани в лечении эректильной дисфункции (NCT0272431).
Материалы и методы. В исследовании приняли участие двенадцать мужчин с васкулогенной эректильной дисфункцией (средний возраст 47 лет), которым была выполнена липосакция из области передней брюшной стенки и фланков. Липоаспират обрабатывали на аппарате Celution 800/CRS System («Cytori Therapeutics Inc») с получением СВФ в объеме 4,5 мл. Инъекцию осуществляли интракавернозно однократно с наложением турникета на основание полового члена в течение 15 минут. Эректильная функция оценивалась по данным валидированных опросников: МИЭФ-5, SEP (профиль половых отношений), EHS (шкала твердости эрекции), фармакодопплерографии сосудов полового члена с простагландином Е1 и оценки функции эндотелия сосудов (Ангиоскан-01) через 1, 3 и 6 мес. после начала лечения.
Результаты. Согласно протоколу исследования 12

пациентов в течении 6 месяцев выполнили 10 визитов и завершили обследование. Каких-либо нежелательных явлений и реакций зарегистрировано не было. Эректильная функция была значительно улучшена в течение 6 месяцев, у всех пациентов. Через 24 недели после лечения систолическая скорость у пациентов увеличилась и достигла 30 см/с. Повышение индекса резистентности более 0,8 было зарегистрировано через 12 недель после процедуры. Эндотелиальная функция была значительно улучшена через 6 месяцев. По данным валидированных опросников положительная динамика отмечена на 1, 3 и 6 месяцы.

Заключение. Клиническое исследование завершено. Полученные нами данные подтверждают безопасность и эффективность предложенного метода лечения эректильной дисфункции. Использование СВФ может способствовать восстановлению эректильной функции за счет улучшения артериального кровотока и восстановления эндотелиальной функции и может быть рекомендовано в качестве альтернативного способа лечения ЭД и/или в качестве методики выбора второй линии терапии.

Применение ангиостимулирования при лечении сосудистой эректильной дисфункции.

Гусниев Н.М., Арбулиев К.М., Рамазанов М.Р.,
Гусниев М.А., Михайлов С.Х.
Дагестанский государственный медицинский университет, кафедра урологии
г.Махачкала.

Введение: эректильная дисфункция (ЭД) - хроническое заболевание, характеризующееся неспособностью достижения эрекции, достаточной для проведения полового акта. Современные представления об ЭД как о проявлении эндотелиальной дисфункции позволяют рассматривать эту проблему как сосудистую патологию. Факторы сосудистого происхождения являются на сегодняшний день основной причиной развития ЭД. Наличие признаков эндотелиальной дисфункции полового члена может указывать на артериальный генез ЭД (Мазо Е.Б. и соавт.,2005). При уменьшении выработки оксида азота в клетках эндотелия кавернозной ткани снижается приток артериальной крови к половому члену. Поэтому возникает необходимость в применении специальных устройств, которые усиливают кровообращение в сосудах пениса.

Цель: улучшить артериальное кровоснабжение полового члена и результаты лечения больных с ЭД.

Материалы и методы: Для решения поставленной цели предлагается механическое передавливание обеих бедренных артерий на уровне Пупартовых связок. Технически передавливание осуществляется большими пальцами кисти или специальным аппаратом М.Р. Рамазанова. Аппарат представляет собой двухстоечный эксцентриковый прижим, состоящий из основания, на котором установлены две вертикальные стойки, по которым перемещаются крестовины. Крестовина закрепляется на стойке в нужном положении винтом. Также через крестовину проходит поперечная стойка, которая движется в обе стороны и вокруг своей оси. Поперечная стойка фиксируется в нужном положении винтом. К торцам обеих поперечных стоек приварены вертикально расположенные цилиндрические втулки, к пружине подсоединены шток с прижимной пятой с мягкой резиновой подушкой на конце. К верхнему концу штока через специальный паз подсоединен эксцентрик с рукояткой.

Процедура осуществляется следующим образом: больной ложится на основание устройства так, чтобы ягодичная область оказалась между вертикальными стойками. С помощью расслабления и затем закрепления винтов обе прижимные пяты устанавливаются на проекции обеих бедренных артерий в паховых областях. Опускание и поднятие прижимной пяты производится поворотом рукоятки эксцентрика. При опускании прижимные пяты мягко, но плотно передавливают обе бедренные артерии. Сущность предлагаемого способа заключается в следующем (А.С. 2226086): 1) сначала под Пупартовой связкой ручным или аппаратным способом передавливают обе бедренные артерии в течении 1мин. Всего в день проводиться 4 сеанса по 6 процедур каждый на протяжении 7 дней; 2) последующие 7 дней сдавливают бедренные сосуды по 3 мин., по 4 сеанса из 6 процедур каждый; 3) остальные 7 дней сдавливают бедренные артерии в течении 5 мин., по 4 сеанса в день, каждый сеанс состоит из 4 процедур. Перерыв между процедурами 1мин. За последние 20 лет предложенным способом проведено комплексное лечение 204 больных с сосудистой эректильной дисфункцией в возрасте от 22 до 68 лет. Всем им производилось урологическое исследование, оценивалась степень выраженность симптомов по шкале МИЭФ, выполняли ультразвуковое исследование сосудов пениса и лабораторное исследование гипофизарных и половых гормонов. Больные получали и медикаментозную терапию.

Результаты: 173 (80%) мужчин отметили восстановление и улучшения потенции. После проведенного курса лечения для продолжения ангио-стимулирования мы рекомендовали пациентам выполнять специальные статические и динамические лечебные упражнения. Это способствовало уменьшению количества рецидивов и полной медико-социальной реабилитации мужчин.

Обсуждения: смысл предложения заключается в перемещении объема крови, предназначенного для нижних конечностей, в органы малого таза. Согласно законам классической гидродинамики, при сдавлении обеих бедренных артерий увеличивается давление внутри аорты, что приводит к усилению кровотока в отходящих артериях. Причем кровоток наиболее сильный по внутренним подвздошным артериям, которые более крупные по калибру и находятся в непосредственной близости к обтурирующему сегменту. Это хорошо

визуализируется при допплерографии сосудов пениса, которые являются непосредственным продолжением внутренних подвздошных артерий. В момент передавливания бедренных артерий кровоток в сосудах полового члена увеличивается на 30-40%. Ангиостимулирование способствует улучшению оксигенации кавернозной ткани полового члена и усилению выработки оксида азота – самого мощного эндогенного вазодилататора.
Выводы: включение в терапевтический комплекс механического способа ангиостимулирования способствует улучшению результатов лечения больных с сосудистой ЭД.

Алгоритм выбора тактики хирургического лечения болезни пейрони

Р.В. Дорошевич[1], Н.И. Доста[2].

[1]ООО «ЛОДЭ»
г. Минск
[2]БелМАПО
г.Минск

Цель: Разработать алгоритм выбора тактики хирургического лечения болезни Пейрони (БП).
Материалы и методы: Были ретроспективно изучены истории болезни 52 пациентов с БП и провели анализ литературы, посвящённой БП.
Результаты: Мы выделили 4 этапа алгоритма.
1. Оценка заинтересованности пациента в половой жизни и степени искривления пениса. Переход ко 2 этапу показан при соблюдении 2 условий: 1) заинтересованность пациента в половой жизни, 2) искривление пениса > 30^0 или наличие симптома «песочных часов» (СПЧ).
2. Оценка твёрдости пениса с или без приёма ингибиторов ФДЭ-5 типа. Если твёрдость пениса при эрекции низкая, то показана фармакодоплерография сосудов пениса и решение вопроса о протезировании с параллельной коррекцией искривления пениса. При адекватной ригидности пениса следует перейти к 3 этапу.
3. Определение показаний к оперативному лечению. Мы выделяли 2 основных и 3 дополнительных критерия к оперативному лечению БП. Основные критерии: 1) стабильное течение болезни (минимум 3 месяца без боли и наличие стойкой деформации пениса), 2) обширная кальцинация бляшки. Дополнительные критерии: 1) затруднение/невозможность участвовать в половом акте из-за искривления пениса, 2) неэффективность консервативного лечения в течение 6 месяцев и более, 3) желание пациента получить надежный результат. Для перехода к 4 этапу должен быть хотя бы один основной критерий.
4. Выбор метода коррекции искривления пениса. Укорачивающие операции показаны при соблюдении следующих условий: 1) искривление пениса < 60°, 2) нет симптома «песочных часов»; 3) длина пениса после операции должна составить не менее 12 см. Удлиняющие операции показаны при соблюдении хотя бы одного условия: 1) искривление > 60°; 2) есть СПЧ.
Выводы: Данный алгоритм действий позволяет стандартизировать тактику лечения пациентов с БП, что даёт возможность эффективно решать данную проблему.

Комбинированная эндоваскулярная окклюзия дорзального венозного комплекса – новый альтернативный метод коррекции венокорпоральной эректильной дисфункции

Еркович А.А., Ким Г.В., Б.Ж. Касенова

Новосибирский государственный медицинский университет, кафедра урологии
г. Новосибирск

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность метода комбинированной эндоваскулярной окклюзии дорзального венозного комплекса (ДВК) при венокорпоральной эректильной дисфункции (ВЭД).
Материалы и методы. Изучена группа пациентов (10 человек) с ВЭД, проявляющейся нестабильной эрекцией и быстрой детумесценцией, толерантной к консервативной терапии. Критерии включения: ПВД с нормальными показателями артериального притока, выявленный по данным ультразвуковой фармакодопплерографии (УЗФДГ) с использованием 10 мкг ПГЕ1; возраст 21-49 лет; нормальные показатели тестостерона, ТТГ, пролактина; некурящие пациенты.
В данной группе было проведено оперативное лечение в объеме эндоваскулярной окклюзии ДВК. Склеротизация проводилась 3% раствором этоксисклерола по методике «Foam – foam», для окклюзии были использованы спирали Джантурко.
Контрольные методы исследования: оценка наличия ПДВ посредством УЗФДГ; оценка динамики клинических проявлений ЭД с помощью анкеты МИЭФ-5.
Результаты. Возраст пациентов от 22 до 39 лет (средний возраст 27 лет). Отдаленные результаты изучены у 8 пациентов в течение 1- 2 лет с момента операции.
По данным анкетирования МИЭФ-5, пятеро (62,5%) пациентов считают себя излеченными. Контрольная УЗФДГ не регистрирует венозной утечки, медикаментозная терапия не требуется. У оставшихся трех пациентов был выявлен рецидив ПВД. Два (25%) пациента оценивают результат как удовлетворительный в течение полугода; затем потребовалась вспомогательная терапия. Один (12,5%) пациент – спустя 1 месяц после операции отметил полный рецидив заболевания.
Выводы. Нами получены предварительные данные, подтверждающие эффективность и безопасность метода комбинированной эндоваскулярной окклюзии ДВК при ВЭД.

Эндофаллопротезирование как метод лечения эректильной дисфункции у больных после радикальной простатэктомии

Е.А. Ефремов, Ю.В. Кастрикин

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» г. Москва

Актуальность: Качество жизни и сохранение сексуальной функции мужчин после радикальной простатэктомии (РПЭ) - актуальная проблема онкоурологии. Частота эректильной дисфункции (ЭД) после РПЭ составляет 50 - 95%.
Цель исследования: Анализ результатов восстановления эректильной функции у пациентов, перенесших РПЭ по поводу локализованного рака предстательной железы (РПЖ).
Материалы и методы: Проанализировано состояние 97 пациентов после РПЭ. Средний возраст - 60±5,5 лет. По данным МИЭФ-15 до РПЭ у 72 мужчин отсутствовала ЭД, а у 25 - была легкая степень ЭД.
Результаты исследования: 37 (38,1%) пациентам выполнена нервосберегающая РПЭ (I гр.) и 60 (61,9%) мужчинам - открытая РПЭ позадилонным доступом без нервосбережения (II гр.). Все мужчины после РПЭ получали консервативную терапию ингибиторами ФДЭ-5 в течение 12 мес., на фоне которой 13 (13,4%) - отметили появление адекватных и спонтанных эрекций. У 60 (61,9%) пациентов I гр. и у 24 (24,7%) II гр. сохранялась выраженная ЭД. Им было выполнено эндофаллопротезирование (ЭФ) с использованием одно- или трехкомпонентного фаллопротеза. Перипротезную инфекцию в раннем после операции наблюдали у 2 (2,4%) пациентов. Им, впоследствии, выполнили повторное ЭФ. Все пациенты после ЭФ сообщили о высоком уровне психосексуальной удовлетворенности.
Заключение: Оценка исходной эректильной функции до РПЭ - важный прогностический фактор, определяющий ее восстановление в отдаленном периоде. При неэффективности консервативной терапии, ЭФ - оптимальный метод лечения ЭД, способствующий сексуальной и социальной реабилитации мужчины, повышению качества его жизни.

Склеротерапия венозной мальформации спонгиозного тела уретры.

Жуков О.Б.[1], Рудин Ю.Э[1].Романов Д.В.[2]
Бабушкина Е.В[3]

[1]НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
[2] ГБУЗ «ДГКБ Святого Владимира ДЗМ»
[3]. ГБУЗ ДГП N7 ДЗМ

Введение. Венозная мальформация в области головки полового члена является редкой патологией и представляет не только косметические проблемы, но и функциональные нарушения копулятивного цикла мужчины. А также возможны ее клинические проявления в виде уретроррагии. Выбор лечения до сих пор остается спорным.
Материалы и методы: с 2014-2017 у трёх пациентов 2, 15 и 20 лет с жалобами на косметическую проблему была выявлена венозная мальформация в области головки полового члена, протекающая бессимптомно, но с тенденцией к увеличению с возрастом. Выполненное обследование: УЗИ полового члена, органов мошонки с допплерографией и МРТ органов малого таза, кавернозография. Метод лечения - чрезкожное склерозирование венозной мальформации раствором Bleomicin(концентрация 15 мг в 5 мл физиологического раствора, объем введения препарата составил от 2 до 5 мл на инъекцию), с последующей катетеризацией и наложением давящей повязки на область головки полового члена на 3 дня.
Результаты: У всех пациентов отмечено покраснение и незначительный отек в области склерозирования без болевой симптоматики, некроза тканей в области склерозирования и других осложнений. Оценка результативности проводилась через 3, 6 и 12 месяцев и по прошествии 12 месяцев у детей элементов венозной мальформации не было выявлено, у пациента 20 лет по данным УЗИ - уменьшение венозной мальформации на 60%.
Выводы: Мы считаем, что склерозирование раствором Bleomicin - метод выбора в лечении венозных мальформаций области головки полового члена у детей и взрослых с хорошей переносимостью, безопасностью и эффективностью.

Клинико-диагностический алгоритм у больных с рецедивирующим варикоцеле.

О.Б. Жуков, В.А. Уколов,В.В. Евдокимов,
В.М. Сниткин, Е.В. Бабушкина

Введение. Рецидивирующее варикоцеле зачастую является проявлением синдрома Мэя – Тернера. В этом случае илеоспермати́ческий тип варикоцеле обусловлен сдавлением левой общей подвздошной вены правой общей подвздошной артерией.
Материалы и методы. С сентября 2015 по декабрь 2016 г. обследованы 164 мужчины с подозрением на варикоцеле (средний составил 26,4±4,4 года), из них у 6 ранее оперированных больных (2,7%) диагноз синдром Мэя – Тернера подтвержден. Клинико-урологическое обследование включало: оценку жалоб по шкале МИЭФ-5, осмотр с применением компрессионных проб, исследования уровня половых гормонов и спермограммы, УЗДГ органов мошонки, подвздошных сосудов, аорто-мезентериального сегмента, безконтрастную МР-флебографию нижней полой вены, прямая флебоилиакография, флеботонометрию.
Результаты. При обследовании по данным МИЭФ-5 суммарный бал у больных с синдромом Мэй—Тернера составил 19,3 ±5,4(8-21баллов). По данным спермограммы определяется астенозооспермия и тератозооспермия. При УЗДГ подвздошных вен выявлено престенотическое рас-

ширение левой общей подвздошной вены с её сужением в месте компрессии и ассиметрией кровотока от 8 до 21 см/с по сравнению с правой стороной. Устойчивый ретроградный кровоток до 8-16 см/с по венам гроздевидного сплетения. При МР – флебографии диагноз синдром May – Thurner был заподозрен у 6 больных, где выявлена асимметрия кровотока по подвздошным венам. При прямой флебографии диагноз подтвержден. При флеботонометрии у 4 больных градиент давление в левой общей подвздошной вены не превышал 6-мм рт.ст, у 2 – х он составил 8-10 мм рт ст., что соответствовало легкой умеренной степени флебогипертензии и коррелировало с данными триплексного исследования подзвдошных вен.
Выводы. Таким образом, применение комплексного лучевого алгоритма позволяет выявить различные стадии флебогипертензии в бассейне левой общей подвздощной вены и определяет тактику рентгеноэндоваскулярного лечения больных с синдромом Мэй-Тернера

Плоскопанельная компьютерная томография (Cone-beam CT) в предоперационной диагностике нарушений вено-окклюзивного механизма при эректильной дисфункции.

В.Н. Журавлев, О.С. Коган, Д.В. Романенко, И.В. Кочмашев

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет.
ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»
г. Екатеринбург

Цель. Показать диагностические приемущества плоскопанельной КТ – кавернозографии при обследовании пациентов с васкулогенной ЭД. При исследовании трехмерных структур возможности традиционной флюроскопии и субтракционной ангиографии ограничены. С началом использования плоскодетекторных ангиографических систем появилась возможность выполнения ротационной ангиографии с последующей трехмерной реконструкцией. Это позволяет при малом объеме контраста получать трехмерную реконструкцию исследуемого сосудистого бассейна пригодную для диагностической оценки, выбора оптимальной проекции для последующего вмешательства. Ультразвуковая допплерография полового члена является стандартом в диагностике нарушений вено-окклюзивного механизма при эректильной дисфункции. Однако, данный метод не предоставляет данных о количестве, точной локализации патологических венозных сбросов и анатомии вен таза. В сравнении с приведенными методиками плоскопанельная компьютерная томография обладает рядом преимуществ:- более низкая доза; - более высокое пространственное разрешение; - доступность в операционной; - более низкая стоимость исследования; - отсутствие артефактов от металлических предметов (эмболизационные спирали, эндоваскулярный инструмент).
Материал и методы. Для диагностики мы использовали аниографический комплекс GE Innova 3100 с рабочей станцией AW VolumeShare 2. Выполнялась кавернозография с интракавернозным введением вазоактивного препарата 43 пациентам и, после достижения эрекции, вводилось 20 мл не ионного контрастного вещества. Выполнялась ротационная ангиография с вращением С-дуги аппарата в аксиальной плоскости от LAO 104 до RAO 104 со скоростью 40 град/сек. На трехмерной реконструкции и томографических срезах выявлялась точная локализация венозных сбросов и оценивалась анатомия вен и сплетений таза. Полученные данные позволяли выбрать оптимальный доступ для последующей процедуры эмболизации патологических венозных сбросов. Для оценки чувствительности и специфичности плоскопанельной компьютерной томографии у нескольких пациентов была выполнена и КТ-кавернозография. При сравнении преимуществ КТ не выявлено.
Следовательно применение данного метода позволило сократить количество, вводимого во время вмешательства контрастного вещества, сократить общее и лучевое время. Последнее важно так как рабочее поле находится в непосредственной близости к половым органам. Плоскопанельная компьютерная томография также может использоваться и для контроля эффективности выполненной процедуры.

Информативность классификации upoint у больных хроническим рецидивирующим простатитом

Кадыров З.А., Крячко А.А., Алиев З.О., Фаниев М.В.

РУДН
г. Москва

Актуальность. Среди многочисленных классификаций простатита общепринятой является предложенная Национальным институтом здоровья США (1995), о чем писали многие отечественные и зарубежные авторы. Данная классификация оценивает характер воспалительного процесса в самой предстательной железе. Однако, у больных хроническим простатитом с частными обострениями и длительным течением нарду с местной симптоматикой в клинической картине нередко зафиксировано скелетно-мышечные, психоневрологические, сексуальные и неврологические/системные симптомы.
Цель. Учитывая наличие множества симптомов хронического рецидивирующего простатита использовали систему UPOINT (Urinary - Мочевой, Psychosocial - Психологический, Organ specific - Органоспецифический, Infection - Инфекция, Neurologic/systemic – Неврологический/системный и Tenderness of skeletal muscle – Состояние скелетной мускулатуры - МПОИНС), которая позволяет индивидуально подходить к диагностике и специфическому лечению этих больных.

Материалы и методы. В настоящей работе проанализированы результаты обследования и лечения хронического простатита (ХП) 55 пациентов, состоящих на учете у уролога с диагнозом хронический простатит. Длительность заболевания более 3 лет. Пациенты проходили комплексное обследование при отсутствии обострения простатита. Учитывая длительность течения заболевания с неоднократными обострениями, а также наличие общесоматических, психоневрологических, органоспецифических и общих симптомов использовали классификацию UPOINT (МПОИНС).
Результаты. Все больные хроническим простатитом указали на боли различнной интенсивности в заднем проходе и дискомфорт. Кроме того, у 16 (29,1%) пациентов отмечались зуд, жжение и периодически силизистые выделения из прямой кишки. Относительно пальпаторных данных предстательной железы у пациентов ХП выявлено следующее: дисфункция анального жома зафиксирована у 22 (40%), увеличение размеров простаты у 34 (61,8%) и уменьшение - у 9 (16,4%). Локальная болезненность обнаружена у 34 (61,8%), а общая болезненность у 21 (38,2%). Изменение консистенции ПЖ зафиксировано у всех пациентов ХП и участки уплотнения у 50 (90,9%).
Результаты микроскопии секрета ПЖ подтвердили наличие лейкоцитов у 45 (81,8%) пациентов ХП, уменьшение количества лецитиновых зерен - у 45 (81,8%) и микробную флору – у 15 (27,3%). Микробную флору по результатам посева мочи выявлены у 45 пациентов (81,8%) – ХП.
Результаты обследования больных согласно классификации UPOINT (МПОИНС), подтвердили), что у больных ХП наряду с характерными (мочевой, органоспецифический) и нехарактерными симтомами у 33 (60%) обнаружены психоневрологические симптомы, у 45 (77,8%) – инфекция в предстательной железе, у 33 (60%) - неврологические/системные признаки и у 10 (18,2%) – скелетно-мышечные симптомы.
Заключение. Анализ показывает высокий процент общесоматических, психоневрологических, сексуальных и общих симптомов, которые указывают на страдания этих пациентов в течение длительного периода и требует обязательного участия смежных специалистов (психологов, психоневрологов и др.) в лечении этих больных.

Лечение эректильной дисфункции у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы и снмп

Калинина С.Н., Фесенко В.Н., Бурлака О.О., Александров М.С.

Кафедра урологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова г. Санкт-Петербург

Введение. Распространенность ЭД в группе мужчин 40-70 лет достигает 52%. ДГПЖ- распространенное, прогрессирующее заболевание и значительно снижает качество жизни больных. Увеличение простаты сопровождается дисфункцией нижних отделов мочевыводящих путей и сексуальными расстройствами. Отмечен положительный эффект при лечении этих состояний ингибиторами ФДЭ-5 зарубежного производства, но на Российском рынке появились отечественные лекарственные средства силденафил-СЗ и натуральный биокомплекс БАД эректогенон, которые могут помочь пациентам с ЭД и СНМП при ДГПЖ и заменить столь дорогие зарубежные препараты.
Цель работы - оценить клиническую эффективность и безопасность препаратов в лечении ЭД у больных ДГПЖ и СНМП ингибиторами ФДЭ- 5 силденафил-СЗ и БАД эректогенон.
Материалы и методы. Обследованы 75 больных в возрасте от 50 до 70 и более лет (средний возраст - 60 лет). Больные жаловались на снижение качества эрекции, снижение либидо, периодическую ноктурию. Длительность ЭД колебалась от 3 месяцев до 5 лет. У всех больных исключены: ЗППП, острые воспалительные заболевания половых органов и нижних мочевых путей, сахарный диабет, рак предстательной железы, камни мочевого пузыря, оперативные вмешательства на органах мочеполовой системы, декомпенсированные заболевания, прием нитратов, повышение ПСА более 4 нг/мл. Обследование включало: анкетирование по шкалам МИЭФ, IPSS, УЗДГ полового члена, простаты, ТРУЗИ ПЖ, урофлоуметрию, микроскопию секрета ПЖ, исследование половых и гонадотропных гормонов крови. Эффективность и безопасность лечения оценивали через 4 нед и через 12 нед после прекращения лечения. Пациенты были разделены на 3 группы по степени тяжести ЭД. В 1(основную) группу вошли 34(45,3%) больных с ЭД умеренной степени (МИЭФ 11-15 баллов), получавшие комбинированную терапию препаратом силденафил-СЗ (25 мг в сутки ежедневно) и БАД эректогенон по 1табл 1 раз в день в течение 4 недель. Во 2 группу сравнения вошли- 21(28%) больной с легкой степенью ЭД (МИЭФ 16-20 баллов), получавшие только силденафил-СЗ 25 мг ежедневно 1раз в день такой же длительностью. В 3 группу сравнения вошли 20 (26,6%) больных также с легкой степенью ЭД, получавшие только БАД эректогенон по 1табл. 1 раз в день до 4 недель. Нами не выявлено ни одного больного с тяжелой степенью ЭД (МИЭФ ниже 10 баллов). У больных всех 3 групп уровень половых и гонадотропных гормонов находился в пределах возрастной нормы, а уровень ПСА был ниже 3 нг/мл. При микроскопии секрета ПЖ у всех пациентов содержание лейкоцитов было в пределах нормы, а содержание лецитиновых зерен уменьшено.
Результаты. До лечения у больных всех 3-х групп МИЭФ не достигала 21балла. До лечения у 68 (90,7%) больных всех групп были снижены адекватные и спонтанные эрекции, у 7(9,3%) - снижение либидо, у 13 (17,3%) – преждевременная эякуляция чаще наблюдалась у больных в возрасте 50-55 лет. Через 4 нед после лечения повышение МИЭФ на 5 баллов отмечено в 1 гр. с 15,2±5,3 до 20,5±4,9 балла. Во 2 гр. МИЭФ увеличивался на 2 балла

с 18,0±5,2 до 20,1±4,8 балла, в 3 гр- на 1 балл с 19,1±5,3 до 19,8±4,8 балла. В динамике в 1 гр. через 12 нед после прекращения лечения МИЭФ достиг нормальных значений- 22,2±3,9, во 2 гр. - 21,8±4,3 балла, а в 3 гр. – 21,0±4,7 балла ($p<0,05$). При УЗДГ полового члена, простаты до лечения во всех группах определялось снижение (V_{max}) в них кровотока, после лечения увеличение (V_{max}) в 4 раза отмечено в 1гр. с 6,5±3,8 до 24,8±8,6 см/с, в 2 и 3 группах медленней. Динамика по I-PSS: в 1гр. исходно в среднем был 7,1±2,8 балла, через 12 нед снизилась на 3 балла до 2,1±0,9, во 2 и 3 группах исходно- 6,5±3,0; 3 группе - 6,2±3,1 балла, через 12 нед - до 5,8±2,6. 5,0±2,7 балла соответственно. Качество жизни в динамике у больных 1 гр. улучшалось быстрее, чем в сравнительных группах. По данным ТРУЗИ объем простаты до и после лечения был в среднем в пределах от 36,8±10,2 до 38,1±10,4 $см^3$. До лечения во всех группах определялась остаточная моча в пределах от 21 до 24 мл. Через 12 нед в 1 гр. она вообще не определялась, в сравнительных 2 и 3 группах уменьшение объема остаточной мочи было несколько медленней. Q_{max} до лечения в 3 группах была до 13-14 мл/с, после лечения увеличилась до 15 мл/с только в 1 и 2 группах. В результате обследования и лечения нами отмечен положительный клинический эффект в виде восстановление эректильной функции: у 29 (85,3%) больных 1 гр. после комбинированной терапии (силденафил-СЗ+БАД эректогенон), у 16 (76,2%) больных 2 гр. (силденафил-СЗ) и у 11(55%) больных 3 гр. (эректогенон). В данной работе показана роль дифференцированного подхода к лечению больных с ЭД при ДГПЖ и СНМП с учетом степени тяжести ЭД. Компоненты БАД эректогенон обладая синергизмом пролонгировали эффективность проводимой комбинированной терапии.
Заключение. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности и хорошей переносимости, сочетаемости отечественного препарата силденафил-СЗ и отечественного биокомплекса БАД эректогенон в комбинированной терапии больных с умеренной степенью ЭД при ДГПЖ, умеренных снижениях уродинамических симптомов и позволяют рекомендовать данный способ лечения ЭД. При ЭД легкой степени можно рекомендовать монотерапию силденафил- СЗ или монотерапию БАД эректогенон, последняя может быть применена в комплексной или первичной терапии, а также с профилактической целью 3 раза в год для улучшения эндотелиальной функции.

Эффективность препарата афалаза в патогенетическом лечении синдрома хронической тазовой боли у мужчин

Калинина С.Н., Фесенко В.Н., Выдрин П.С.

Кафедра урологии ФГБОУ ВО СЗГМУ
им. И. И. Мечникова
г.Санкт-Петербург

Введение. По определению EAU, 2016 года синдром хронической тазовой боли (СХТБ) -эта хроническая или повторяющаяся боль в структурах, локализованных в области таза, как мужчин, так и женщин в течение 6 месяцев. Зачастую эта боль связана с отрицательными когнитивными, поведенческими, сексуальными и эмоциональными проявлениями, а также ассоциирована с СНМП, сексуальной, кишечной и гинекологической дисфункцией. СХТБ является социально значимым заболеванием у мужчин репродуктивного возраста 25-50 лет, который трудно диагностируется и лечится.
Материалы и методы. Обследовано 35 мужчин в возрасте от 35 до 50 лет, предъявляющих жалобы на периодические боли в промежности, периодическую поллакиурию, снижение эрекции в течение 3 лет. У всех пациентов выявлен ХАП категории IIIB. До лечения у них исключены: уретрит, ИППП и другая условно-патогенная бактериальная флора. В секрете ПЖ отмечено нормальное содержание лейкоцитов и уменьшение лецитиновых зерен. Уровень гонадотропных гормонов у всех больных находился в пределах нормы, однако уровень тестостерона был на нижней границы нормы, а ПСА ниже 2,0 нг/мл. При пальцевом ректальном исследовании ПЖ была умеренно болезненна, плотноватой консистенции с участками рубцевания, в объеме до 28 $см^3$. По ТРУЗИ с допплерографией ПЖ была диффузно неоднородной с гиперэхогенными участками, несколько уменьшена в размерах и сниженным кровотоком в субкапсулярных и парауретральных артериях. У части пациентов определялась до 10-15 мл остаточной мочи. Максимальная скорость мочеиспускания была ниже 14 мл/с. Индекс IPSS у всех пациентов до лечения в среднем составлял 8,2 балла, индекс NIN-CPSI -10,4; МИЭФ был ниже 21 балла. В 1 (основную) группу вошли 20 пациентов, получавших афалазу (афинно очищенные АТ к ПСА и оксид азота синтазе) по 2 табл. 4 раза в день в сочетании с тестогеноном по 1 табл. 1 раз в день в течение 12 недель. Вторую (контрольную) группу составили 15 пациентов, которые получали только афалазу в такой же дозе и такой же продолжительности.
Результаты. После лечения выраженный клинический эффект отмечен у 91% пациентов 1 группы, получавших комбинированное лечение (афалаза+тестогенон) (отсутствие остаточной мочи, нормализация максимальной скорости мочеиспускания, уменьшение баллов по шкалам IPSS, NIH-CPSI в среднем до 2,1 и 2,8 баллов соответственно, увеличение МИЭФ до 24,2 баллов, исчезновение промежностных болей, появление нормальной зернистости и эхоструктуры ПЖ, улучшение кровотока в ее сосудах, восстановление уровня тестостерона). Во 2 группе у 65% больных не принимавших тестогенон уровень тестостерона оставался на нижней границе нормы. Ни у одного пациента 1и 2 групп не отмечено побочных эффектов при приеме афалазы и тестогенона.
Заключение. Таким образом, комбинированная терапия препаратом афалазы с одновременным приемом тестогенона более значимо воздействует на все звенья патогенеза синдрома хро-

нической тазовой боли, СНМП, ЭД, нормализует функциональное состояние ПЖ, уменьшая пролиферативные участки в ней и восстанавливает гормональный уровень тестостерона. Эффективность препарата возрастает при ежедневном курсовом приеме (не менее 2 раз в год), что значительно снижает симптомы хронической тазовой боли, снижает риск повреждения структуры клеточной стенки эпителиальных клеток ПЖ, улучшает показатели сексуального здоровья пациентов. Афалазу необходимо назначать в комплексном лечении и для профилактики заболеваний предстательной железы в любом возрасте у больных с умеренными СНМП и сексуальными нарушениями.

Синдром венозного полнокровия органов малого таза при варикоцеле

А.А. Капто, И.В. Виноградов

Кафедра клинической андрологии факультета повышения квалификации медицинских работников медицинского института РУДН
г. Москва.

Введение. Целью настоящего исследования являлось изучение клинических проявлений венозного полнокровия органов малого таза при варикоцеле.
Материалы и методы исследования. Был обследован 461 и из них прооперирован 311 пациент с варикоцеле. Оперативное лечение осуществлялось через субингвинальный доступ по Marmar J.L. et al. (1985) и через трансскротальный доступ по линии Веслинга (Капто А.А., 2016).
Результаты исследования. Возраст больных был 16-87 лет (в ср 40,2). Боли в области малого таза отмечалась в 45%, дизурия в 37%, эректильную дисфункцию (ЭД) в 42% случаев. В 12% жалобы отсутствовали. Патоспермия была выявлена в 59%, пиоспермия – в 70% случаев. По данным ТРУЗИ во всех случаях отмечалось ипсилатеральное расширение вен парапростатического сплетения на стороне варикоцеле. В послеоперационном периоде (ПО) у большинства к 4 месяцу отмечалось уменьшение диаметра вен простаты, исчезновение тазовой симптоматики и пиоспермии без терапии простатита. У 7 был отмечен рецидив варикоцеле. При МРТ и флебографии у всех был выявлен May-Thurner syndrome. Одному пациенту была выполнена рентгенэндоваскулярная ангиопластика и стентирование левой общей подвздошной вены - боли внизу живота и ЭД исчезли.
Обсуждение. Оценка состояния вен предстательной железы у пациентов с варикоцеле не проводится. Тазовая симптоматика не являются показаниями к оперативному лечению варикоцеле.
Заключение. Синдром венозного полнокровия органов малого таза при варикоцеле имеет 3 основных клинических формы: 1) болевую, 2) дизурическую, 3) ЭД. Исчезновение тазовой симптоматики ПО может лечь в основу пересмотра показаний к оперативному лечению варикоцеле. Показания к традиционному хирургическому лечению варикоцеле у пациентов с May-Thurner syndrome нуждаются в пересмотре ввиду его неэффективности.

May-Thurner syndrome и варикоцеле.

Капто А.А., Виноградов И.В.

РУДН
г. Москва

Введение. Bomalaski M.D. et al. в 1993 году описали необычный случай выявления варикоцеле у молодого человека вследствие синдрома компрессии левой общей подвздошной вены. Варикоцеле было вызвано венозными коллатералями и было устойчиво к хирургической высокой перевязке яичковой вены.
Материалы и методы исследования. С 2008 по 2017 год было обследован и прооперирован 311 пациент с варикоцеле. Оперативное лечение осуществлялось через субингвинальный доступ по Marmar J.L. et al. (1985) и через трансскротальный доступ по линии Веслинга (Капто А.А., 2016).
Результаты исследования. Возраст больных был 16-87 лет (в ср 40,2). Диагноз варикоцеле был верифицирован по данным скротальной допплерэхографии. В послеоперационном периоде у 7 пациентов было отмечено развитие рецидивного левостороннего и правостороннего варикоцеле после левосторонней варикоцельэктомии. При проведении магнитно-резонансного исследования нижней полой вены и сосудов малого таза а также флебографии почечных и подвздошных сосудов у всех был выявлен May-Thurner syndrome. Одному пациенту была выполнена рентгенэндоваскулярная ангиопластика и стентирование левой общей подвздошной и левой наружной подвздошных вен с положительным эффектом – постоянные боли внизу живота исчезли, утренние и адекватные эрекции восстановились.
Обсуждение May-Thurner syndrome как причина илеофеморальных тромбозов и хронического болевого синдрома хорошо изучен в хирургической и гинекологической практике. Данные о его роли в развитии урологических проблем у мужчин в научной медицинской литературе практически отсутствуют.
Заключение. (выводы)May-Thurner syndrome может быть причиной рецидивного варикоцеле. Показания к традиционному хирургическому лечению варикоцеле у пациентов с May-Thurner syndrome нуждаются в пересмотре ввиду его неэффективности.

Эректильная дисфункция сквозь призму синдрома обструктивного апноэ сна

Кильбергер К.А., Бабаев С.Ю., Козаренко Е.А., Новожилов А.А., Сорокин А.В., Абубакиров Т.Э., Строганов А.Б.

ГБОУ ВО НижГМА Минздрава России
ФГУЗ «ПОМЦ ФМБА России»

Полноценная сексуальная жизнь - важная составляющая здоровья мужчины, независимо от возраста. Причины возникновения эректильной дисфункции принято делить на органические и функциональные, причем доля органических причин более значительна и составляет 85% случаев. Одной из основных причин эректильной дисфункции является метаболический синдром. В 70% случаев этому синдрому сопутствует синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). В исследовании в США, проведенном на 9714 пациентах, была обнаружена взаимосвязь между большим депрессивным расстройством и нарушением дыхания во сне. Существует большая недооценка роли СОАС в развитии эректильной дисфункции. Доказано, что при тяжелой степени СОАС наблюдается нарушение паттерна ночных спонтанных эпизодов эрекции, что является предиктором развития эректильной дисфункции. У таких пациентов риск возникновения эректильной дисфункции в 4-8 раз выше, чем у пациентов с СОАС легкой степени. Уменьшение ригидности и удлинение эпизодов тумесценсии демонстрируют у мужчин признаки начинающейся эректильной дисфункции. К тому же по данным литературы около 42% пациентов с СОАС имеют низкий уровень тестостерона. Кроме того, острая и хроническая гипоксия, сопровождающая СОАС, оказывает повреждающее действие на сосуды, способствуя появлению эндотелиальной дисфункции и ускорению развития атеросклероза. По этой причине начинает страдать кровоток в артериях, кровоснабжающих половые органы, что проявляется не только отсутствием ночной эрекции, но и снижением потенции во время бодрствования.
Таким образом, существует большая взаимосвязь возникновения эректильной дисфункции у мужчин и синдромом обструктивного апноэ сна. Врачу урологу следует интересоваться у пациентов с эректильной дисфункцией о наличии храпа и эпизодов остановки дыхания во сне.

Взаимосвязаны ли эректильная функция и размеры полового члена при СД 2 типа.

М.И. Коган, И.И. Белоусов, И.А. Хрипун, С.В. Воробьёв

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
г. Ростов-на-Дону

Введение. Эректильной дисфункции (ЭД) подвержены 50 - 75% пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) вследствие диабетической нейроангиопатии. В то же время детализация механизмов нарушения эрекции при СД2 представляется актуальной.
Материалы. Исследованы 104 пациента с СД2 в возрасте 53 [49; 58] лет и длительностью течения СД 6 [2; 9] лет. Эректильная функция оценена анкетой МИЭФ-5. Измерены длина полового члена (ДПЧ) в покое и при тракции (ДВПЧ). Эластичность пениса оценена по разности “ДВПЧ - ДПЧ”. Сравнение показателей произведено с таковыми у здоровых мужчин РФ. Рандомизация на две группы по ДВПЧ: 1 гр - ≤ 10 см, 2 гр - > 10 см. Изучены размеры комплекса «интима-медиа» сонных артерий (КИМ), количество случаев патологических проб на эндотелий-зависимую вазодилятацию (П-ЭЗВД), уровни NO и NOS3 сыворотки крови.
Результаты. 76,9% пациентов СД2 имели ЭД 16 [11; 19] баллов. 19,2% пациентов сексуально неактивны. ДПЧ и ДВПЧ при СД 2 достоверно короче на 16,7% и 24,2% соответственно, чем у здоровых. Короткие пенисы менее эластичны, чем пенисы пациентов 2 группы на 25%. Кол-во пациентов с ЭД в группах сравнимо, однако ЭД тяжелой степени и полному отсутствию эрекции подвержены 53,7% в 1 гр. против 38,4% во 2 гр. Отмечена корреляция (0,333) между ЭД и размерами пениса в 1 гр и существенное снижение силы этой связи (0,062) во 2 гр. Пациенты 1 гр имели на 31,1% больше случаев утолщения КИМ и на 9% больше П-ЭЗВД при снижении уровней NO и NOS3 на 6,4 и 5,9% соответственно в сравнении с таковыми во 2 гр.
Выводы. Частота ЭД при СД2 не имеет достоверной связи с длиной пениса, эластичность связана с тяжестью течения ЭД: укорочение пениса определяет преимущественно тяжелую и значительную степень ЭД. Количество сексуально неактивных пациентов при СД2 возрастает на 18,8% при снижении эластичности полового члена. При укорочении пениса демонстрируется худшая системная защита эндотелия сосудов. Совокупность количественного и качественного снижения уровней NO и NOS3 сыворотки крови у этих пациентов демонстрирует худшую системную защиту эндотелия сосудов. Полученные результаты демонстрируют механизмы ЭД мужчин при СД2.

Роль эндоваскулярных методов устранения венозного возврата в лечении эректильной дисфункции.

Коган О.С., Романенко Д.В. , Кочмашев И.В. Истокский К.Н., Баженов И.В.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет.
ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»
г. Екатеринбург

Цель: Оценить эффективность метода эмболизации дорзальной вены полового члена и вен тазового сплетения в устранении веноокклюзионной

недостаточности. Выявить преимущества методики перед хирургическими методами, а именно, спонгиолизом..

Материал и методы. Нами была определена группа пациентов из 50 человек в возрасте от 22 до 44 лет с эректильной дисфункцией, вызванной недостаточностью веноокклюзионного механизма. Данное заболевание подтверждено фармдоплерографией и селективной флебографией вен таза, а также применялась шкала-опросник МИЭФ 5. При обследовании данных пациентов нами была разработана и применена оригинальная методика – плоскопанельная компьютерная томография вен таза, позволяющая дифференцировать приемущественный сброс в системе глубоких вен таза либо по дорзальной вене полового члена. По данным доплерографии скорость венозного возврата после введения вазоактивного препарата (простогландин Е2 альфа в дозе 20 мкг интракавернозно) составила от 27 до 45 мл в минуту. Критерием исключения из данной группы была скорость артериального кровотока после фармакологической стимуляции ниже 25–ти см\сек, что расценивалось как артериальная недостаточность.

Все пациенты данной группы имеют постоянного полового партнера и принимали блокаторы фосфодиэстеразы 5 –го типа. Суммарный балл шкалы МИЭФ 5 не превышал 14 баллов несмотря на прием блокаторов ФДЭ 5. Перед операцией пациентам выполняется УЗИ сердца с целью исключения право-левых сбросов (ДМПП, ДМЖП) и функционирующего овального окна. Доступ производится через яремную, бедренную вену, или глубокую дорзальную вену полового члена. Выполняется селективная флебография с целью верификации положения катетера и особенностей венозной анатомии. Возможно выполнение кавернозографии для уточнения источника венозного сброса и его селективной катетеризации. Катетер устанавливается как можно дистальнее – ближе к устью вен. Эмболизация выполняется 3% этоксисклеролом. Для этого готовится смесь препарата с воздухом в соотношении 1:4. Ангиографическими критериями успеха являются: замедление сбросов, явления стаза и ангиографические признаки повреждения эндотелия вен. При необходимости процедура может быть выполнена билатерально. Варианты доступа в этой группе распределились следующим образом: внутренняя яремная вена – у 6 пациентов, билатеральный илиофеморальный доступ – у 3 пациентов, и у 41-го пациента через глубокую дорзальныую вену полового члена.

В раннем послеоперационном периоде пациенты жалоб не предъявляли. У 25-ти человек в первые сутки были отмечены интенсивные спонтанные эрекции. Период наблюдения за пациентами составил 18 месяцев.

У 36-и человек достигнута полная сексуальная реабилитация. По данным доплерографии, скорость венозного возврата от 2-х до 12 мл в минуту, суммарный балл по шкале МИЭФ 5 от 23 баллов и выше (скрининг 18 месяцев).

Восемь пациенов достигают вышеперечисленных результатов путем приема блокаторов ФДЭ 5, что также можно расценить как положительный результат. Шести пациентам в связи с отсутствием эффекта (VOD связана с приемуществкнным оттоком через спонгиозное тело уретры) выполнен спонгиолиз.

Таким образом, эмболизация дорзальной вены полового члена и вен тазового сплетения имеет неоспоримые преимущества перед традиционной операцией спонгиолиза и лигированием вен полового члена, ввиду своей малой инвазивности и возможности блокировать коммуниканты, а также глубокие вены таза. Данная методика является перспективной в лечении эректильной дисфункции при нарушении веноокклюзионного механизма.

Содержание оксигенации и газов в кавернозной крови после вакуум индуцированной эрекции (ВИЭ) как фактора восстановления эректильной функции (ЭФ) после радикальной простатэктомии (РПЭ).

Котов С.В.[1,2], Осадчинский А.Е.[2]

[1] Кафедра урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова
г. Москва
[2]ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова
г. Москва.

Введение. В настоящее время у большинства врачей, занимающихся пенильной реабилитацией (ПР) после РПЭ, первым видом профилактики эректильной дисфункции, остается монотерапия препаратами группы ингибиторов фосфодиастеразы 5 типа (ФДЭ-5). Роль применения вакуума в ПР до конца не ясна, из-за отсутствия данных о газовом составе (ГС) крови в момент ВИЭ.

Цель работы. Оценка показателей ГС и оксигенации (SO2) крови во время ВИЭ и сравнение их с результатами фармакодопплерографии (ФДГ) и суммой баллов домена ЭФ МИЭФ-15.

Материалы и методы. У 15 пациентов перед проведением НС-РПЭ, сразу после достижения ВИЭ выполнялся забор крови из кавернозных тел. Для определения ГС, мы измеряли парциальное напряжение кислорода (pO2), углекислого газа (pCO2), а также (SO2). Для контроля использовались показатели кислотно-щелочного состояния венозной и артериальной крови пациента из лучевой артерии и вены, забор которых выполнялся одномоментно. Всем пациентам проводилась предоперационная комплексная оценка ЭФ: анкетирование по шкале МИЕФ и оценка Vmax, Ved, IR с помощью ФДГ.

Результаты. В зависимости от ГС кавернозной крови после ВТ, пациенты были распределены на три группы. В группу I вошли - 4 пациента (26,6%) с преобладанием артериальной крови, в группу II – 4 пациента (26,6%) с венозной кровью и в группу III – 7 пациентов (46,6%) со смешанной, соответственно ($p<0,05$). При сравнении во всех трех груп-

пах среднего числа суммы баллов МИЭФ, оно составило - 23,5; 20,7 и 20,2 соответственно. Во всех группах при сравнении pO2 (мм.рт.ст)- 87,4; 55 и 71,2; при сравнении pCO2 (мм.рт.ст) - 35,1; 48 и 41; SO2(%) - 96,2; 86,3 и 93,9 соответственно (p<0,05). При сравнении результатов ФДГ во всех группах среднее значение Vmax (см/с) составило - 40,1; 43,2 и 38,2 Ved (см/с) – 0,5; 8,3 и 8,7 IR- 0,9; 0,8 и 0,7, соответственно (p<0,05).

Выводы. У пациентов с преобладанием артериальной крови в кавернозных телах после ВТ, значения МИЭФ и ФДГ отличались более высокими показателями. Согласно показателям pO2 и pCO2 кавернозная кровь после ВИЭ во II и III группах состояла из венозного и смешанного типов, где SO2 составила 86,3% и 93,9% соответственно, что соответствует высокому уровню насыщения кислородом и является важным фактором в предотвращении синтеза коллагена и фиброза и тем самым может использоваться в ПР у пациентов после РПЭ.

Коэффициент тумисценции как истинный критерий эффективности определения пенильных размеров при различных вариантах реабилитации у пациентов после радикальной простатэктомии (РПЭ).

Котов С.В.[1,2], Осадчинский А.Е.[2]

[1] Кафедра урологии и андрологии
РНИМУ им. Н.И. Пирогова.
г. Москва
[2]ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова
г. Москва

Введение. Многие пациенты после РПЭ отмечают потерю пенильных показателей, особенно у которых эректильная функция (ЭФ) не восстановилась. Это осложнение влияет на качество жизни пациентов. Определение наружных показателей имеет высокий процент погрешности, который зависит от ряда условий.

Цель работы: сравнение показателей коэффициента тумисценции (КТ) с результатами наружных размеров (НР) полового члена на разных сроках послеоперационного периода при различных вариантах пенильной реабилитации (ПР).

Материалы и методы. Результаты удалось оценить ретроспективно у 70 пациентов, которым была выполнена НС-РПЭ в клинике урологии ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова. Всем пациентам проводилась оценка пенильных размеров с помощью определения КТ, НР длины и окружности тела полового члена в состоянии покоя (СП) и тумисценции (СТ). КТ определяли из отношения площади кавернозных тел в СТ к площади кавернозных тел в СП с помощью фармакодопплерографии. Контрольное обследование проводилось перед и на 3-й и 12-й месяц после операции.

Результаты. В зависимости от вида ПР, пациенты были разделены на 3 группы: группа I - пациенты без ПР после НС-РПЭ, группа II – пациенты получавшие и-ФДЭ5, III группа – пациенты после проведения вакуум профилактики (ВП). В группе I на 3-й и 12-й мес. длина (мм) и окружность тела (мм) полового члена в СП, в СТ составили: 90,3; 88,6; 105,1; 103,2 и 87; 87,3; 115,3; 100,1 (p>0,05). В группе II: 92; 90,1; 110,1; 115,3 и 94,4; 91,9; 123,2; 117,2, соответственно (p>0,05). В группе III: 91,5; 89,3; 122,4; 108,7 и 95,1; 91,2 и 134,3; 110,6, соответственно (p>0,05). КТ в группе I на 3-й и 12-й мес. составили: 2,78 и 3,03 (p<0,05). В группе II: 2,73 и 3,04, соответственно (p<0,05). В группе III: 2,90 и 3,43, соответственно (p<0,05).

Выводы. При измерении наружных размеров, таких как длина и окружность во всех группах пациентов, были получены противоречивые результаты, что свидетельствует о недостоверности данного метода. Определение КТ показало более точные результаты определения изменений пенильных показателей на всех сроках наблюдения.

Варианты восстановления эректильной функции (ЭФ) после радикальной нервосберегающей простатэктомии (НС-РПЭ).

Котов С.В.[1,2], Осадчинский А.Е.[2]

[1] Кафедра урологии и андрологии
РНИМУ им. Н.И. Пирогова.
г. Москва
[2]ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова
г. Москва

Введение. До сих пор не существует единого протокола восстановления ЭФ у пациентов после НС-РПЭ. Остается спорный вопрос, на какой срок и длительность после операции необходимо проводить пенильную реабилитацию (ПР).

Цель работы. Оценка и сравнение результатов ПР после вакуум профилактики (ВП), медикаментозной профилактики (МП) и-ФДЭ5, а также при комбинировании методов реабилитации (КР).

Материалы и методы. В период с 2012 по май 2017 год в клинике урологии ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова, 123 пациентам была выполнена РПЭ-НС по поводу РПЖ, результаты проследить удалось у 83 больных. Пациенты были разделены на 4 группы: группа I – 23 пациента (27,7%) без ПР после НС-РПЭ, группа II – 27 пациентов (32,5%) получавшие МП, используяи-ФДЭ5, III группа – 19 пациентов (22,8%) после проведения ВП и IV группа – 15 пациентов (18%) с использованием КР. Всем пациентам проводилась комплексная оценка ЭФ перед и на 3, 6 и 12-й мес. Полное восстановление определяли как проведение полового акта без или с применением и-ФДЭ5; частичное - восстановление спонтанных эрекций, но недостаточных для проведения полового акта; развитие ЭД - как полное отсутствие эрекций.

Результаты. ЭФ после операции на 3-й мес. в группе I составила: полное восстановление ЭФ было у 4%; частичное восстановление ЭФ – 60%; развитие ЭД – 36%; в группе II: 27%; 53% и 21%; в группе III: 21%; 74% и 5%; в группе IV: 60%; 40% и 0%, соответственно. На 6-й мес. в группе I: полное вос-

становление ЭФ было у 29%; частичное восстановление ЭФ – 42%, развитие ЭД – 29%; в группе II: 43%; 47%; 13%; в группе III: 40%; 60%; 0% и в группе IV: 86%; 14%; 0%, соответственно. На 12-й мес. в группе I: полное восстановление ЭФ было у 28%; частичное восстановление ЭФ – 48%, развитие ЭД – 24%; в группе II: 32%; 58%; 0%; в группе III: 75%; 25%; 0% и в группе IV: 100%; 0%; 0%, соответственно.

Выводы. Проведение комбинированной реабилитации (вакуум + МП) после НС-РПЭ на всех сроках наблюдения приводит к достоверно более быстрому и значимому восстановлению ЭФ, по сравнению с монореабилитацией. Дальнейшие исследования необходимы для разработки алгоритма выбора метода ПР (вакуум, медикаментозная и комбинированная) персонализировано для пациента после НС-РПЭ.

Микрохирургическая субингвинальная варикоцелэктомия (операция Мармара) – показания и результаты в современной практике.

Котов С.В.[1,2], Гуспанов Р.И.[1,2], Юсуфов А.Г.[1,2], Перов Р.А.[2], Пульбере С.А.[1,2], Хачатрян А.Л.[2], Бадаква Г.В.1, Лебедев Д.А.[1]

[1] Кафедра урологии и андрологии ЛФ РНИМУ им. Н.И. Пирогова г. Москва.
[2]ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова г. Москва.

Введение. Варикоцеле или расширение вен гроздьевидного сплетения семенного канатика – широко распространённое заболевание, которое прочно вошло в клиническую практику врачей-урологов около века назад. Изначально все процедуры, применяемые при данной патологии, были направлены на устранение болевого синдрома, однако спустя некоторое время, с 1952 года, основной задачей стало устранение мужской инфертильности, причиной которой являются изменения сперматогенеза, к которым и ведёт данное заболевание. В настоящее время показаниями для варикоцелэктомии является болевой синдром, изменения в спермограмме и бесплодный брак.

Цель. Изучить результаты МВЭ в зависимости от конкретных показаний к операции, частоту рецидивов и осложнений.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе 36-ого урологического отделения Городской клинической больницы №1 имени Н.И. Пирогова и основано на данных о 411 проведённых микрохирургических субингвинальных варикоцелэктомий с 2011 года по 2017 год. В настоящий момент необходимая информация полностью получена о 268 больных.

Результаты. Медиана возраста на момент операции составила 26 лет, минимальный возраст – 15 лет, максимальный – 56 лет. Наиболее часто встречающаяся степень варикоцеле – 2 (140 случаев, что составляет 52,24%), 3 (118 или 44,03%) и 1 (10 или 3,73%). Двустороннее варикоцеле было диагностировано у 57 больных (21,3%). Показаниями к операции явились следующие жалобы: болевой синдром - 136 (50,75%) больных, бесплодие – 77 (28,73%) больных, патологические изменения спермограммы – 196 (73,13%) больных, а также различные сочетания этих жалоб.

Осложнений потребовавших повторных оперативных вмешательсв зафиксировано не было, у 10 (3,7 %) пациентов развился рецидив варикоцеле. Болевой синдром прошёл или уменьшился у 120 (88,2%) больных. Улучшение анализов спермограммы наблюдается у 166 (62%) пациентов., у супруг 104 (39%) пациентов развилась беременность.

Выводы. Микрохирургическая варикоцелэктомия эффективна у пациентов не только с изменениями в спермограмме и с бесплодием, но и у пациентов с болевым синдромом связанным с варикоцеле. Операция Мармара продемонстрировала хорошие результаты с низким процентом осложнений и рецидивов.

Синдром «пустого турецкого седла» в этиопатогенезе эректильной дисфункции

Т.Г. Маркосян, Н.Б. Корчажкина

Кафедра восстановительной медицины, спортивной медицины, курортологии и физиотерапии ФМБА России г. Москва

Цель исследования. Улучшить результаты обследования и лечения больных дисгормональной формой эректильной дисфункции (ЭД).

Материал и методы. Изучены результаты обследования и лечения 74 пациентов с ЭД в возрасте 23 – 67 лет. Все пациенты ранее не оперированы на половых и мочевыводящих органах, не страдали эндокринными заболеваниями. Выраженность нарушений эректильной функции и признаки андрогенного дефицита оценены с помощью опросников AMS и шкалы Morley. Всем обследуемым выполнена эходопплерография полового члена, в сочетании с инракавернозными фармакологическими пробами, проведена оценка состояния гормонального статуса.

Результаты. У всех обследованных пациентов выявлены признаки снижения половых функций. При изучении гормонального статуса значимые изменения отмены в 27 наблюдениях: в 15 (20,3%) при нормальном уровне свободного и общего тестостерона, обнаружено повышение уровня пролактина, в 12 (16,2%) – пониженный уровень ЛГ. При эходопплерографии полового члена у всех пациентов имело место снижение индексов пульсации пенильных артерий. В связи с обнаруженными изменениями больные консультированы эндокринологом, при котором исключена патология щитовидной железы, надпочечников. В 22 (81,4%) наблюдениях из указанных 27, в ходе МРТ выявлена

картина формирующегося «пустого турецкого седла». В комплексной терапии пациентов ЭД с выявленными гормональными расстройствами назначена заместительная терапия в течение 6 мес, при выявлении гиперпролактинемии использованы агонисты допаминовых рецепторов в индивидуальной дозировке под контролем уровня пролактина. Во всех наблюдениях терапия оказалась эффективной, пациенты после лечения отметили увеличение частоты и длительности половых актов, однако после отмены лекарственных препаратов симптоматика заболевания рецидивировала.
Заключение. Таким образом, мы выявили весомое значение в патогенезе дисгормональной формы ЭД синдрома «пустого турецкого седла» при нормальном и даже повышенном уровне тестостерона. Лечение пациентов данной категории сводится к длительной гормонзаместительной терапии в индивидуальных дозировках. К сожалению, необходимо отметить кратковременность стабильного эффекта лечения больных данной категории, при отмене лекарственной терапии.

Регистрация и оценка вариации пенильного биоимпеданса в диагностике васкулогенной эректильной диагностики

Т. Г. Маркосян, С. В. Ревенко, И.С. Мудрая
г. Москва

Цель исследования: оценить параметры малых вариаций электрического сопротивления (биоимпеданса) полового члена в норме и при эректильной дисфункции (ЭД) сосудистого генеза.
Материал и методы. Обследовано 148 человек, из них 25 здоровых добровольцев, 123 пациента с ЭД в возрасте 18 - 78 лет. Исследование проведено с помощью оригинального, отечественного программно-аппаратного комплекса, регистрирующего изменения пенильного биоимпеданса, обусловленные пульсовыми колебаниями артериального давления, с последующим анализом с помощью преобразования Фурье длинных эпох.
Результаты. Анализ вариаций пенильного биоимпеданса на гармонических частотах сердцебиения обнаружил значимые отличия между здоровыми испытуемыми и пациентами с ЭД. В нормальном спектре пенильного биоимпеданса пики Мейера и дыхания на частоте 0,1 Гц (M и R1) заметно превосходят высоту сердечного пика, а первые 3-4 пульсовые гармоники представлены монотонно убывающим рядом. В отличие от стабильных 1–4 пульсовых гармоник, амплитуды гармоник ближнего резонанса могут изменяться в течение нескольких минут. У большинства (90,6%) пациентов с васкулогенной ЭД снижены начальные гармоники ближнего резонанса и при этом фиксируются стабильные в течение 6-минутной регистрации гармоники в области частот 8–14 Гц – дальние резонансы. Высокочастотные (8–14 Гц) колебания биоимпеданса полового члена отражают склеротические изменения регионарных артерий, сопровождающиеся увеличением жесткости сосудов и соответственно длительными, убывающими колебаниями сосудистой стенки по мере прохождения пульсовой волны. Использование местной ударно-волновой терапии приводило к значительному улучшению вариаций пенильного импеданса и сосудистых индексов в ходе эходопплерографии, что свидельствовало об улучшении регионального кровообращения.
Заключение. Метод показал себя в качестве ценного неинвазивного способа диагностики и контроля эффективности консервативной терапии васкулогенной ЭД.

Сравнительный опыт применения операционного микроскопа opmi vario s/88 (car zeiss) и налобной лупы с увеличением 3.5 X при микроскопической варикоцелэктомии по мармару

К.М. Мирзоев, М.Б. Зингеренко, Д.А. Ширин

ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр
г. Москва

Варикоцеле продолжает оставаться проблемой большой социальной значимости. По статистическим данным этой патологией страдает от 2,3 до 30,7% мужчин. В урологическом отделении МКНЦ накоплен опыт выполнения микроскопической варикоцелэктомии по Мармару. С июня 2017 г. при выполнении вышеуказанных операций мы используем операционный микроскоп OPMI Vario S/88 фирмы Carl Zeiss.
Цель исследования – сравнить время выполнения операций, визуализацию сосудов с помощью операционного микроскопа и налобной лупы 3,5 X.
Методы исследования. В урологическом отделении МКНЦ с февраля 2016 г. по январь 2017 микрохирургическая варикоцелэктомия по Мармару выполнена 47 пациентам, средний возраст пациентов составил 26 лет. Операции были выполнены двумя бригадми хирургов с примерно одинаковым опытом выполнения операций. В первую группу вошло 22 пациента, которые были прооперированы с использованием операционного микроскопа, во вторую группу вошло 25 пациентов, которым операция выполнялась при помощи налобной лупы.
Результаты. Среднее время операций с помощью микроскопа составило 65 минут. Среднее время операции без микроскопа 55 минут. Четкая визуализация яичковой артерии достигалась во всех случаях применения операционного микроскопа. При использовании налобной лупы яичковая артерия визуализировалась достоверно у 17 пациентов. Осложнений не было отмечено ни одном из случаев.
Выводы. Использование микроскопа не существенно увеличивает время операции, но лучше визуализирует все образования семенного канатa, что облегчает перевязку семенных вен, значимо снижает вероятность повреждения яичковой артерии.

Тактика лечения пациентов с односторонним варикоцеле.

Е.М. Новиков П.В. Веренинов В.В. Мусохранов
А.В. Дубинин В.О. Чернятьев

Клинический госпиталь МСЧ МВД
г. Москва

Цель исследования: ретроспективный анализ в выборе тактики лечения пациентов с односторонним варикоцеле в амбулаторной практике.
Материалы и методы: под наблюдением в течении трех лет находились 342 пациента, в возрасте от 17 до 20 лет с односторонним варикоцеле. У 185 (54%) пациентов по результатам пальпаторного исследования и УЗИ диагностировано варикоцеле 1ст.,проводилось динамическое наблюдение, состояние не требовало оперативного вмешательства.
У 130 (38%) пациентов по результатам пальпаторного исследования и УЗИ диагностировано варикоцеле 2 ст, была назначена спермограмма, по результатам которой у 39 (11,4%) пациентов была выявлена патоспермия и рекомендовано оперативное лечение. У остальных 91 (26,6%) пациентов-нормоспермия, рекомендовано динамическое наблюдение.
У 27 (8%) пациентов было выявлено варикоцеле 3 ст и рекомендовано оперативное лечение.
Результаты. У 276 (81%) пациентов, находившихся под динамическим наблюдением, в течении трех лет прогрессирования варикоцеле не отмечалось.
У 66 (19%) пациентов выполнено оперативное лечение: у 6 (1,8%) человек- лапароскопическое лигирование яичковых вен, у 16 (4,7%) человек- операция Иваниссевича, у 44 (12,7%) человек- операция Мармара.
У 2 (33%) пациентов из 6 после лапароскопиеского лигирования яичковых вен, спустя год наблюдался рецидив варикоцеле.
После операции Иваниссевича рецидив выявлен у 4 пациентов (25%) из 16.
После операции Мармара- рецидив у 8 пациентов (18%) из 44.
Спустя 6 месяцев после операции у 23 (35%) пациентов наблюдалось улучшение спермограммы.
Выводы. Таким образом, на основании трехлетнего наблюдения, можно сделать вывод, что при одностороннем варикоцеле начальной стадии рекомендовано динамическое наблюдение.
При выборе метода оперативного лечения, операция Мармара является наиболее эффективной, с наименьшем риском рецидива.

Диагностика и лечение эректильной дисфункции у пациентов после трансплантации почки

В.Н.Павлов, А.Р.Загитов, Ф.Н.Мухамедьянов,
Л.М.Кутлияров, Р.Р.Ямалетдинова,
А.Р.Мухаметьянова, И.И. Муллаянов,
А.А.Акопян, Н.В.Усманова

ФГБОУ ВО «Башкирский ГМУ»
Минздрава России
г. Уфа

Введение. Использование ультразвуковой допплерографии сосудов полового члена у пациентов после трансплантации почки (ТП) является неинвазивным, высокоинформативным способом диагностики эректильной дисфункции (ЭД).
Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения ЭД у пациентов после ТП.
Материалы и методы. В период с сентября 2011г по февраль 2016г в клинике урологии ФГБОУ Минздрава России нами обследованы 84 пациента с функционирующим ТП. Все пациенты были разделены на 2 группы:
I группа представлена 38 пациентами перенесших ТП сосудистым анастомозом с внутренней подвздошной артерией (ВПА)
II группа представлена 46 пациентами перенесших ТП сосудистым анастомозом с наружной подвздошной артерией (НПА)
Для диагностики гемодинамики сосудов полового члена использовали ультразвуковое исследование с допплерографией артерий полового члена, которое выполняли до и после интракавернозной фармакологической нагрузки.
В лечении ЭД у пациентов после ТП мы использовали ингибиторы ФДЭ – 5(тадалафил), специальный комплекс упражнений для мышц дна таза, ЛОД терапию и физиолечение аппаратом Андрогин.
Результаты. По данным ультразвуковой допплерографии через 12 мес. у пациентов I группы, максимальная систолическая скорость кровотока в левой и правой кавернозной артерии составила 33±3,56 см/с и 25±3,44 см/с соответственно. Разница артериального притока на 8 см/с говорит о выраженной артериальной недостаточности перфузии полового члена у пациентов I группы. При этом у пациентов II группы максимальная систолическая скорость оказалась достоверно выше, чем в I группе и составила 40,0±2,77см/с и 40,1±2,66 см/с соответственно.
Выводы. Выявленное снижение максимальной систолической скорости кровотока по правой кавернозной артерии на 8см/с, указывает на недостаточный кавернозный артериальный приток полового члена у пациентов сосудистым анастомозом с ВПА.

Комбинированная терапия эректильной дисфункции пациентов после трансплантации почки

В.Н.Павлов, А.Р.Загитов, Ф.Н.Мухамедьянов, Л.М.Кутлияров, В.З.Галимзянов, А.А.Акопян, А.Р.Мухаметьянова, И.И. Муллаянов, Н.В.Усманова

ФГБОУ ВО «Башкирский ГМУ» Минздрава России г. Уфа

Введение. Эректильная дисфункция (ЭД) остается актуальной проблемой у мужчин после трансплантации почки (ТП). Метод терапии локальным отрицательным давлением (ЛОД) полового члена у данной категории пациентов позволяет добиться физиологической эрекции без применения каких-либо инвазивных манипуляций.
Цель исследования. Улучшить результаты лечения ЭД у пациентов после ТП.
Материалы и методы. В период с сентября 2011г по февраль 2016г в клинике урологии ФГБОУ Минздрава России нами обследованы 28 пациентов с функционирующим трансплантатом почки (ТП). Все пациенты были разделены на 2 группы:
I группа представлена 13 пациентами получивших пероральные ингибиторы ФДЭ-5. Средний возраст пациентов составил 35,3±1,8 лет.
II группа представлена 15 пациентами получивших комплексное лечение (пероральные ингибиторы ФДЭ-5, ЛОД терапию и упражнения для мышц дна таза). Средний возраст пациентов составил 36,3±2,1 лет.
Результаты. Нами проведена оценка ЭФ у 28 пациентов после ТП в зависимости от вида лечения. Сроки наблюдения составили 12 мес.
До лечения, согласно анкетированию МИЭФ-5 в I группе легкая степень ЭД выявлена у 4(30,7%) пациентов, средняя - 5(38,6%) и тяжелая степень - 4(30,7%) пациентов. Во II группе легкая степень ЭД у 3(20,0%), средняя – 7(46,6%) и тяжелая у 5(33,3%) пациентов.
Через 12 мес. в I группе нормальная ЭФ отмечалась у 3(23,1%), легкая степень ЭД выявлена у 6(46,2%) пациентов, средняя степень - у 4(30,7%) больных, пациентов с тяжелой степенью ЭД не было. Во II группе нормальная ЭФ отмечалась у 7(46,7%) больных, легкая степень ЭД выявлена у 6(40,0%) пациентов, средняя степень - у 2(13,3%) больных, пациентов с тяжелой степенью к концу лечения не отмечалось. Таким образом, концу года были удовлетворены половой жизнью в I группе – 9(69,3%), во II группе 13(86,7%) пациентов.
Выводы. Локальное компрессионно - декомпрессионное баровоздействие при ЭД у пациентов после ТП может применено в сочетании с ингибиторами ФДЭ-5 типа и позволяет улучшить результаты лечения данной категории пациентов.

Магнитно-резонансная томографическая антиография в диагностике стенозо-окклюзионных поражений в бассейне внутренней половой артерии у мужчин с эректильной дисфункцией

Э.А. Повелица [1], Н.И. Доста [2], В.А. Доманцевич [1], Д.М. Ниткин [2], А.М. Шестерня [1]

[1] Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» Гомель, Республика Беларусь
[2] Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» г. Минск, Республика Беларусь

Цель работы. Усовершенствование визуализации стенозо-окклюзионных поражений в бассейне внутренней половой артерии (ВПА) у мужчин с артериогенной эректильной дисфункцией (ЭД).
Материалы и методы. Исследование производилось на аппарате Optima MR 450, 1.5т, (GE Medical Systems, 2015) в программе pelvis vascular cemra и с реконструкцией в программе small vessels. с использованием препарата «Омнипак» (General Electric Healthcare, Ирландия). При интерпретации полученных результатов использовали классификацию Adachi и Yamaki. Оценивалась визуализация и проходимость ВПА с двух сторон при сравнении обеих тазовых половин. Выполнено 45 МРТ ангиографий ВПА с анализом 90 половин таза. Перед исследованием за 5 минут проводилась фармакологическая проба сублингвально с нитроглицерином для расширения артериальных сосудов малого таза.
В исследование были включены: 15 здоровых мужчин добровольцев без признаков ЭД в возрасте до 30 лет и 30 пациентов с ЭД (МИЭФ-5 0-10 бала) в возрасте от 50 до 68 лет.
Результаты. У пациентов без ЭД патологических изменений артериального русла в бассейне ВПА при МРТ ангиографии выявлено не было. У пациентов с ЭД выявлялись моно - и мультифокальные склеротические поражения в бассейне ВПА, сопровождающиеся, стенозами различной степени выраженности и окклюзией их просвета. В одном наблюдении проведена МРТ ангиография у пациента с ранее установленным нитиноловым МРТ совместимым стентом в наружную подвздошную артерию. МРТ ангиография в 3D реконструкции продемонстрировала высокие показатели диагностической ценности (чувствительность 89%) и специфичность (90%) в диагностике стенозо-окклюзионных поражений в бассейне ВПА у мужчин с артериогенной ЭД.
Выводы. МРТ ангиография с реконструкцией volum rendering и 3D mip проекцией, программой small vessels, являясь неинвазивным исследованием, обладает достаточно информативной визуализацией стенозо-окклюзионных поражений ВПА в диагностике сосудистой ЭД.

Магнитно резонансная томографическая ангиография в диагностике стенозо-окклюзионных поражений в бассейне внутренней половой артерии у мужчин с эректильной дисфункцией

Э. А. Повелица [1], Н. И. Доста [2], В. А. Доманцевич [1], Д. М. Ниткин [2], А. М. Шестерня [1]

[1] Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» г. Гомель, Республика Беларусь
[2] Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» Минск, Республика Беларусь

Цель работы. Усовершенствование визуализации стенозо-окклюзионных поражений в бассейне внутренней половой артерии (ВПА) у мужчин с артериогенной эректильной дисфункцией (ЭД).
Материалы и методы. Исследование производилось на аппарате Optima MR 450, 1.5т, (GE Medical Systems, 2015) в программе pelvis vascular cemra и с реконструкцией в программе small vessels. с использованием препарата «Омнипак» (General Electric Healthcare, Ирландия). При интерпретации полученных результатов использовали классификацию Adachi и Yamaki. Оценивалась визуализация и проходимость ВПА с двух сторон при сравнении обеих тазовых половин. Выполнено 45 МРТ ангиографий ВПА с анализом 90 половин таза. Перед исследованием за 5 минут проводилась фармакологическая проба сублингвально с нитроглицерином для расширения артериальных сосудов малого таза.
В исследование были включены: 15 здоровых мужчин добровольцев без признаков ЭД в возрасте до 30 лет и 30 пациентов с ЭД (МИЭФ-5 0-10 бала) в возрасте от 50 до 68 лет.
Результаты. У пациентов без ЭД патологических изменений артериального русла в бассейне ВПА при МРТ ангиографии выявлено не было. У пациентов с ЭД выявлялись моно - и мультифокальные склеротические поражения в бассейне ВПА, сопровождающиеся, стенозами различной степени выраженности и окклюзией их просвета. В одном наблюдении проведена МРТ ангиография у пациента с ранее установленным нитиноловым МРТ совместимым стентом в наружную подвздошную артерию. МРТ ангиография в 3D реконструкции продемонстрировала высокие показатели диагностической ценности (чувствительность 89%) и специфичность (90%) в диагностике стенозо-окклюзионных поражений в бассейне ВПА у мужчин с артериогенной ЭД.
Выводы. МРТ ангиография с реконструкцией volum rendering и 3D mip проекцией, программой small vessels, являясь неинвазивным исследованием, обладает достаточно информативной визуализацией стенозо-окклюзионных поражений ВПА в диагностике сосудистой ЭД.

Возможность сохранения сексуальной функции у пациентов после радикальной простатэктомии

Помешкин Е.В., Кызласов П.С., Бурдин К.А., Шамин М.В., Сергеев В.П., Погосян Р.Р.

ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна, кафедра урологии и андрологии г. Москва

Рак предстательной железы (РПЖ)- наиболее распространенное злокачественное новообразование в мужской популяции, занимает четвертое место в структуре заболеваемости онкологическими заболеваниями в России.
Цель: оценить возможность восстановления сексуальной функции у пациентов, после РПЭ, как фактора повышения уровня качества жизни.
Материалы и методы: В исследование было включено 60 больных. Всем пациентам оценивались МИЭФ-5, QOL, измерялась длина полового члена (L). Контрольные измерения проводились до оперативного лечения РПЖ на 7, 30, 90-е послеоперационные сутки. Пациенты 1 группы не получали специфическую профилактику сохранения длины полового члена и сохранения эректильной функции. Во 2 группе принимали в послеоперационном периоде ИФД-5 в дозировке 5 мг ежедневно в течение трех месяцев. В третьей группе сочетали прием ИФД-5 с использованием вакуумного экстендера.
Результаты: При измерении длины полового члена, в 1 группе укорочение длины через три месяца после операции составило 12.45%. Во 2 группе 10.26%, в 3 группе отмечается увеличение длины полового члена на 5,5% по сравнению с исходными данными. По результатам МИЭФ-5: в 1 группе суммарный балл степени выраженности ЭД на 90 сутки после операции -10,2 баллов. Во 2 и в 3 группах-13,2 и 13,4 баллов. По результатамQOL в 1 группе до операции составляло 2,1 балла, далее средний уровень качества жизни составил 3,7 балла. Во 2 и 3 группах к 7 суткам после операции 4,15 балла, а к 90-м суткам - улучшение до 2,4 баллов. Таким образом, нами сделан вывод, о том, что: сочетание ежедневного приема ИФД-5 и использование вакуум экстендера позволяет предотвратить уменьшение длины полового члена, увеличить его длину; частота ЭД во 2 и в 3 группах на 15 и 20% меньше чем в контрольной; состояние эректильной функции в значительной степени ухудшает качество жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Причины неудачных операций при варикоцеле

Сизякин Д.В., Пипченко О.И., Костюков С.И., Фомкин Р.Г., Лагутин А.А.

МБУЗ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1 им. Н.А. Семашко» г. Ростова-на-Дону

Введение. Новые подходы и традиционные операции при варикоцеле и сегодня имеют большое количество осложнений и рецидивов.
Цель - провести сравнительный анализ осложнений и механизмов ответственных за развитие рецидивов после микрохирургических и традиционных операций при варикоцеле.
Материалы и методы. С 2013 по 2016 годы, под нашим наблюдением находилось 52 пациента с рецидивом варикоцеле в возрасте от 20 до 38 лет, обратившихся в нашу клинику после проведенных ранее операций на базе других лечебных учреждений.
Выявлено, что у 27 больных рецидив развился после выполнения операции Иваниссевича, у 15 больных после лапароскопической варикоцелэктомии, у других 11 больных после микрохирургической варикоцелэктомии по Мармару.
Пациенты были распределены на 2 клинические группы. В I группу вошли 42 пациента, после перенесенной операции Иваниссевича и лапароскопической варикоцелэктомии, этим пациентам мы выполнили микрохирургическую варикоцелэктомию по Мармару.
II группу составили 11 человек с рецидивом варикоцеле после м/х варикоцелэктомии по Мармару, этим больным мы выполнили субингвинальную варикоцелэктомию с выведением яичка.
Результаты. В I группе у 5 (11,9%) больных мы отметили умеренный отек тканей левой половины мошонки. Интраоперационно у этих больных был выявлен смешанный тип венозного рефлюкса. Во II группе у 3(27,2%) пациентов выявлены функциональные сосуды наружной семенной вены, у 8(72,3%) пациентов причиной рецидива были не перевязанные коммуникантные вены интимно окружающие тестикулярную артерию, у 1(9,0%) пациента имел место болевой синдром в половом члене, сохраняющийся при эрекции более 3 недель после операции. Это осложнение связано с перевязкой и тромбозом венозных коллатералей поверхностной дорзальной вены полового члена. У 5 (45,4%) пациентов сохранялся тактильный болевой синдром в яичке на протяжении 3 месяцев после операции.
Выводы: При варикоцелэктомии обязательна профилактика травмы яичковой артерии и венозных коллатералей поверхностной дорзальной вены полового члена.
Причинами рецидивов после традиционных операций являются не диагностированные II и III типы венозного рефлюкса по Coolset, а после операции по Мармару - не перевязанные коммуникантные вены.

Анализ оказания специализированной медицинской помощи пациентам с острым обструктивным пиелонефритом в урологических стационарах г. Москвы.

Д.Ю. Пушкарь, П.И. Раснер, В.А. Малхасян, Ю.А. Куприянов, И.В. Семенякин.

МГМСУ им. А. И. Евдокимова, кафедра урологии г. Москва

Введение. Для оптимизации оказания медицинской помощи пациентам с острым обструктивным пиелонефритом было проведено исследование, основанное на анализе разработанных нами анкет.
Материалы и методы. В урологические стационары, подведомственные Департаменту здравоохранения города Москвы, были разосланы 400 анкет, проанализировано 183 анкеты из 17 урологических отделений больниц г. Москвы.
Результаты. По результатам анкетирования, проведенного с июня по сентябрь 2016 года, выполнен анализ демографических показателей, методов диагностики, лечения, исходов лечения больных с острым обструктивным пиелонефритом, поступавших в этот период в московские стационары. Средний возраст пациентов, госпитализированных в урологические стационары Москвы с диагнозом острый обструктивный пиелонефрит составил 55,4 лет, средний койко-день – 7,4 дней, смертность – 1,1%. Сопутствующие заболевания выявлены у 117 (63,9%) пациентов. УЗИ почек и мочевого пузыря выполнено 159 (86,9%) пациентам, обзорная урография – 97 (53%), экскреторная урография 39 (21,3%) пациентам, нативная компьютерная томография (КТ) проведена 33 (18%) пациентам, КТ с контрастным усилением – 17 (9,2%) пациентам. Самой частой причиной нарушения оттока мочи были конкременты мочеточника, выявленные у 142 (77,6%) пациентов. Дренирование почки было проведено 170 пациентам (92,9%). Наиболее часто выполнялось стентирование мочеточника – 112 (61,2%) пациентов и чрескожная пункционная нефростомия – 54 (29,51%) пациентам. Осложнения обструктивного пиелонефрита отмечены у 15 (8,2%) пациентов: из них – у 7 (3,83%) диагностирована гнойно-деструктивная форма пиелонефрита, у 9 (4,9%) – сепсис, у 4 (2,2%) больных на фоне сепсиса развился бактериотоксический шок.
Выводы. Большинство пациентов получило адекватное и своевременное лечение, соответствующее клиническим рекомендациям ведущих профессиональных сообществ. Частота развития сепсиса невелика и не превышает аналогичных показателей, представленных в международной литературе. Необходимо выполнение дальнейших исследований, направленных на разработку механизмов оптимизации медицинской помощи пациентам с острым обструктивным пиелонефритом.

Морфологические изменения кавернозных артерий при гипертонической болезни и атеросклерозе

Стрелков А.Н.[1], Астраханцев А.Ф.[2], Снегур С.В.[1], Федотов А.В.[3]

[1] – ГБУ РО ОКБ г.Рязань
[2] – ЦКБ №2 ОАО «РЖД» г.Москва
[3] – ГБУ РО БСМЭ г. Рязань.

Целью исследования явилась морфологическая оценка кавернозных артерий полового члена мужчин при гипертонической болезни, атеросклерозе и их сочетании.
Материалом для исследования послужили фрагменты полового члена, полученные при проведении аутопсийного исследования 103 трупов мужчин, в возрастном интервале 17–91 год, погибших в результате осложнений атеросклероза (А – 28 случаев), гипертонической болезни (ГБ – 12 случаев), или при их сочетании (ГБ+А – 24 случая). Контролем послужил аналогичный секционный материал, полученный от мужчин, погибших внезапно в результате несчастных случаев (Н – группа сравнения и контроля – 39 случаев). Микроскопические препараты, окрашенные гематоксилином и эозином, по методу Массона и Вейгерта подвергали фоторегистрации, архивированию и комплексному морфометрическому анализу с использованием программного обеспечения «AxioVision 4.7" (Zeiss). При этом проводилось: измерение площади просвета, толщины интимы и медии стенки КА и их различных соотношений; расчет индекса Керногана. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программ Microsoft Exel. 2003 и BioStat.
При гистологическом исследовании у больных ГБ, А и ГБ + А определяется утолщение стенок КА за счет гиалиноза, гиперэластоза с расщеплением эластических мембран, эластофиброза, а также замещение эластина коллагеном с развитием артериосклероза. За исключением эндотелия, другие структуры стенки сосуда в ряде случаев плохо различимы. Сужение просвета КА варьирует от небольшого до резко выраженного. Проведенные морфометрические измерения позволяют прийти к заключению о том, что отмечается отчетливая тенденция к уменьшению просвета КА, увеличение отношения интимы к просвету сосуда во всех группах и наиболее выражено в группе ГБ и ГБ+А в сравнении с Н.
Таким образом, полученные данные свидетельствует о существенной тканевой перестройке стенки КА при ГБ, А и их сочетании, которое приводит к уменьшению просвета артерии, снижению полноценности кровоснабжения кавернозной ткани полового члена, являясь морфологической основой эректильной дисфункции артериального генеза при изучаемой сосудистой патологии.

Профилактика ортостатических осложнений у мужчин, принимающих альфа-адреноблокаторы

А.Г. Тонян[1], А.С.Тевосян[2]

[1] CityClinic, г.Краснодар
[2] ГБОУ ВПО КубГМУ, г.Краснодар

Введение. Проблема ортостатического снижения АД у мужчин, принимающих альфа-адреноблокаторы до сих пор актуальна. К сожаленью решение мы ищем в создании селективных препаратов и в минимизировании осложнений.
Целью исследования явилось изучение причин развития ортостатического коллапса у мужчин, принимающих альфа-адреноблокаторы.
Материалы и методы. В исследование были включены 46 мужчин от 62 до 79 лет с СНМП. Измеряли артериальное давление (АД) в шести статических состояниях: на спине, на животе, на правом и левом боку, сидя и стоя. Учитывали только систолическое артериальное давление (САД), как показатель оценки артериального давления, принятый в кардиологии. Оценка особенностей САД для каждого пациента проводилась по разработанной нами методике. Использован визуальный анализ, определена разница между максимальным и минимальным САД. Проводили анализ статистической значимости отличия средних в зависимости от положения тела, анализ характера изменения САД в процессе лечения во всех положениях, анализ взаимосвязи между положением тела и изменением САД у конкретного пациента. Определены углы ротации в трех координатных плоскостях и в шести статических состояниях (в 1656 координатных плоскостях и в 552 статических состояниях).
Выполнена ДГ (допплерография) в шести статических состояниях. Статистическую обработку полученных данных выполняли с использованием пакета лицензионных статистических программ STATISTICA 7.0 (Statsoft Inc., USA).
Результаты. Оценивая допплерографические (ДГ) показатели кровотока магистральных почечных вен по величине ΔVven (разница между максимальной и минимальной скоростью кровотока в почечной вене) определены группы с нормальным венозным кровотоком, пограничными изменениями и со значимыми нарушениями венозного оттока. Среднеарифметическая величина всех углов ротации M=30,2 стандартная ошибка средней арифметической m=±6,4. Среднеарифметическое отклонение (M) в группе контроля было равно 18,4, среднеквадратическое отклонение (m) равно ±4,6.
Установлены достоверные различия по большинству допплерографических показателей почечного кровотока у пациентов. Показатели во всех группах, за исключением минимальной скорости кровотока (Vven min см/с) в правой и левой почечной вене, достоверно отличаются от группы контроля ($p<0,05$).

Выводы. В данной работе удалось показать зависимость САД как от скоростных, так и резистивных показателей в почечных сосудах, что в свою очередь отражает изменения магистрального венозного кровотока. Если говорить об ортостатическом снижении АД, следует учитывать падение АД не только при переходе из клино- в ортостаз, но во всех статических положениях: на животе, на спине, на правом боку, на левом боку, сидя, стоя и при переходе из одного состояния в другое, и учитывать данный факт при назначении альфа-адреноблокаторов.

XVII Конгресс Российского общества урологов Профилактика ортостатических осложнений у мужчин, принимающих альфа-адреноблокаторы

А.Г. Тонян[1], А.С.Тевосян[2]

[1] CityClinic, г.Краснодар
[2] ГБОУ ВПО КубГМУ, г.Краснодар

Введение. Проблема ортостатического снижения АД у мужчин, принимающих альфаадреноблокаторы до сих пор актуальна. К сожаленью решение мы ищем в создании селективных препаратов и в минимизировании осложнений.
Целью исследования явилось изучение причин развития ортостатического коллапса у мужчин, принимающих альфа-адреноблокаторы.
Материалы и методы. В исследование были включены 46 мужчин от 62 до 79 лет с СНМП. Измеряли артериальное давление (АД) в шести статических состояниях: на спине, на животе, на правом и левом боку, сидя и стоя. Учитывали только систолическое артериальное давление (САД), как показатель оценки артериального давления, принятый в кардиологии. Оценка особенностей САД для каждого пациента проводилась по разработанной нами методике. Использован визуальный анализ, определена разница между максимальным и минимальным САД. Проводили анализ статистической значимости отличия средних в зависимости от положения тела, анализ характера изменения САД в процессе лечения во всех положениях, анализ взаимосвязи между положением тела и изменением САД у конкретного пациента. Определены углы ротации в трех координатных плоскостях и в шести статических состояниях (в 1656 координатных плоскостях и в 552 статических состояниях).
Выполнена ДГ (допплерография) в шести статических состояниях. Статистическую обработку полученных данных выполняли с использованием пакета лицензионных статистических программ STATISTICA 7.0 (Statsoft Inc., USA).
Результаты. Оценивая допплерографические (ДГ) показатели кровотока магистральных почечных вен по величине ΔVven (разница между максимальной и минимальной скоростью кровотока в почечной вене) определены группы с нормальным венозным кровотоком, пограничными изменениями и со значимыми нарушениями венозного оттока. Среднеарифметическая величина всех углов ротации M=30,2 стандартная ошибка средней арифметической m=±6,4. Среднеарифметическое отклонение (M) в группе контроля было равно 18,4, среднеквадратическое отклонение (m) равно ±4,6.
Установлены достоверные различия по большинству допплерографических показателей почечного кровотока у пациентов. Показатели во всех группах, за исключением минимальной скорости кровотока (Vven min см/с) в правой и левой почечной вене, достоверно отличаются от группы контроля ($p<0,05$).
Выводы. В данной работе удалось показать зависимость САД как от скоростных, так и резистивных показателей в почечных сосудах, что в свою очередь отражает изменения магистрального венозного кровотока. Если говорить об ортостатическом снижении АД, следует учитывать падение АД не только при переходе из клино- в ортостаз, но во всех статических положениях: на животе, на спине, на правом боку, на левом боку, сидя, стоя и при переходе из одного состояния в другое, и учитывать данный факт при назначении альфа-адреноблокаторов.

Влияние профессиональных факторов на уровень тестостерона у машинистов локомотивов

Е.А. Финагина, О.В. Теодорович, А.З. Цфасман, М.Н. Шатохин, Г.Г. Борисенко
г. Москва

Введение. Профессия машиниста железнодорожного транспорта связана с целым рядом неблагоприятных факторов, которые отрицательно влияют на нормальное функционирование различных органов и систем. Так у машинистов локомотива чаще, чем в общей популяции, встречаются ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, заболевания опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, периферической нервной системы, функциональные нарушения зрительного анализатора, а также нейросенсорная тугоухость и вибрационная болезнь (Цфасман А.З., Журавлева Г.Н., 1990, 1992; Шадыев Х.Д. и соавт., 1999; Панкова В.Б. и соавт., 2006; Батищева Г.А. и соавт., 2008; Бондарев С.А., Василенко В.С., 2011; Шум А.С., 2013).
Цель работы. Основной задачей настоящей работы явилось изучение возрастной динамики тестостерона в связи с наличием ряда неблагоприятных профессиональных факторов у машинистов локомотивов.
Материалы и методы. В исследование вошло 44 человека – машинистов локомотивов в возрасте от 20 до 62 лет. Критерии включения: работающий машинист локомотива, мужской пол, практически здоровый. Критерий исключения: заболевания, которые могли бы значимо отразиться на результатах.

Выполнены исследования: определение уровня общего простатспецифического антигена (ПСА), общего тестостерона (ОТ), свободного тестостерона (СТ), связывающего половые гормоны глобулина (ГСПГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина.
За возрастную норму приняты уровни ОТ и СТ, усредненные из четырех сообщений (Yandex.ru/images/search-Menquestions.ru) и отдельно Фремингемского исследования (Bhasin et.al, 2011).
Результаты исследования. По результатам исследования, прежде всего, следует подтверждение известного факта снижения продукции тестостерона, как общего, так и свободного, с возрастом. Уровень других определяемых гормонов с возрастом практически не менялся.
Также у машинистов локомотивов в возрасте 30-39 лет наблюдается снижение общего тестостерона в большей степени, чем это наблюдается в данной возрастной группе в норме. К 50-59 годам снижение ОТ приостанавливается, что соответствует динамике степени адаптации к работе машиниста с нарастанием стажа работы.
Уровень СТ у машинистов локомотивов снижается с возрастом скорее и в большей степени, чем в норме. В отличие от общего тестостерона свободный оказывается сниженным в большей степени и в возрасте 50-60 лет.
Выводы:
- Сумма неблагоприятных профессиональных факторов работы машинистов железнодорожного транспорта ведет к снижению продукции тестостерона (общего и свободного).
- Скорость и величины снижения ОТ у машинистов локомотивов более выражены в молодом возрасте (30-40 лет) и относительно стабилизируется по сравнению с нормой к позднему среднему возрасту (50-60 лет).
- Возрастная динамика СТ отличается от таковой ОТ тем, что он остается сниженным по сравнению с нормой и в возрасте 50-60 лет (здесь появляется некоторый дисбаланс между уровнями общего и свободного тестостерона из-за большего снижения свободного).

Оптимизация диагностики мужского гипогонадизма в урологическом стационаре.

Шестаев А.Ю., Протощак В.В., Игловиков Н.Ю., Горбунов А.Е., Питомцев И.М.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
г. Санкт-Петербург

В условиях урологического стационара мужской гипогонадизм практически не диагностируется, так как очень часто внимание врача сфокусировано на основном диагнозе, а симптоматика гипогонадизма оказывается незамеченной. Для оценки клинической картины и определения эффективности лечения андрогенного дефицита применяются опросники, обладающие высокой чувствительностью, однако, их применение в клинической практике ограничено большой трудоемкостью и занятостью врачей. Для повышения качества диагностики предложен онлайн-сервис для заполнения опросников пациентами, учета лабораторных показателей и формирования андрологического реестра.
Интернет-сервис men.bewell.online разработан в рамках научного сотрудничества клиники урологии Военно-медицинской академии им С. М. Кирова и ООО «Научно-производственной фирмой «ХЕЛИКС», позволяет заполнять опросники без участия врача, а также интегрирует в реестр лабораторные данные в автоматическом режиме. В исследовании приняли участие 57 пациентов (мужчины, возраст от 25 до 90 лет) находившихся на стационарном лечении. Анализировались истории болезней на предмет учета симптоматики мужского гипогонадизма и наличия соответствующих диагнозов, после чего пациентам предлагалось заполнить опросник AMS в электронном виде на разработанном интернет-сервисе. При заполнении опросников AMS симптоматика различной степени тяжести выявлена у 46% пациентов. Самостоятельное заполнение опросников пациентами является важным этапом диагностики мужского гипогонадизма и способно обратить внимание врача на симптоматику андрогенного дефицита, что позволит повысить выявляемость мужского гипогонадизма. Анализ данных сформированного реестра позволит разработать основные принципы персонализированной терапии для пациентов с мужским гипогонадизмом

Метаболический синдром и эректильная дисфункция

Шкодкин С.В.[1,2], Полищук А.В.[2,3], Чирков С.В.[2], Шушпанова К.Д.[2]

[1] ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
г. Белгород
[2] НИУ БелГУ
г. Белгород
[3] ОГБУЗ «Городская больница № 2»
г. Белгород

Распространенность МС в средних возрастных группах (30-50 лет) в Европе 19-29%, в США до 39%. Наиболее частым симптомом, заставляющим пациента с МС обратиться к урологу, является эректильная дисфункция (ЭД). Нами проведено исследование по влиянию МС у мужчин города Белгорода на частоту ЭД.
Материал и методы. В исследование включено 29 мужчин в возрасте от 40 до 50 лет. Отсутствие применения препаратов тестостерона в период исследования или в анамнезе являлось обязательным. Лабораторно подтверждено отсутствие простатита. Степень эректильных нарушений определяли по анкете МИЭФ-5. В крови определяли тестостерон общий и свободный, глобулин связывающий половые гормоны, инсулин, глюкоза, гли-

козилированный гемоглобин, липидный профиль.
Результаты и обсуждение. В основной группе (n=16), с выявленным МС средний возраст составил 48,5±2,8 года, в контрольной (n=13) без признаков МС - 48,6±2,4 года (p>0,05). Группы достоверно различались по морфометрическим показателям, холестеринемии и гликемии (p<0,05). Пациенты в основной группе имели достоверно более низкий суммарный балл - 7,8±0,9 по шкале МИЭФ-5, по сравнению с мужчинами, не имеющими МС - 14,3±1,0 балла (p<0,05). При этом уровень тестостерона в первой группе наблюдения составил 10,3±0,9 нмоль/л и был достоверно ниже данного показателя во второй - 16,0±1,3 нмоль/л (p<0,05).
Полученные данные указывают на то, что МС выступает независимым фактором ЭД. Необходимо учитывать явления гипогонадизма в лечении ЭД у пациентов данной группы. Однако ряд исследователей (Corona G. 2011), не зарегистрировали таких взаимосвязей, что требует дальнейших изысканий в данном направлении.
Выводы: терапия ЭД у пациентов м МС требует коррекции гипогонадизма.

Низкочастотная ультразвуковая терапия как способ повышения эффективности и продолжительности действия ингибиторов фдэ-5 при лечении васкулогенной эректильной дисфункции

П.И. Шустер, А.А. Новиков, Я.Б. Шустер

ГОУ ВПО Омский государственный медицинский университет
Омская областная клиническая больница
г. Омск

Введение. В настоящее время применение ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ-5) является стандартом первой линии терапии эректильной дисфункции. Однако, у большинства пациентов наступает момент, когда эффективность ингибиторов ФДЭ-5, даже в максимальных дозах, прогрессивно снижается, вплоть до их полной неэффективности.
Низкочастотное ультразвуковое воздействие широко и с успехом применяется во многих областях медицинской практики. Низкочастотный ультразвук – это фактор, обладающий большой биологической активностью и способный вызывать морфологические и функциональные изменения тканей. При малой интенсивности, колебания частиц биологической среды проводят своеобразный микромассаж тканевых элементов, способствующий лучшему обмену веществ. Ускоряются процессы диффузии через биологические мембраны, изменяется скорость биологических реакций. Наблюдаются эффекты, связанные с возникновением в тканях ультразвуковой кавитации (образование с последующим захлопыванием парогазовых пузырьков в среде под действием ультразвука). Кавитация приводит к разрыву молекулярных связей. Молекулы воды распадаются на свободные радикалы, что является первопричиной окисляющего действия ультразвука. Под действием ультразвука происходит расщепление в биологических объектах высокомолекулярных соединений, белков и нуклеиновых кислот.
Цель исследования. Оценка эффективности низкочастотной ультразвуковой терапии, ее влияние на действия ингибиторов ФДЭ-5 при лечении васкулогенной эректильной дисфункции.
Материалы и методы. В исследование были включены 15 больных с васкулогенной эректильной дисфункцией в возрасте от 38 до 62 лет (средний возраст – 52 года). Все пациенты в течение 3-6 месяцев до включения в исследование безуспешно принимали различные ингибиторы ФДЭ-5 в максимальной дозе, либо их эффективность была крайне мала. После анкетирования с помощью опросника МИЭФ-5, оценке по линейной аналоговой шкале (от 1 до 5), с помощью специального адаптированного излучателя производилось озвучивание полового члена по дорсальной и боковым поверхностям, в течение 10 минут, 3 раза в неделю. Физические характеристики ультразвукового воздействия: частота – 42 КГц, мощность – 100-150 Вт, амплитуда – 20 мкм. Курс лечения – 1 месяц.
Результаты. Прием ингибиторов ФДЭ-5 осуществлялся пациентами как во время терапии, так и по окончании. Через месяц после курса лечения: по пятибальной аналоговой шкале до лечения у всех – 2 балла, после лечения – у шести пациентов – 3 балла, у девяти – 4 балла. Средний балл МИЭФ увеличился с 16 до 21. Наибольшая эффективность была получена у пациентов с артериогенной эректильной дисфункцией. Побочных эффектов терапии отмечено не было.
Заключение. Применение низкочастотной ультразвуковой терапии является неинвазивным и безопасным методом, позволяющим усилить чувствительность к ингибиторам ФДЭ-5 и реально удлинить сроки их эффективного применения при лечении васкулогенной эректильной дисфункции. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших исследований в данном направлении.

Раздел V:

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Влияние инфекции мочевых путей на течение беременности и родов

М.И. Андрюхин [2], О.В. Макаров [1], Е.А. Богданов [1]

[1] НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
г. Москва
[2] Российский университет дружбы народов (РУДН)
г. Москва

Введение. Бессимптомная бактериурия является доклинической формой инфекций мочевыводящих путей и характеризуется рецидивирующим течением, высоким риском осложнений для матери, плода и новорожденного, вероятностью манифестации в симптоматическую форму.
Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов и послеродового периода по данным 1350 историй болезни пациенток родильного дома ГКБ №29. Для детального изучения отобраны 120 пациенток. Критериями включения было наличие бессимптомной бактериурии. Были выделены 2 группы: в I группу вошла 71(59,2%) пациентка без урологических заболеваний в анамнезе. Во II группу – 49(40,2%) пациенток имевших в анамнезе хронический пиелонефрит.
Результаты. Обострение пиелонефрита во время беременности произошло у 14(11,6%) пациенток: в I группе у 9(12,6%) беременных, в II группе у 5(10,2%).
Количество преждевременных родов составило в группе I - 17(23,9%), в группе II – 15(30,6%). Наиболее частым осложнением беременности была фетоплацентарная недостаточность, которая возникла в группе I у 60(84,5%) пациенток, в группе II у 31 (63,2%) беременных. В послеродовом периоде эндометрит развился у 14(11,6%) пациенток: во I группе у 8(11,2%), во II группе у 6(12,2%). Цистит был констатирован у 4 (3,3%) родильниц: во I группе у 3(4,2%), во II группе у 1(2%). Острый пиелонефрит возник у 3 (2,5%)пациенток: во I группе у 1(1,4%), во II группе у 2(4%).
Выводы. Таким образом, бактериурию без клинических проявлений пиелонефрита следует рассматривать как скрытый очаг инфекции, являющийся фактором риска. В связи этим беременные, имеющие бактериурию, требуют самого тщательно наблюдения за течением беременности и состоянием мочевыделительной системы, нуждаются в проведении адекватной антибактериальной и противовоспалительной терапии с учетом чувствительности микрофлоры под постоянным лабораторным контролем.

Применение клинических рекомендаций при хроническом цистите в амбулаторных условиях.

Абдурахманов Р.А., Абдурахманов А.К.

Урологический центр “УРОМЕД”
г. Набережные Челны.

Цель исследования: оценить эффективность лечения хронического цистита в амбулаторных условиях в сфере современных требований, применяя клинические рекомендации.
Материалы и методы. В основу настоящего исследования положены материалы обследования и лечения пациентов с хроническим циститом за 2016г. в условиях урологического центра “УРОМЕД” г. Набережные Челны. Обследовано 55 пациентов в возрасте от 25 до 60 лет. Средний возраст 42,5 лет. Из обследованных пациентов отобраны на лечение 30 Всем пациентам было проведено комплексное урологическое обследование: анализ жалоб и анамнеза больного, физикальное и лабораторное обследование, УЗИ мочевыводящих путей, урофлоуметрия, цистоскопия. При наличии сопутствующих гинекологических заболеваний - консультация гинеколога. Пациенты были разделены на 2 группы. В I группу включены пациенты с осложненным хроническим циститом – 25 пациентов. К осложняющим факторам относили: анатомические изменения уретры, влагалища, мочевого пузыря, наличие опухолей, камней, лейкоплакии или псевдополипоза мочевого пузыря. Больных с осложненным хроническим циститом направляли на оперативную коррекцию и лечение в урологический стационар. II группа с отсутствием осложняющих факторов – 30 пациентов. Пациенткам II группы проводилась комплексная консервативная терапия строго по российским клиническим рекомендациям 2016г. Результаты лечения пациентов оценивали на основании субъективных и объективных данных (болевой синдром, дневник мочеиспускания, лабораторные показатели, урофлоуметрия, цистоскопия).
Результаты. Рецидивы отсутствует у 29 пациентов, это 96% от числа прошедших курс лечения. Срок наблюдения за пациентами превышает 12 месяцев. У одной пациентки рецидив произошёл через 1 месяц после смены полового партнера.
Выводы. Применение клинических рекомендаций позволило в кратчайшие сроки и с минимумом затрат повысить качество медицинской помощи, добиться стойких положительных результатов, сократить число рецидивов и улучшить качество жизни пациентов, оптимизировать использование ресурсов учреждения, отказаться от необоснованных медикаментозных назначений. Последующий мониторинг за пациентами позволил нам предупредить необоснованное применение пациентами антибактериальных препаратов, уроантисептиков, что очень важно в эпоху антибиотикорезистентности.
Обсуждение. Мы считаем необходимо искоренить практику навязывания пациенту различных методик лечения цистита не предусмотренных

в Российских клинических рекомендациях. Это защитит законные интересы медицинской организации в спорах с потребителем медицинской услуги о ее качестве. Обезопасит врача от административного наказания, обвинения во врачебных ошибках и судебного преследования, а также позволит пациентам страдающим хроническим циститом добиться длительного безрецидивного периода.

Ключевые слова: хронический цистит, клинические рекомендации, рецидив, осложненный, неосложненный, обследование.

Актуальность проблемы. Федеральный закон № 323-ФЗ об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, принятый Государственной Думой 1 ноября 2011 года и одобренный Советом Федерации 9 ноября 2011 года при оценке качества оказания медицинской помощи обязал руководствоваться клиническими рекомендациями. По словам главы Минздрава России Вероники Игоревны Скворцовой, эти изменения должны вывести на новый уровень критерии оказания медицинской помощи. Если ранее они носили рекомендательный характер, то в 2017 они будут обязательными к применению на всей территории РФ. В практике амбулаторного уролога лечение и профилактика хронического цистита занимает одно из основных мест. По данным О.Б. Лорана в России циститом болеют 15-20 тысяч населения в год, 10% страдают хроническим циститом практически всю жизнь. Актуальность лечения хронического цистита подчеркивается тем фактом, что ежегодно пересматриваются парадигмы лечения данного заболевания в рамках Всероссийских научно-практических конференций: "Рациональная фармакотерапия в урологии". Учитывая этиологические факторы заболевания, беспорядочное применение антибактериальной терапии, схемы лечения, которые практически у каждого уролога собственные и широкие полномочия, выданные терапевтам, акушер-гинекологам, цистит стали рассматривать как несерьёзную проблему, терапия которых приводит лишь к кратковременному улучшению с дальнейшим рецидивированием, и не редко осложнениям. Анатомо-физиологические особенности строения женского организма, такие как короткая и широкая уретра, близость влагалища и анального отверстия, сопутствующие гинекологические заболевания, беспорядочность половых отношений, применение контрацептивов, гормональный дисбаланс в постменопаузальном периоде - являются предрасполагающими факторами развития хронического цистита.

Цель исследования: оценить эффективность лечения хронического цистита в амбулаторно-поликлинических условиях в сфере современных требований, применяя клинические рекомендации.

Материалы и методы. В работу включены материалы обследования и лечения пациентов с хроническим циститом за 2016г в условиях урологического центра ООО "УРОМЕД" г. Набережные Челны. Обследовано 55 пациентов в возрасте от 25 до 60 лет. Средний возраст 42,5 лет. Из обследованных пациентов отобраны на лечение 30. Женщины, длительное время страдающие хроническим рецидивирующим циститом, неоднократно проходившие ранее лечение в различных лечебных учреждениях. Всем пациентам было проведено комплексное урологическое обследование: анализ жалоб и анамнеза больного, физикальное (проба О'Донелла-Хиршхорна, осмотр влагалища с зеркалами) и лабораторное обследование (общий анализ мочи (ОАМ), общий анализ крови (ОАК), бактериологический посев мочи (БПМ), мазок из 2-х точек – уретра, влагалища, полимеразно-цепная реакция (ПЦР) на инфекции передаваемые половым путём (ИППП)), УЗИ мочевыводящих путей (АЛОКА-Япония), урофлоуметрия («Lund Instruments AB» Швеция), цистоскопия (Karl Storz - Германия, 17CH, Hopkins II, 70^{0}C.). При наличии сопутствующих гинекологических заболеваний - консультация гинеколога. Пациенты были разделены на 2 группы. В I группу включены пациенты с осложненным хроническим циститом – 25 пациентов. К осложняющим факторам относили: анатомические изменения уретры (гипермобильность, дистопия), влагалища (пролапс), мочевого пузыря (цистоцеле), наличие опухолей, камней, лейкоплакии или псевдополипоза мочевого пузыря. Больных с осложненным хроническим циститом направляли на оперативную коррекцию и лечение в урологический стационар. Во II группу включены пациенты с отсутствием осложняющих факторов – 30 пациентов.

Пациенткам II группы проводилась комплексная консервативная терапия строго по российским клиническим рекомендациям 2016г. Антибактериальная терапия по результатам бактериального посева мочи и ПЦР на ИППП, препараты экстракта плодов клюквы (36мг. проантоцианидина А), интравагинально эстрогены и пробиотики, внутрипузырные инстилляции (гиалуроновая кислота). После основного курса лечения проводили иммунологическую профилактику (лизат бактерий кишечной палочки). Состояние больных полностью нормализовалось к 14 дню. Результаты лечения пациентов оценивали на основании субъективных и объективных данных (болевой синдром, дневник мочеиспускания, урофлоуметрия, лабораторные показатели (ОАМ, контрольный БПМ, ПЦР на ИППП), цистоскопия). Контрольные цистоскопии проводили через 3 месяца. Всем пациентам разъясняли суть заболевания рекомендовали избегать переохлаждений, разъясняли о гигиене половой жизни, вреде бесконтрольного применения антибиотиков, использования спермицидов и диафрагмы в качестве методов контрацепции. Рекомендовали принудительное мочеиспускание сразу после полового акта. Обильное питьё 2,0-2,5 литра в день.

Результаты. Рецидивы отсутствует у 29 пациентов, это 96% от числа прошедших курс лечения. Срок наблюдения за пациентами превышает 12 месяцев. У одной пациентки рецидив произошёл через 1 месяц после смены полового партнера.

Выводы. Применение клинических рекомендаций позволило в кратчайшие сроки и с миниму-

мом затрат повысить качество медицинской помощи, добиться стойких позитивных результатов, сократить число рецидивов и улучшить качество жизни пациентов, оптимизировать использование ресурсов учреждения, отказаться от необоснованных медикаментозных назначений. Последующий мониторинг за пациентами позволил нам предупредить необоснованное применение пациентами антибактериальных препаратов, уроантисептиков, что очень важно в эпоху антибиотикорезистентности.

Обсуждение. Считаю необходимым искоренить практику навязывания пациенту различных методик лечения цистита не предусмотренных в Российских клинических рекомендациях. Это защитит законные интересы медицинской организации в спорах с потребителем медицинской услуги о ее качестве. Обезопасит врача от административного наказания, обвинения во врачебных ошибках и судебного преследования, а также позволит пациентам страдающим хроническим циститом добиться длительного без рецидивного периода.

Диагностические критерии оценки состояния иммунной системы у больных острым пиелонефритом

Авдеев А.И., Золотухин О.В., Мадыкин Ю.Ю., Кочетов М.В., Аносова Ю.А.

ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, БУЗ ВО ВОКБ №1
г. Воронеж

Актуальность проблемы лечения острого пиелонефрита объясняется резко возросшей вирулентностью микроорганизмов, развитием антибиотикорезистентности, изменчивостью течения инфекционного процесса, в результате подавления иммунных реакций при проведении антибактериальной терапии, хирургического вмешательства и анестезии.

Целью данного исследования явилась необходимость оценки характера и выраженности нарушений иммунной системы у больных острым пиелонефритом.

Обследовано 36 пациентов с острым пиелонефритом в возрасте от 21 до 62 года (средний возраст 46,5 лет). Мужчин было 42%, женщин – 58%. У большинства пациентов пиелонефрит развился на фоне МКБ.

Всем больным, наряду с общеклиническими методами исследования, проводилось иммунологическое обследование, включающее определение иммунного статуса с помощью иммунофенотипирования на проточном цитометре Beckman Coulter FC 500. Определяли относительное и абсолютное количество субпопуляций лимфоцитов: Т-лимфоцитов (CD3+), субпопуляции Т-хелперов (CD4+, CD3+), Т-супрессоры (CD8+, CD3+) и В-лимфоциты (CD19+), показатели фагоцитарной активности, Ig A, Ig M, Ig G.

Исследование иммунологических показателей проводилось при поступлении больных в стационар, на 3 и 10 сутки послеоперационного периода.

Динамика иммунологических показателей у больных острым пиелонефритом после лечения с применением традиционной комплексной терапии выглядела следующим образом. Наиболее значимыми оказались изменения абсолютных показателей Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4+), Т-супрессоров (CD8+), В-лимфоцитов (CD19+) Ig G, Ig A, Ig M, а также фагоцитарного индекса и фагоцитарного числа, именно эти параметры были подвергнуты анализу. Исходные показатели иммунитета существенно отличались от показателей здоровых лиц. Определялось достоверное снижение уровня лимфоцитов, Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4+), увеличение Т-супрессоров (CD8+), снижение уровня Ig A, Ig M и повышение уровня Ig G, что свидетельствует о значительном антигенном раздражении В-лимфоцитов и указывает на нарушение иммунного равновесия организма. Раздражение системы В-клеток, в условиях выраженного воспалительного процесса происходит на фоне угнетения Т-лимфоцитов. Показатели фагоцитарного индекса и фагоцитарного число так же существенно отличались от уровня здоровых лиц.

В качественном плане у больных наблюдалось воспаление, супрессия Т-звена иммунитета по Т-клеткам, Т-хелперам, накопление Т-супрессоров, активация гуморальных реакций по иммуноглобулинам различных классов. В результате у больных острым пиелонефритом диагностирован супрессивный иммунный статус по трём основным звеньям.

Таким образом, у пациентов с острым пиелонефритом определяется супрессия иммунного статуса по трём основным звеньям. Реализация традиционной комплексной терапии острого пиелонефрита оказывается недостаточной в плане восстановления клинико-лабораторных показателей больных и требует дополнительной терапии с целью повышения уровня иммунной резистентности организма. Использование расширенного клинико-иммунологического исследования позволяет улучшить результаты обследования и лечения данной категории пациентов согласно принципам организации урологической помощи.

Эффективность пиосорбции для коррекции эндогенной интоксикации у больных с гнойным паранефритом и динамика цитокинов

Арбулиев М.Г., Арбулиев К.М., Азизов М.О., Михайлов С.Х, Гамзатов А.Г., Гусейнов М.М.

Кафедра урологии Дагестанского Государственного Медицинского Университета

Проблема эндоинтоксикоза приобрела большое значение в последнее десятилетие. Эндотоксикоз обуславливает тяжесть клинических проявлений, затрудняет проведение полноценной терапии, ухудшает прогноз при различных заболевани-

ях. Особенно большую роль эндо-интоксикации играют у урологических больных с гнойным воспалением почки, околопочечной клетчатки.
В настоящее время основным способом профилактики раневой инфекции и особенно SIRS безоговорочно признана радикальная хирургическая обработка раны с соблюдением всех правил современной асептики и антисептики.
Но при лечении ряда гнойных заболеваний широко применяется внутриполостная сорбция и энтеросорбция. При этом используются сорбенты, применяемые при лечении инфицированных ран, абсцессов и флегмон для поверхностной сорбционной детоксикации. При контакте сорбента с раневой поверхностью количество микроорганизмов в ране снижается, в среднем, в 100 раз по сравнению с применением традиционных перевязочных материалов. Это позволяет предотвратить генерализацию раневой инфекции.
Для этого мы стали применять высоко эффективный сорбент на основе высодисперсного кремния - полисорб МП. Последний обладает хорошей поглощающей способностью и детоксикационным эффектом - обеспечивает сорбцию экссудата, продуктов аутолиза, бактериальных токсинов, уменьшает уровень инфицирования, улучшает микроциркуляцию.
Задачи исследования. Изучить влияние пиосорбции, проводимой на фоне традиционной терапии, на общее состояние больных, показатели эндотоксикоза, иммунологический статус больных, на сроки пребывания в стационаре.
Материалы и методы. Прежде чем использовать полисорб МП на больных, мы испытали его in vitro. Стерильную банку объемом 100 мл наполняли тест культурой, разведенный на физиологическом растворе из расчета E. Coli- 5,6x10^8 Кое/мл., St. Aureus 6x10^8 Кое на 1 мл. В первую банку с тест культурой вводили 12 гр полисорба МП. В другую банку с тест культурой вводили 12 грамм порошка пластика в качестве плацебо. Через каждые 60 минут (два раза) изучали количество микробных тел в одном грамме полисорба МП в 1 банке.
Для регистрации роста микроорганизмов проводилось исследование методом серийных разведений на агазированных питательных средах и исследование и на экспресс анализаторе «бактрак 4300». Как показывают исследования, полисорб МП адсорбировал большую часть микробных тел, которые были в исходном разведении в начале опыта, об этом говорит количество E. Coli - 2,6x10^7 в 1,0 мл полисорба МП в середине опыта и 12.0 мл полисорба МП в конце опыта с содержанием E. Coli - 5,6 x 10^8. Взвесь фильтрованный полисорбом МП в течении 2-х часов становится светлой на глаз и по показателям спектра фотометра.
К концу опыта полисорб МП адсорбировал почти 100% E. Coli, адсорбция культуры St. Aureus проходила так же хорошо. В контрольном опыте с пластиковыми гранулами не произошло удаления микробной взвеси в течении опыта.
Затем мы начали применять сорбент при лечении больных. Были отобраны 82 больных с острогнойной патологией почек и паранефральной клетчатки, находившихся в Республиканском урологическом центре на стац лечении до 2016 г.
Контрольную группу составили 42 пациента, получившие хирургическое лечение в комплексе с традиционной терапией.
Основная состояла из 40 больных, которым, наряду с хирургическим лечением и традиционной терапией, в места предполагаемого скопления гноя, крови и инфицированной мочи, вводили полисорб МП. В паранефральную клетчатку и в полости абсцессов, вводили полисорб МП (1,0 – 3,0 грамма) в зависимости от его объема и туда же устанавливали обычную дренажную трубку (на 4-5 дней), что позволяло повторно вводить в рану сорбент. Сорбционная терапия проводилась и другим путем - полисорб МП больным давали ежедневно per os в дозе 12,0 x 3 раза в день за 30 мин до еды.
Результаты и их обсуждение. Исходные клинико-лабораторные данные не отличались у больных обеих групп, но в динамике результаты исследования и лечения показали отличительную картину.
Полисорб МП характеризуется высокой активностью эвакуации гнойного отделяемого, и способностью сорбировать токсины. На практике в первый же день после операции - в контрольной группе эвакуировано 60,0 мл экссудата, а в основной - 90, что заметно больше; на второй день после оперативного вмешательства у больных основной группы количество эвакуированного гноя по страховому дренажу в сумме больше на 20%, чем у пациентов контрольной группы.
На третий день после операции сорбент практически не функционировал, но его активная функция за предыдущие два дня привела к тому, что по оставшемуся страховому дренажу количество отделяемого было почти вдвое меньше, чем в контрольной группе. Это говорит о возможности удаления последнего в более ранние сроки, т.е. сокращается общий период дренирования. Снижалась длительность дренирования, в среднем, на 3-4 дня.
Ускоренная эвакуация раневого экссудата отразилась на динамике очищения гнойного очага и заживлении раны у больных основной группы, что наглядно продемонстрировали данные цитологического исследования, которые проводились в день оперативного вмешательства, через три дня после операции и на седьмые сутки после неё. При цитологическом исследовании раневого отделяемого проводили подсчёт полинуклеаров, мононуклеаров, макрофагов и дегенерирующих клеток, после чего, нами отмечено было выраженное снижение концентрации клеточного состава в раневом отделяемом больных основной группы.
В результате: у пациентов основной группы кожные швы можно было удалить, в среднем, на 1,5-2 дня раньше; следовательно, применение полисорб МП приводит к более быстрому заживлению раны. После операции у всех исследуемых больных положительная динамика зависела от характера и объёма проведённого оперативного лечения, а также использования раневого диализа.
Положительная динамика содержания СБ в кро-

ви больных основной группы более выраженная у этой группы пациентов подъем показателей СБ составил 18,6% (М 63,4-69,7 – 75,2 г/л) тогда в контрольной - 13,9 % (М 63,8 – 68,8 – 72,7 г/л). Различие исходных данных между группами сравнивали по критериям Манна-Уитни (Р-0,747) в динамике по Стьюденту (Р= 0,019 и Р=0,08, соответственно).

Результаты наших исследований показывают, что у больных основной группы на 4-5 сутки после начала лечения уровень СМП начал снижаться, в то время как у больных контрольной группы уровень СМП почти не изменилось. На 7-8 сутки от начала лечения в контрольной группе уровня СМП снизился всего лишь на 1,5 у.е., а в основной - на 2,24 у.е. Значительные изменения претерпевает и ЛИИ у больных, как контрольной, так и основной группы. Исходные уровни ЛИИ у больных обеих групп составили: в основной группе - 5,7±0,6 и в контрольной - 5,8±0,7, что превысило нормальные показатели в 3 раза.

Отличительные признаки определялись уже на третьи сутки после операции: в контрольной группе М (s) – с 5,8 (0,7) у.е. снизился до 5,3 (0,6) а в основной – с 5,7 (0,7) до 4,8 (0,5). На десятые сутки данное отличие приобретало более выраженный характер: в основной группе больных уровень ЛИИ снизился ещё на 1,4 у.е., тогда как в контрольной группе – на 1 у.е. У больных контрольной группы общее снижение ЛИИ составил 1,5 у.е. (26,5%), у больных основной группы – 2,3 у.е. (40,4%).

При анализе результатов исследуемых параметров, большую помощь в оценке эффективности лечения дают исследования уровня цитокинов.

Как видно из лабораторных данных, у всех больных до начала лечения наблюдался высокий уровень провоспалительных цитокинов ИЛ-1 - 52,1±1,9 нг/мл, что свидетельствует об ослаблении иммунитета. После проведения комплексного лечения с введением полисорба МП происходит снижение активности ИЛ-1 - 23±1,1 нг/мл в основной группе, и повышение активности противовоспалительного ИЛ-10 в обеих группах, что характеризует собой регресс острого гнойного воспалительного процесса.

У больных основной группы пациентов подъем ИЛ-10 составил - 80, ±14,8 нг/мл. СБ составил – 17,1%, а снижение уровня СМП 46,7%, у пациентов контрольной группы подъем ИЛ-10 составил – 46,1% СБ – 12,7%, и снижение СМП – 40,1%. Т.е имеется обратно пропорциональная зависимость между СБ крови СМП; ЛИИ крови и цитокинов.

Данные исследований показывают сокращение после-операционного периода у больных основной группы и возможность их выписки на 3-4 дня раньше больных контрольной группы. Достигнут экономический эффект. Таким образом, мы считаем, что применение полисорб МП в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями почек и паранефральной клетчатки повышает клинико-экономическую эффективность на ~18%, является безопасным, повышает клинический и экономический эффект. Мы находим целесообразным внедрение пиосорбции в клиническую практику урологических отделений.

Эффективность УФО крови При остром пиелонефрите

К.М. Арбулиев, М.Г. Арбулиев, М.Г. Магомедов, М.М. Гусейнов, М.О. Азизов, Н.М. Гусниев.

Кафедра урологии Дагестанского Государственного Медицинского Университета г. Махачкала

Пиелонефрит является одним из самых частых заболеваний почек (Лопаткин Н.А., 1998). Очень часто пиелонефрит осложняет течение уже имеющихся урологических заболеваний, таких как мочекаменная болезнь, доброкачественная гиперплазия простаты, аномалия развития мочеполовых органов, сахарного диабета. В настоящее время для лечения пиелонефрита чаще используют антибактериальные, противовоспалительные препараты, и иммуномодуляторы. Однако, несмотря на многообразие консервативных методов лечения и лекарственных средств, по данным многих авторов полное выздоровление происходит не так часто. При этом увеличивается количество гнойных пиелонефритов и рецидивов данного заболевания, что заставляет искать новые методы лечения и наше внимание привлекло УФО крови, которое по данным специалистов обладает противовоспалительным действием в широком смысле.

Основными факторами терапевтического эффекта ультрафиолетового облучения считаются: антисептическое (бактериоцидное) действие, коррекция клеточного и гуморального иммунитета, повышение неспецифической резистентности организма, стимуляция регенераторных (заживляющих) процессов, противовоспалительное действие, улучшение реологических свойств крови(текучести), сосудорасширяющее действие, повышение антиоксидатной активности крови, стимуляция эритропозза, дезинтоксикационное действие.

Техника проведения УФО крови. В стерильных условиях иглой диаметром 8-12мм пунктируется периферическая вена. В сосуд сквозь просвет иглы вводится световод. Облучение проводят от 400 до 800им. в течении 40-60 минут (6-8 процедур через день).

Материалы и методы. Всем 41 больным (21-основная и 20-контрольная группы) с острым пиелонефритом, находившимся на стационарном лечении, проведено открытое рандомизированное сравнительное исследование эффективности и безопасности УФО терапии. При этом у 13 больных был левосторонний процесс, у 12 правосторонный и у 16 –двусторонний. Возраст больных колебался от 17-до 59 лет. У всех пациентов исследуемых групп отмечались одинаковые симптомы интоксикации.

У всех исследуемых оценивалась клиническая симптоматика, слабость, тахикардия, тошнота и т.д. проводился забор биологических материалов для проведения клинического анализа крови, бактериологического посева мочи. Кровь исследовалась на содержание средне-молекуляр-

ных пептидов (СМП) и сывороточного белка (СБ), определялся лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) сыворотки крови и на цитокины, а также проводились общеклиническое исследования.

Результаты. Исходные клинико-лабораторные данные не отличались у больных обеих групп, но в динамике результаты исследования показали отличительную картину. УФО крови улучшило эффективность лечения, что сказалось на результатах исследований. В результате длительного текущего воспалительного процесса в паренхиме почки развивается общая интоксикация организма за счет попадания бактерий и токсинов в кровь, что, естественно угнетает иммунный статус больного.

После лечения (7-8 день) у пациентов основной группы, получивших лечение УФО, большинство симптомов интоксикации купировались, в то время как у пациентов первой группы они частично сохранились: поясничные боли и общая слабость – у большинства, сниженный аппетит – у половины, остальные симптомы – почти у трети и лишь потливость – у одного. В связи с этим, у некоторых из них стационарное лечение продлилось более месяца. Если определить разницу эффективности, отраженная в процентах, то она составит ~20.

Клиническая эффективность УФО терапии подтверждается результатами лабораторных исследований уровня цитокинов, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), средне-молекулярных пептидов (СМП); немаловажную ценность несет бактериологические исследования мочи (диагностической считалось от 10^5 КОЕ и выше), что, в целом, характеризует тяжесть воспалительного процесса и эндотоксикоза. Кроме того, определялось состояние почечной гемодинамики. Все перечисленные исследования проводились до лечения (исходные данные) и в динамике: на 4-5-е и 8-10-е сутки, соответственно.

СМП и ЛИИ определяют степень эндотоксикоза. Результаты наших исследований констатируют, что наибольшее отклоненные от нормы этих показателей было у больных тяжелым течением пиелонефрита. У больных основной группы на 4-5 сутки после начала лечения уровень СМП начал снижаться, в то время как у больных контрольной группы изменения уровня СМП показывают вялую динамику. На 8-10-е сутки от начала лечения в контрольной группе уровень СМП снизился, всего лишь, на 1,08г/л., а в основной – на 1,53г/л. Аналогичной динамики придерживаются и показатели ЛИИ: у больных основной группы исследуемый показатель снизился на к 10-м суткам лечения с 5,8 до 2,7у.е., в то время как в контрольной группе – с 5,7 до 3,9у.е. У больных после проведения УФО крови положительная динамика показателей СМП и ЛИИ более выражена (примерно в 1,5 раза), чем у больных, не получавших его.

Кроме полученных результатов исследуемых параметров, существенную роль в точной оценке эффективности УФО крови вместе с комплексным лечением дают показатели уровня цитокинов. У больных острым пиелонефритом до начала лечения наблюдался высокий уровень провоспалительных цитокинов (интерлейкин-1), что свидетельствует о реакции иммунной системы на прогресс воспалительного процесса. После проведения комплексного лечения в группе с обязательным проведением УФО крови происходит более быстрый регресс уровня интерлейкина-1. В то время как в контрольной они еще оставались существенно выше нормы.

По данным посева мочи у всех больных обеих групп высевался тот или иной микроорганизм. До лечения монокультура мочи составила 70%, при этом у 3 пациенток было выделена кишечная палочка, у 2 – энтерококк, у 1 – негомолитический стрептококк, и у еще 1 – пациентки выявлен эпидермальный стафилоккок. Микробные ассоциации были обнаружены у 30% больных. Анализ состава микробных тел после лечения выявил, что положительная динамика в группах различается. У большей половины больных (76%) основной группы на 10-й день лечения встречались стерильные посевы, когда как у большей половины больных (58%) в контрольной группе они не были стерильными, – это подтверждает улучшенное воздействие УФО крови на микроорганизмы.

Для изучения и оценки состояния микроциркуляции в почках осуществляется ультразвуковым исследованием в режиме цветного доплеровского картирования (ЦДК) и спектрального анализа. ЦДК назначалось до лечения и на 8-9 сутки после. Измеряли конечная скорость кровотока – VS и индекс резистентности –RI. Для определения нормальных показателей микроциркуляции провели ЦДК у здоровых людей в возрасте 20-30 лет (10 человек) и получили данные VS в почечных артериях-40-56 см/сек, а в сегментарных -19-22 см./сек и RI -0,54-0,65. При исследовании микроциркуляции почек у больных острым пиелонефритом до лечения было выявлено снижение VS и повышение RI.

В процессе проводимого нами лечения средние значения VS и RI улучшились у больных обеих групп, но более динамичные изменения отметились у больных основной группы, что свидетельствуют об улучшении перфузии крови в почечных артериях, у больных основной группы.

Данные клинико-лабораторных исследований констатирует, что у больных основной группы, получивших УФО крови, отдельные признаки эффективного лечения преобладают и несут более выраженный характер; от чего вытекают следующие выводы.

Выводы. Исследования показывают, что показатели цитокинов, ЛИИ, СМП и СБ являются важными высокоинформативными методами, которые позволяют контролировать проводимую патогенетическую терапию при острых воспалительных заболеваниях почек;

УФО крови в комплексном лечении острого пиелонефрита оказывает выраженный эффект детоксикации, бактерицидное действие на возбудителей пиелонефрита, т.с. снижает бактериурию;

Применение УФО крови свидетельствует об улучшении перфузии крови в почечных артериях, т.с. улучшает гемомикроциркуляцию в почках.

Сравнительный анализ микрофлоры в урологических отделениях пензы и нижнего новгорода

Бабаев С.Ю., Митрофанова Н.Н., Киреев Д.А., Руина О.В., Мельников В.Л., Строганов А.Б.

ГБОУ ВО НижГМА,
г. Нижний Новгород
ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»
г. Пенза
ФГУЗ «ПОМЦ ФМБА России»
г. Нижний Новгород

Инфекции мочевыводящих путей относятся к одним из самых распространенных инфекционных заболеваний, требующих больших финансовых затрат на лечение. Локальный микробиологический мониторинг позволяет оптимизировать тактику эмпирической антибактериальной терапии, что приводит к снижению фармакоэкономических затрат и улучшает эффективность лечения.
Цель: сравнительная оценка структуры микрофлоры урологических отделений многопрофильных стационаров Пензы и Нижнего Новгорода.
Материалы и методы: проведен анализ 466 штаммов условно патогенной микрофлоры, полученной от 460 пациентов урологических отделений многопрофильных стационаров Пензы и Нижнего Новгорода. Исследование включало в себя: выделение, идентификацию микробных культур.
Результаты: в структуре условно-патогенной микрофлоры, выделенной из клинического материала урологического отделения многопрофильного стационара г. Пензы, преобладают E.coli (23,48%), Enterobacter spp. (19%), P.aeruginosa (12,9%) и Enterococcus faecalis (10,5%). В урологических отделениях многопрофильного стационара г. Нижнего Новгорода преобладающими являлись E. coli (22%), K. pneumoniae (20%), P. aeruginosa (12%), S. epidermidis (10 %). В 98% выделялась моноинфекция. Микробный спектр мочи из дренажей составил в основном в Пензе: P. aeruginosa (27%) и Enterobacter spp. (15%). В Нижнем Новгороде: E. coli (15%) и Acinetobacter spp. (15%). При катетерассоциированных инфекциях в основном высеивались в Пензе: P. aeruginosa (37,5%) и Enterococcus spp. (31%); в Нижнем Новгороде: Enterobacter cloacae (15%) и K. pneumoniae (38%).
Вывод: каждое отделение урологии имеет свои биотопы микроорганизмов, обладающие определенными признаками.

Особенности дренирования мочевыводящих путей у беременных с острым обструктивнымпиелонефритом и пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

Базаев В.В.[1], Никольская И.Г.[2], Бычкова Н.В.[1], Уренков С.Б.[1], Иванов А.Е.[1], Морозов А.А.[1]

[1] Урологическое отделение ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского,
г. Москва.
[2] ГБУЗ МО МОНИИАГ
г. Москва.

Введение: выбор метода дренирования мочевых путей при острой обструктивной уропатии, остром обструктивном пиелонефрите или рефлюкс пиелонефрите у беременных представляется проблематичным из-за трудностей и ограничений рентгендиагностики причин и уровня обструкции, возможного наличия ПМР. При этом внутреннее или чрескожное дренирование может не купировать острый воспалительный процесс в мочевой системе. Своевременно выполненное дополнительное и адекватное дренирование мочевых путей повышает эффективность лечения.
Цель работы: улучшить результаты лечения острого пиелонефрита беременных.
Материалы и методы: в урологическом отделении ГБУЗ МО МОНИКИ за период с 2013 г. по настоящее время находилось на лечении 47 беременные (от 17 до 36 недель) с острым обструктивным пиелонефритом, которым было выполнено 38 операций по установке\замене мочеточникового стента и 19 операций ЧПНС\ренефростомия. Все оперативные вмешательства произведены в течение суток от начало клинических проявлений воспалительного процесса в почках, проведена антибактериальная терапия с применением а\б категории «В» по классификации FDA. У 5 пациенток (16%) клинические признаки острого пиелонефрита сохранялись. При МРТ у 2-х выявлен 2-х сторонний паренхиматозный пиелонефрит. У 2 пациенток имелись клинические и ультразвуковые признаки ПМР со стороны контралатеральной почки, купированы установкой постоянного катетера в мочевой пузырь. У 2 пациенток имел место 2-х сторонний ПМР (у одной из них - рецидивный после 2-хсторонней антирефлюксной операции). При этом весь суточный диурез эвакуировался по установленной ранее нефростоме.
Результаты: все беременные были успешно доведены до родов. Отмеченные осложения были купированы заменой стента, установкой катетера Фолея в мочевой пузырь, выполнением ЧПНС.
Заключение: адекватное, своевременное, а при подозрении на врожденный ПМР в контралатеральную почку - комбинированное дренирование мочевых путей – повышает эффективность лечения острого обструктивного пиелонефрита и рефлюкс-пиелонефрита беременных. МРТ и ультразвуковой мониторинг мочевой системы позволяют выявить признаки ПМР у беременных.

Конституциональные параллели течения хронического простатита у молодых мужчин

Ю.Ю. Винник

ФГБОУ ВО КрасГМУ
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ
г. Красноярск

Цель настоящего исследования - изучить течение хронического простатита (ХП) у молодых мужчин на фоне комплексного лечения с применением общей и локальной озонотерапии в зависимости от соматического типа.

Объектом исследования были 306 мужчин-европеоидов первого периода зрелого возраста, страдающих ХП. Комплексная диагностическая программа помимо стандартных исследований включала: заполнение анкет суммарной оценки симптомов ХП и формулы сексуальной мужской функции, бактериоскопическое, бактериологическое и молекулярно-биологическое исследования отделяемого уретры и секрета простаты на ИППП, исследование микроциркуляции слизистой простатического отдела уретры и кожи в точке проекции простаты методом лазерной допплеровской флоуметрии, соматотипирование по схеме L. Rees-H.J. Eisenck. Регистрацию перечисленных параметров производили до лечения и через 20 дней после лечения. Частота выявления инфекций, передающихся половым путем, методом микроскопии выявила более высокий уровень Neisseria gonorrhoeae ($p<0,05$) у мужчин пикнического соматотипа (16,7%) по сравнению с мужчинами астенического (4,8%), в тоже время частота выявления Trichomonas vaginalis методом посевов ($p<0,04$) была выше у мужчин астенического соматотипа (59%) по сравнению с мужчинами пикнического соматотипа (40%). ХП наиболее злокачественно протекает у мужчин пикнического соматотипа, что объективно подтверждается клиническим индексом, однако эффективность стандартного лечения у этих пациентов с использованием регионарной и местной озонотерапии была выше, чем у пациентов других соматотипов и сопровождалась снижением клинического индекса практически в два раза (с 24,32±0,73 до 13,62±0,61 баллов). Наиболее значительное уменьшение размеров простаты на фоне терапии ХП отмечалось у больных пикнического соматотипа (с 34,12±0,51 $см^3$ до 29,08±0,64 $см^3$), улучшение параметров микроциркуляции – у больных астенического соматотипа. Изменение микроциркуляции слизистой простатического отдела уретры и кожи в точке проекции простаты на фоне терапии ХП соматотипически обусловлено. Наибольшие значения тканевой перфузии выявлены у пациентов нормостенического соматотипа, наименьшие – у пикнического.

Таким образом, проведенное исследование выявило соматотипические различия клинико-лабораторных и инструментальных характеристик течения ХП у мужчин первого периода зрелого возраста на фоне комплексного стандартного лечения с использованием местной и общей озонотерапии.

Критерии эффективности диагностики Урогенитального хламидиоза

Винник Ю.Ю., Анисимова Е.Н.

ФГБОУ ВО КрасГМУ
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
г. Красноярск

Одной из причин различных, часто противоречивых точек зрения на роль C.trachomatis в развитии простатита и нарушении фертильности мужчин являются сложности диагностики урогенитального хламидиоза. В том числе это связано и с тем, что различные методы лабораторной диагностики имеют различную чувствительность и специфичность, их диагностическая значимость неоднозначна.

В настоящее время в руководствах, клинических рекомендациях для установления диагноза урогенитальной хламидийной инфекции рекомендуется использовать методы основанные на амплификации нуклеиновых кислот (МАНК). Другие методы лабораторных исследований, в том числе: прямая иммунофлюоресценция (ПИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) для обнаружения антител к C. trachomatis, микроскопический и морфологический методы считается недопустимым использовать для диагностики хламидийной инфекции.

Целью настоящей работы явилась оценка лабораторной диагностики урогенитального хламидиоза у мужчин. Исследования проводились среди пациентов КГБУЗ ККВД №1. Сравнивали результаты различных методов лабораторной диагностики: определение видоспецифических хламидийный антигенов с помощью реакции прямой иммунофлюоресценции (ПИФ), обнаружение ДНК C.trachomatis методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), определение антихламидийных антител IgA, IgM и IgG.

В исследовании были использованы наборы реагентов: марки Амплисенс производства ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора для одновременного выявления ДНК Chlamydia trachomatis, Ureaplasma (видов Parvum и Urealyticum) и Mycoplasma hominis в клиническом материале методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с гибридизационно-флуоресцентной детекцией - МУЛЬТИПРАЙМ-FL; диагностические поликлональные куриные антитела специфичные к рекомбинантному антигену (MOMP) C. trachomatis, меченные флюоресцеинизотиоцианатом (ФИТЦ)-РекомбиСлайдХламидия; наборы реагентов для иммуноферментного раздельного выявления видоспецифических иммуноглобулинов класса A, M и G к Chlamydia trachomatis - Хлами Бест C.trachomatis.

На основании собственных исследований и оценке литературных данных был проведен сравнительный анализ чувствительности данных методик. При использовании метода прямой иммунофлюоресценции процент выявления C.trachomatis у пациентов с подозрением на ИППП составил в среднем 9%. Неправильная техника взятия биома-

териала, в значительной степени снижает чувствительность ПИФ. В нашем исследовании только в 74,2% случаев забор биологического материала для исследования мог быть признан адекватным. Специфичность теста напрямую зависит от типа антител, используемых в тест-системах. При использовании поликлональных антител, оценивается только показатель флюоресценции внутриклеточных включений, поэтому метод недостаточно чувствителен для определения малых количеств ретикулярных телец и не определяет элементарные тельца. Кроме того, методика является субъективной и требует высокой квалификации специалиста, выполняющего исследование.

Положительные результаты ПЦР были зарегистрированы у 18% обследованных пациентов. При проведении нашего исследования метод ПЦР давал положительный результат у пациентов с отрицательным результатом в реакции ПИФ. Метод ПЦР позволяет диагностировать латентную стадию инфекции, малосимптомные и бессимптомные варианты. Еще одно достоинство ПЦР анализа - возможность проведения количественной оценки, к сожалению, в КГБУЗ ККВД №1 не применяется технология «Real-Time».

Антихламидийные антитела класса А (IgA) выявлялись у 9,3% обследованных, класса М (IgM) – у 5,9% и класса G (IgG) – у 30,1% пациентов. Отмечалось расхождение результатов при сравнении прямых методов диагностики C. Trachomatis с методами определения антихламидийных антител в сыворотке крови. Выявление только антихламидийных антител класса G при отрицательных результатах прямых методов диагностики не позволяло выставить диагноз урогенитального хламидиоза.

Таким образом, результаты нашего исследования согласуются с данными других авторов, что ПИФ, ИФА не всегда позволяют установить диагноз урогенитального хламидиоза, а использование этих методов в сочетании с МАНК приводит к регистрации несовпадающих результатов и проблеме с установкой окончательного диагноза. Поэтому в КГБУЗ ККВД №1 для диагностики урогенитального хламидиоза решено использовать только МАНК. В плане повышения качества диагностики важен переход на технологию «Real-Time» ПЦР, а для контроля за качеством лечением определения РНК C.trachomatis с помощью метода NASBA.

Влияние бактериального лизата 18 штаммов E.coli на экспрессию Toll-подобных рецепторов на лейкоцитах периферической крови пациентов с РИМП

Е.М. Волкова [1], Т.С. Перепанова [1], Н.К. Ахматова [2], С.А. Сходова [2]

[1] НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
г. Москва
[2] ФГБНУ НИИВС им. И.И. Мечникова
г. Москва

Изучение механизмов врожденного и адаптивного иммунного ответа (экспрессии TLRs) под воздействием иммуномодулирующих препаратов может помочь выявить нарушения врожденного и адаптивного иммунного ответа и мишени действия для терапии рецидивирующей инфекции мочевых путей (РИМП).

Цель исследования. Определить состояние врожденного иммунитета у пациенток с рецидивирующим циститом.

Материалы и методы. Исследовано 10 здоровых женщин для контроля иммунологических показателей и 60 женщин (средний возраст 30,8±2,8 г) с рецидивирующим бактериальным циститом, которые были разделены на 2 группы: больные 1-ой гр. получали бактериальный лизат 18 штаммов E.coli (БЛ) в течение 3-х месяцев; 2-ая гр. - стандартную антимикробную терапию. Длительность заболевания пациенток - в среднем, 26,3±1,8 месяца.

Оценку экспрессии TLR4 и TLR8 на лейкоцитах периферической крови (МЛПК) осуществляли методом проточной цитометрии с применением моноклональных антител (МКА) против соответствующих антигенов. Результаты учитывали на проточном цитометре FC-500. Забор крови осуществляли при включении в исследование, через 1 и 3 мес. лечения и через 3 мес. после окончания терапии.

Результаты. Среди поверхностных рецепторов у больных РИМП был повышен уровень TLR4 на гранулоцитах (67,8±16,7%), по сравнению со здоровыми женщинами (9,4±3,9%). Среди эндоплазматических TLRs у пациентов до лечения отмечали высокий уровень TLR8 (85,5±7,7%), по сравнению с контролем (22,1±5,5%). Через 3 месяца после окончания приема БЛ содержание TLR-экспрессирующих клеток достигло значений нормы (TLR4-9,4%; TLR 8-34,6+7%, против контроля - 9,4±3,9 и 22,14+5,5%).

Выводы. Выявлено иммунокорригирующее действие БЛ через 6 мес. на численность мононуклеарных лейкоцитов периферической крови с экспрессией внеклеточных TLR4 и эндоплазматических TLR8. Этот факт свидетельствует об иммуномодулирующем влиянии препарата БЛ на врожденное звено системы иммунитета.

Состояние гуморального профиля иммунной системы у женщин с рецидивирующим бактериальным циститом.

Волкова Е.М.[1], Перепанова Т.С. [1], Ахматова Н.К., Сходова С.А.

[1] НИИ урологии и интервенционной радиологии им.Н.А.Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» г. Москва
ФГБНУ НИИВС им. И.И. Мечникова г. Москва

Трудности лечения больных с рецидивирующим бактериальным циститом (РБЦ) обусловлены как различными факторами вирулентности уропатогенной кишечной палочки, так и состоянием антимикробной защиты хозяина.
Цель исследования: определить состояние врожденного иммунитета у пациенток с рецидивирующим циститом.
Материалы и методы: в исследование были включены 60 женщин, страдающих РБЦ, и 10 здоровых женщин – для контроля иммунологических показателей. 60 пациенток (средний возраст 30,8±2,8 г) с РБЦ разделены на 2 группы: в 1-ой группе проводили лечение в течение 3-х месяцев бактериальным лизатом 18 штаммов E.coli; во 2-ой группе – стандартная антимикробная терапия.
Гуморальный профиль иммунной системы в сыворотке крови определяли в отношении эффекторов врожденного иммунитета – антимикробных пептидов (HNP1-3, лактоферрин) с помощью твердофазной ИФА тест системы. Забор биоматериала осуществляли до включения в исследование, через 1 мес. лечения, 3 мес. лечения и через 3 мес. после окончания терапии.
Результаты: У больных с РБЦ отмечалось повышение уровня дефенсина HNP1-3 в 2,5 раза (до 108,9 нг/мл, $p<0,05$), по сравнению со здоровыми лицами (43,3 нг/мл). После лечения бактериальным лизатом 18 штаммов E.coli уровень HNP1-3 снизился до 63,6 нг/мл уже через месяц и еще продолжал снижаться в течение 6 месяцев. На шестой месяц его уровень был на уровне нормальных показателей (44+7 нг/мл). Традиционная антимикробная терапия не оказывала существенного влияния на параметры иммунитета. Все изученные параметры оставались значительно нарушенными как на фоне терапии, так и после ее прекращения.
Выводы: у больных с РБЦ повышение уровня дефенсинов HNP1-3 свидетельствует о наличии инфекционного процесса в организме. Применение бактериального лизата 18 штаммов E.coli приводит к нормализации данных показателей в сыворотке крови женщин.

Вопросы лечения острого пиелонефрита беременных

Газымов М.М., Автономова О.И., Дерипаско Т.В., Филиппов Д.С., Казанков Ю.В.

БУ «Республиканская клиническая больница» и БУ «Президентский перинатальный центр» г.Чебоксары

Острый пиелонефрит осложняет течение беременности от 1 до 12 % и часто протекает на фоне ретенционных изменений верхних мочевых путей и является одним из частых экстрагенитальных осложнений беременности, что оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности, развитие и состояние плода. Своевременное поступление больных в специализированные учреждения и использование современных методов диагностики (УЗДГ, МРТ), применение малоинвазивных технологий позволяет снизить количество гнойных осложнений и соответственно уменьшить необходимость открытых оперативных вмешательств (Еникеев Д.В., Рапопорт Л.М., Еникевв М.Э).
Цель исследования: провести анализ лечения беременных гестационным острым пиелонефритом.
Материалы и методы: 2014-2016 гг. в Республиканской клинической больнице и Президентском перинатальном центре наблюдались 47 пациенток с острым гестационном пиелонефритом (ГП) в сроки беременности от 12 до 39 недель. Первая беременность была у 37 (78,7 %), повторная у 10 (21,3 %)
Соблюдая правила маршрутизации, установленные в Республике, больные поступали со всей Республики с диагнозом ГП в урологическое или нефрологическое отделения РКБ. Сроки от начала заболевания до поступления в стационар в среднем составили 32±6 часов. В первые часы после госпитализации, для подтверждения диагноза, кроме общеклинических лабораторных исследований проводили ультразвуковую (в том числе УЗДГ) диагностику. С учетом клиники, анализов крови, мочи, УЗИ мочевых путей и определение креатинина и мочевины крови некоторым пациентам проводили ежедневно.
Беременным с установленной суправезикальной обструкцией для восстановления оттока мочи из поврежденной почки проведенное стентирование верхних мочевых путей – 41 (87,2%) - оказалось эффективным, что позволило проводить антибактериальную и инфузионную терапию в полном объеме. Для чего по согласованию с акушер-гинекологами с учетом тяжести состояния пациентки использовали: цефтриаксон в/в или в/м 1 р/в сут или меропенем в/в 1 г 3 р/в сут. С улучшением состояния здоровья переводили на пероральный прием цефиксима 400 мг 1 р/в сут или монурала -3 г с повтором через 10 дней, или амоксициллина клавулата 625 мг внутрь 3 р/в день. Несмотря на проведение противовоспалительной и дезинтоксикационной терапии, троим пациенткам из этой группы уже в ближайшие дни пришлось проводить

чрезкожное пункционное дренирование обсцесса под УЗ контролем. Это привело к прекращению дальнейшего прогрессирования гнойного процесса. В предыдущие годы в подобных ситуациях были вынуждены проводить открытую операцию (вскрытие абсцесса, декапсуляция почки, нефростомия). Шестерым пациенткам без выраженных нарушений уродинамики было достаточно многократное применение коленно-локтевого положения в течение суток и прием вышеупомянутых противовоспалительных препаратов. Таким образом, все пациентки без нарушения уродинамики (6) и со стентами (41) получали антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, что позволило купировать атаку острого пиелонефрита. Дальнейшее наблюдение за беременными осуществляет нефрологи и акушер-гинекологи.

У 46 пациенток родоразрешение осуществлялось в сроки 37-40 недель, самостоятельно родили 35 (76,1 %), у 11 (23,9 %) было выполнено кесарево сечение. У одной больной при 20 недельном сроке беременности, отягощенной еще сопутствующими заболеваниями, были вынуждены прервать беременность.

Выводы. Соблюдение установленных в Республике правил маршрутизации, т.е. госпитализация всех пациенток с острым гестационным пиелонефритом с первичного звена здравоохранения непосредственно в Республиканские учреждения, позволило в более ранние сроки диагностировать острый воспалительный процесс в почках и определить тактику лечения. Современное восстановление уродинамики, адекватное антибактериальное и дезинтоксикационное лечение позволяет купировать атаку гестационного пиелонефрита и в большинстве случаев способствует доведению беременнности до логического конца.

Все это требует тесного взаимодействия врачей урологов, акушер-гинекологов, нефрологов, врачей лучевой диагностики.

Пути улучшения результатов лечения хронического цистита у женщин

Гусниев Н.М., Арбулиев К.М., Михайлов С.Х.

Дагестанский государственный медицинский университет, кафедра урологии,
г. Махачкала.

Хронический цистит - одно из самых распространенных урологических заболеваний. Он выявляется у 15000-20000 человек на 1 млн. жителей в год (Даниленко В.Р., 1995). Заболевание характеризуется высокой степенью распространенности и представляет серьезную медицинскую проблему, в основном среди женского населения (Кан Д.В., 1998; Левин Е.И., 1991; Лоран О.Б., 1996). Наиболее существенным фактором является нарушение кровообращения в стенке мочевого пузыря (Лопаткин НА., 1998; Пушкарь Д.Ю. и соавт., 2002; Гаджиева З.К., 2013). Следовательно, ишемия и гипоксия детрузора являются одним из пусковых механизмов развития цистита.

Целью работы было улучшение результатов лечения больных с хроническим циститом. За последние 20 лет наблюдали 54 женщины с хроническим циститом в возрасте от 18 до 62 лет. Всем им выполнялись общий анализ крови, мочи, цистоскопия, осмотр гинеколога, мазок из влагалища, ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря, гениталий, в некоторых случаях биопсия слизистой оболочки мочевого пузыря.

Лечение хронического цистита традиционными методами не всегда эффективно, часты рецидивы заболевания. Поэтому для улучшения кровообращения пузырной стенки, активации окислительно - восстановительных и обменных процессов, лучшей доставки кислорода и лекарственных препаратов к воспаленному органу мы предложили механический способ ангиостимулирования (А.С. № 2264204). Сущность способа заключается в следующем: 1) сначала под Пупартовой связкой ручным или аппаратным способом передавливают обе бедренные артерии в течение 1 минуты. Всего в день проводится 4 сеанса по 6 процедур каждый на протяжении 7 дней; 2) последующие 7 дней сдавливают бедренные сосуды 3 минуты по 4 сеанса из 6 процедур каждый; 3) остальные 7 дней сдавливают бедренные артерии в течении 5 минут по 4 сеанса в день каждый сеанс состоит из 4 процедур, перерыв между процедурами 1-2 минуты.

Предложенным способом проведено комплексное лечение 54 больным хроническом циститом. В результате проведенного лечения у 48 (89%) женщин прошли боли над лоном, дизурия, нормализовался анализ мочи.

Таким образом, способ усиления кровоснабжения в стенке мочевого пузыря позволяет улучшить результаты лечения женщин с хроническим циститом.

Способы лечения хронического пиелонефрита

Гусниев Н.М., Арбулиев К.М.,
Рамазанов М.Р., Михайлов С.Х.

Дагестанский государственный медицинский университет, кафедра урологии
г.Махачкала.

Пиелонефрит - одно из самых распространенных заболеваний у человека. А.Я. Пытель (1969) утверждал, что пиелонефрит занимает второе место после острых респираторных вирусных инфекций. По данным О.Л. Тиктинского, С.Н. Калининой (1996) среди урологических больных с различными заболеваниями сопутствующий или вторичный пиелонефрит выявляется почти в 90% случаев. В патогенезе пиелонефрита опрелленная роль принадлежит ишемии почки. Воспалительный и рубцовый процесс сдавливают артериальные сосуды и вызывают снижение кровоснабжения почек. Установлено, что нарушения кровоснабжения играет важную роль в развитии пиелонефри-

та (Рябинский В.С., 1963; Пытель А.Я., Голигорский С.Д., 1977), а почечная ишемия способствует фиксации и развитию инфекции (Пытель А.Я., 1969). Нарушения оттока мочи также ведет к гемодинамическим изменениям в почечной паренхиме спазму кортикальных артерий и гипоксии (Пытель Ю.А., Аляев Ю.Г. и соавт., 2001). Показано, что с возрастом снижает почечный кровоток вследствие атеросклероза магистральных и внутрипочечных сосудов (Люлько А.В., 1989). Ангиографическое изображение и дает весьма характерную картину хронического пиелонефрита. Происходит уменьшение калибра почечных артерий на стороне поражения, объясняется кровоснабжение паренхимы, мелкие ветви почечной артерии становятся тонкими или исчезают полностью - «симптом обгорелого дерева» (Лопаткин Н.А., 1961; Пытель Ю.А., Золотарев И.И., 1987; Котляров П., 1998). Очевидно, что в патогенезе хронического пиелонефрита важная роль принадлежит снижению почечного кровообращения. Поэтому для улучшения почечного кровотока и борьбы с ишемией разработан механический способ лечения хронического пиелонефрита (заявка № 2002131083). Согласно законам классической гидродинамики и работам профессора М.Р. Рамазанова при сдавлении обеих бедренных артерий увеличивается давление внутри аорты, что приводит к усилению кровотока в почечных артериях. В течение 20 лет наблюдали 63 больных с хроническим пиелонефритом в возрасте от 32 до 60 лет. Диагноз устанавливали на основании жалоб, анамнеза, клинических, лабораторных, ультразвуковых, рентгенологических методов исследования. На фоне традиционного лечения хронического пиелонефрита осуществляли усиления органного кровотока в почках, предложенным способом. Сущность способа заключалась в следующем: 1) сначала под Пупартовой связкой ручным или аппаратным способом передавливают бедренные артерии в течении 1 минуты. Всего в день проводится 4 сеанса по 6 процедур каждый на протяжении 7 дней; 2) последующие 7 дней передавливали бедренные артерии 3 минуты по 4 сеанса из 6 процедур каждый; 3) остальные 7 дней сдавливают бедренные сосуды в течении 5-минут по 4 сеанса в день, каждый сеанс состоит из 4 процедур перерыв между процедурами 1-2 мин.

В результате проведенного комплексного лечения у 54 (86%) больных прошли боли в пояснице, исчезла субфебрильная температура тела, нормализовались анализы мочи и крови.

Таким образом, предложенный способ усиления кровотока в почке позволяет улучшить результаты лечения больных с хроническим пиелонефритом.

Ангиостимулирование как патогенетически обоснованный способ лечения хронического простатита

Гусниев Н.М. Рамазанов М.Р. Гусниев М.А.

Дагмедакадемия
г.Махачкала

Высокая распространённость хронического простатита (ХП) и зачастую неудовлетворительные результаты лечения требуют поисков новых подходов к терапии этого недуга. Известно, что 90% ХП имеют невоспалительное происхождение. Видимо, кроме микробов, в этиопатогенезе развития ХП существенную роль играют и другие факторы, одним из которых является нарушение кровообращения в предстательной железе (ПЖ). По мнению О.Л. Тиктинского, В.В. Михайличенко (1999), недостаточное артериальное кровоснабжение обусловлено анатомически. Конечные ветви простатических артерий заканчиваются не в железистой ткани, а в соединительных прослойках, разделяющих дольки ацинусов. Поэтому любое воспаление, отек, рубцово-склеротический процесс сдавливает эти артериолы, что приводит к ишемии ПЖ. Длительное время занимаясь реографией ПЖ Ю.М. Есилевский (2004) утверждает, что имеется настоятельная необходимость оценки состояния органного кровотока ПЖ, так как большинство хронических простатопатий протекает с участием изменений локального кровообращения. Автор предлагает выделять три стадии изменений органного кровотока ПЖ в зависимости от выраженности артериальной недостаточности. С внедрением в урологическую практику УЗИ-допплерографии ПЖ появилась возможность оценить не только анатомическую структуру органа, но и его функциональное состояние. При ХП отмечается обеднение сосудистого рисунка, уменьшение линейной скорости кровотока и повышение показателей периферического сосудистого сопротивления (Зубарев А.В. и соавт., 2001;Абоян И.А. и соавт., 2002; Неймарк Б.А., Ломшаков А.А. 2004; Аляев Ю.Г. и соавт. 2006). Описанные сведения убеждают в том, что в развитии ХП одну из ведущих ролей играет недостаточное артериальное кровоснабжение ПЖ. Поэтому целью нашей работы стало усиление артериального кровоснабжения ПЖ и улучшение результатов лечения больных с ХП.

Для решения поставленной задачи нами предлагается механическое передавливание бедренных артерий на уровне пупартовых связок. Технический способ осуществляется большими пальцами рук или специальным аппаратом. Смысл предложения заключается в перемещении объема крови, предназначенного для нижних конечностей, в органы малого таза. Для этого есть предпосылки. Ведь внутренние подвздошные артерии находятся ближе всего к зоне передавливания и по диаметру наиболее крупные в этом регионе. Это можно видеть при реографии и допплерографии ПЖ. При передавливании бедренных артерий

усиливается кровоток в ПЖ. Сущность предлагаемого способа заключается в следующем (А.С. 2226086): 1) сначала под пупартовой связкой ручным или аппаратным способом передавливают обе бедренные артерии в течении 1мин. Всего в день проводиться 4 сеанса по 6 процедур каждый на протяжении 7 дней; 2) последующие 7 дней сдавливают бедренные сосуды по 3 мин., по 4 сеанса из 6 процедур каждый; 3) остальные 7 дней сдавливают бедренные артерии в течении 5 мин., по 4 сеанса в день, каждый сеанс состоит из 4 процедур. Перерыв между процедурами 1мин.

За последние 20 лет предложенным способом проведено комплексное лечение 276 больных с ХП в возрасте от 20 до 65 лет. Всем им проводилось урологическое исследование, оценивалась степень выраженности симптомов по шкале СОС-ХП (Лоран О.Б., Сегал А.С., 2001), брали мазки из уретры на ЗППП, секрет простаты, выполняли посев спермы на флору и чувствительность к антибиотикам,урофлоуметрию,УЗИ-простаты и лабораторные анализы крови и мочи. Больные, наряду с ангиостимулированием , получали медикаментозную терапию. Выздоровление или улучшение по клинико-лабораторным данным отметили 252 (84%) мужчин. Проведено сравнительное изучение эффективности лечения ХП со сдавлением бедренных артерий и традиционными методами . Результаты терапии по основным симптомам болезни (болевому и дизурическому) оказались лучше при применении ангиостимулирования.

Таким образом, одним из ведущих патогенетических факторов развития ХП является недостаточное артериальное кровоснабжение ПЖ. Для улучшения кровоснабжения ПЖ нами предложен механический способ ангиостимулирования в комплексном лечении ХП, эффективность которого составила 84%. Предложенный способ подкупает простатой, легкостью в применении и не требует больших материальных затрат.

Оксидантный статус при остром пиелонефрите.

А.Р. Джаримок

Окислительный стресс при сниженной антиоксидантной защите является патогенетическим звеном в развитии многих заболеваний [Локтионов А.Л. и др., 2013, 2015], в том числе и урологических заболеваний [Тугушева Ф.А. и др., 2009; Шатохин М.Н. и др., 2012; Конопля А.И. и др.]. В настоящее время в патогенезе пиелонефрита важное значение придается мембранопатологическим процессам [Брциева З.С., 2008; Плешкова Е.М. и др., 2013].

Цель работы - установление состояния процессов пероксидации липидов, антиоксидантной защиты на системном и локальном уровне при остром необструктивном и обструктивном пиелонефрите.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 56 пациентов с диагнозом острый серозный первичный (необструктивный, НОП) и вторичный (обструктивный, ООП) пиелонефрит, проходивших лечение в период 2014 – 2015 гг. в урологическом центре НУЗ Научный клинический центр ОАО «РЖД». Больные первой группы получали консервативную и антибактериальную терапию. Пациентам второй группы выполнялось оперативное пособие на пораженной почке с целью ее дренирования (чрескожная нефростомия), после чего назначалась стандартная антибактериальная терапия. Группа контроля включала 15 здоровых доноров-добровольцев того же возраста.

Результаты исследования и их обсуждение.

У пациентов с ОНП до начала лечения в плазме крови установлено увеличение концентрации малонового диальдегида (МДА) в 3,3 раза, ацилгидроперекисей (АГП) в 3,8 раз, стабильных метаболитов оксида азота ($СМ_{NO}$) и неоптерина в 1,6 раза, снижение активности ферментов антиоксидантной защиты (СОД и каталазы). После проведенного лечения нормализовалось содержание АГП, неоптерина, $СМ_{NO}$, СРБ, активность СОД, в сторону показателей здоровых доноров корригировалась концентрация МДА. У больных с ООП, по сравнению с ОНП, выявлено дальнейшее повышение концентрации АГП, $СМ_{NO}$, СРБ и снижение активности СОД. На момент окончания лечения нормализовалось содержание неоптерина, корригировался уровень МДА, АГП, СРБ и активность СОД. В моче при ОНП выявлено повышение содержание МДА в 6,2 раза и АГП в 3,1 раза, неоптерина в 2,5 раза, $СМ_{NO}$ в 1,8 раза при снижении активности каталазы и нормальной СОД. После лечения нормализовалось содержание неоптерина, стабильных метаболитов NO, активность каталазы, корригировалась концентрация МДА и АГП. При ООП более значительно, чем при ОНП, снижалась активность ферментов антиоксидантной защиты, повышались показатели ПОЛ и содержание $СМ_{NO}$. После проведенного комплексного лечения нормализовался уровень неоптерина, остальные исследованные параметры корригировались, но не до значений здоровых доноров.

При сопоставлении числа нарушенных лабораторных показателей оксидантного статуса на системном и местном уровне с делением глубины нарушений по степеням установлено, что до начала лечения исследовано 19 параметров, из них нарушенными при ОНП оказались 14 (73,7%), а ООП 18 (94,7%), из которых при ОНП и ООП II и III степень нарушений имели соответственно 11 (57,9%) и 14 (73,7%), что требует обязательной коррекции. После проведенного лечения остались нарушенными при ОНП 26,4%, а при ООП 73,8% показателей.

Заключение. Активная воспалительная стадия ОНП и, в большей степени, ООП характеризуется развитием окислительного стресса и повышением уровня стабильных метаболитов оксида азота на системном и местном уровнях. После лечения уровень продуктов ПОЛ, факторов антиоксидантной защиты при ОНП нормализовался или корригировался, а при ООП только корригировался. Изучение процессов ПОЛ представляет интерес для раскрытия отдельных звеньев внутриклеточ-

ного механизма развития почечной патологии и подтверждает необходимость патогенетической терапии препаратами с антиоксидантным и мембранотропным действием при остром обструктивном пиелонефрите.

Профилактика хронического рецидивирующего цистита у женщин

Карпов Е.И., Ананьин А.М., Ананьин Б.А.

Лечение хронического рецидивирующего цистита должно быть комплексным и включать антибактериальную терапию, НПВП, иммунотропную терапию и фитотерапию.
Целью исследования была оценка эффективность иммуностимулирующего препарата Уро-Ваксом и растительного лекарственного средства Канефрон в профилактике хронического рецидивирующего цистита у женщин.
В исследование было включено 72 женщины в возрасте 18 – 58 лет с хроническим рецидивирующим циститом. Средний возраст составил 27,3 лет. Средняя длительность заболевания 2,5 года. Обследование включало в себя общий анализ мочи, и посев мочи на флору и УЗИ мочевой системы по показаниям. Все пациентки были разделены на три группы.
1 группа (контрольная) – 30 женщин, которые принимали антибактериальные препараты (фосфомицин, нитрофурантоин, левофлоксацин, амоксициллин, цефиксим) только в период обострения. В период ремиссии лекарственных средств не принимали.
2 группа – 22 женщины, которые в период обострения получали антибактериальные препараты в сочетании с приемом Уро-Ваксома. Препарат назначался по 1 капсуле ежедневно утром натощак в течение 3 мес. с последующим периодом наблюдения 12 мес.
3 группа – 20 женщин, принимавших в период обострения антибактериальные препараты в сочетании с приемом Уро-Ваксома и Канефрона (по 2 драже 3 раза в день) в течение 3 мес. с последующим периодом наблюдения сроком 12 мес.
В первой группе средняя частота обострения составила 4,2 случая в год. Во второй группе – 2,9 случая в год, т.е. снизилась частота рецидивов цистита на 32%. В третьей группе частота рецидивов составила 2,6 случаев в год.
Выводы: несмотря на небольшое количество наблюдений, комбинированное использование в целях профилактики рецидивов хронического цистита неантибактериальных препаратов с различными механизмами действия представляется весьма перспективным.

Сравнение микробиоты пузырной и лоханочной мочи при остром обструктивном пиелонефрите

М.И. Коган, Ю.Л. Набока, И.А. Гудима,
С.К. Беджанян, Е.В. Митусова, Н.В. Крючкова

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
г. Ростов-на-Дону

Введение. Осложненные инфекции верхних мочевых путей являются частым и проблемным состоянием в практике уролога. В этой связи не удивительно возникновение вопроса о сравнимости микробиоты пузырной и лоханочной мочи при остром обструктивном пиелонефрите (ООП) и о надежности культурального исследования пузырной мочи.
Цель исследования. Анализ и сравнение микробиоты пузырной и лоханочной мочи при ООП.
Материалы и методы. Обследованы 72 последовательно отобранных больных с ООП, возникшим в связи с камнями мочеточника. Всем пациентам выполняли бактериологическое исследование пузырной мочи, полученной уретральным катетером, и лоханочной мочи, полученной мочеточниковым катетером после ликвидации калькулезной обструкции. Посевы мочи производили на расширенном наборе (9-10) питательных сред для идентификации широкого спектра аэробных и неклостридиальных анаэробных бактерий (НАБ). Для обработки результатов исследований использовали статистические методы.
Результаты. Во всех 72 случаях ООП стерильные посевы мочи отсутствовали. Анализ уровней бактериурии энтеробактерий, грамположительной флоры и НАБ в двух образцах мочи показывает их достоверное сходство ($p>0,05$). Представители семейства Enterobacteriaceae в пузырной и лоханочной моче обнаружены с равной частотой в 81,3% и 80,3% случаев соответственно ($p>0,05$). Спектр грамположительных микроорганизмов также оказался практически одинаковым в двух образцах мочи ($p>0,05$). Единственным достоверным различием двух образцов мочи явилась более высокая частота присутствия Corynebacterium spp. в пузырной моче в сравнении с лоханочной мочой ($p<0,05$).
Выводы. Микробиота лоханочной мочи при остром обструктивном пиелонефрите вследствие камня мочеточника идентична микробиоте пузырной мочи как по спектру, так и по уровням бактериурии различных микроорганизмов.

оценка отдаленных результатов комплексного лечения хронического цистита с применением фото- и хронотерапии

Кузьменко А.В., Кузьменко В.В., Гяургиев Т.А.

Введение. Хронический цистит является одной из наиболее обсуждаемых проблем современной урологии. Он является причиной более 7 млн. обращений к врачу ежегодно. В России рецидив в

течение 6 месяцев развивается у 30% женщин, а у 50 % больных инфекция рецидивирует чаще 3 раз в год.

Материалы и методы. Нами проведено обследование 60 женщин с хроническим рецидивирующим бактериальным циститом. Пациенты были рандомизированы на 2 группы по 30 человек.

В группе сравнения (ГС) была назначена стандартная антибактериальная терапия. В клинической группе (КГ) проводилась стандартная терапия в сочетании с фототерапией в акрофазу хроноритма.

Пациенткам было предложено ежедневное заполнение дневников мочеиспускания, а также 5-балльной вербальной шкалы оценки боли на 1-е, 5-е и 10-е сутки. Проводилась ежедневная регистрация индивидуального хроноритма, по результатам которого выявлялось наличие десинхроноза.

Лабораторный мониторинг включал общеклинические анализы и иммуноферментный анализ крови с определением С-реактивного белка.

Результаты. По результатам проведенного исследования применение фототерапии в акрофазу хроноритма к 5–м суткам терапии позволило устранить десинхроноз, а также достоверно снизить интенсивность болевых ощущений на 82,9%, частоту микций на 63%, лейкоцитурию на 96%, а уровень С–реактивного белка на 99%.

Обсуждение результатов. На наш взгляд применение фототерапии в акрофазу хроноритма приводит к усилению ее положительного эффекта на фоне максимальной активизации внутриклеточного обмена веществ и повышения функциональной активности тканей. Также необходимо отметить выраженный анальгезирующий эффект фототерапии, которая способствует блокированию передачи болевого импульса за счет повышения проницаемости пресинаптических мембран на нервных окончаниях нейронов и истощения медиаторов в синапсах.

Больной урогенитальным туберкулезом – кто ты? Разрушаем стереотипы

Е.В. Кульчавеня [1,2], Т.В. Алексеева [1,2], М.В. Лукьянова [1], А.В. Осадчий [1], С.Ю. Шевченко [1,2]

[1] ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России
г. Новосибирск
[2] ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
г. Новосибирск

Введение. Диагностика урогенитального туберкулёза (УГТ), как правило, запаздывает, преимущественно вследствие отсутствия патогномоничных симптомов.

Материал и методы. В исследование включены 49 больных туберкулёзом предстательной железы, и 105 пациентов с туберкулёзом органов дыхания как группа сравнения, находившихся на стационарном лечении в ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России. Также проанализирована половая структура УГТ на основе изучения статистических отчётов за 2008-2015 годы субъектов Российской Федерации (Сибирский и Дальневосточный федеральные округа).

Результаты. За восемь лет только трижды число заболевших УГТ мужчин равнялось или даже незначительно превышало число заболевших женщин, в остальные годы уверенно лидировали больные женского пола.

Каждый пятый больной туберкулёзом органов дыхания был пониженного питания, а каждый третий находился в состоянии гипотрофии, что типично для “habitus phthysicus”. Напротив, средний индекс массы тела больных туберкулёзом предстательной железы составил 28 кг/м^2; избыточную массу тела имели 53,8% пациентов. У 35,0% больных туберкулезом предстательной железы было выявлено нарушение углеводного обмена, каждый четвертый имел гиперхолестеринемию. Метаболический синдром как совокупность абдоминального ожирения, нарушения углеводного и липидного обмена и артериальной гипертензии был диагностирован у 41,6% больных туберкулезом предстательной железы – и ни в одном случае среди больных туберкулезом органов дыхания.

Выводы.

В структуре уротуберкулеза преобладают женщины, несмотря на то, что урологический туберкулез по определению охватывает заболевание мочевой и мужской половой системы.

Современный урогенитальный туберкулез не имеет никаких внешних проявлений, позволяющих заподозрить это заболевание.

В половине случаев больной туберкулезом предстательной железы имеет избыточный вес, нарушение углеводного и липидного обмена. В 40,1% у больных туберкулезом предстательной железы диагностируют метаболический синдром.

Характеристика микробной флоры у пациентов с подозрением на урогенитальный туберкулез

Е.В. Кульчавеня, А.Г. Чередниченко

ФГБУ Новосибирский НИИ туберкулёза
Минздрава России
г. Новосибирск
ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет
г. Новосибирск

Введение. В структуре заболеваемости туберкулезом на 2-3 месте после туберкулеза легких стоит урогенитальный туберкулез (УГТ). У каждого четвертого пациента заболевание по-прежнему выявляют на стадии формирования каверн. Нефротуберкулез в 75% случаев сопровождается неспецифическим пиелонефритом, что логичным образом исключает «стерильную пиурию». Мы поставили цель определить микробный спектр мочи и дериватов половых желез у пациентов с подозрением на УГТ и изучить степень чувствительности вы-

деленных микроорганизмов к основным антибактериальным препаратам.

Материал и методы. Проанализирован спектр патогенной микрофлоры, выделенной у больных, поступивших в урогенитальную клинику ФГБУ ННИТ М3 РФ с целью исключения УГТ с 1 января 2012 года по 30 сентября 2016 года. Видовую идентификацию микроорганизмов проводили методом время пролетной масс-спектрометрии и на микробиологическом анализаторе Phoenix 100 (BectonDickinson, США). Антибиотикорезистентность определяли на микробиологическом анализаторе Phoenix 100 (BectonDickinson, США).

Результаты. Всего за анализируемый период было выполнено 3004 бактериологических исследований на неспецифическую микрофлору. Спектр возбудителей ежегодно менялся, однако около половины приходилось на E.coli, что подтверждает ее роль как ведущего уропатогена. Относительно приемлемую частоту резистентности обеспечивали только пиперациллин/тазобактам и нитрофурантоин, по отношению к остальным антибиотикам частота чувствительных штаммов прогрессивно уменьшалась и опустилась к 2016 году до 40% и ниже.

Заключение. Наши результаты нельзя экстраполировать на популяцию в целом, поскольку на дифференциальную диагностику поступают пациенты, получившие множество курсов лечения различными антибактериальными препаратами, что приводит к селекции резистентных штаммов. Полученные результаты подчеркивают необходимость строго выбора антибиотиков для эмпирической терапии по поводу урогенитальных ифнекций; при отсутствии эффекта после первого же курса пациент должен быть немедленно обследован на туберкулез методами молекулярно-генетической диагностики.

Необходимость комплексного подхода к обследованию и лечению больных хроническим абактериальным простатитом

[1,2]Е.В. Кульчавеня, [3]А.А. Бреусов, [1]А.Г. Чередниченко, [1]О.И. Альховик, [4]С.В. Стовбун

[1]ФГБУ Новосибирский НИИ туберкулёза Минздрава России,
[2]ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России,
[3]Медицинский центр «Биовэр», Новосибирск,
[4]ФГБУН «Институт химической физики им. Н.Н. Сеченова» РАН, Москва. Россия

Введение. Причина рецидивов хронического простатита (ХП) нередко заключается в неправильном определении его категории. Считается, что в 90% случаев ХП – абактериальный, но так ли это?

Цель исследования – определить структуру хронического абактериального простатита и эффективность комплексной терапии у этих больных.

Материал и методы. В исследование включили две группы больных абактериальным ХП категории 3-а по 28 пациентов в каждой. Все пациенты проходили стандартное обследование, включая исследование на внутриклеточные возбудители и вирусы. Комплексная терапия включала доксициклин (юнидокс солютаб); при обнаружении вируса герпеса - фамцикловир (фамилар). Группа сравнения (ГС) получала только базовую терапию; пациентам основной группы (ОГ) дополнительно был проведен курс лечения ПАНАВИРом внутривенно.

Результаты. При включении в исследование больные отвечали критериям диагноза «хронический простатит категории 3-а», поскольку у всех пациентов число лейкоцитов в секрете простаты превышало 15 в поле зрения, в дериватах половых желез рост патогенной микрофлоры получен не был. Молекулярно-генетическими методами обнаружили ДНК Chlamydia trachomatis (17 пациентов), Ureaplasma urealyticum (15 больных), Mycoplasma genitalium (22 пациента), virus Herpes (9 пациентов) которые формально не относятся к этиологическому фактору ХП, тем не менее, поддерживают воспаление в ПЖ. У всех присутствовала ассоциация микробной флоры.

Через три месяца после завершения комплексной терапии интенсивность боли по шкале NIH-CPSI составила в среднем 2,7 балла в ОГ и 4,7 в группе сравнения (ГС), нарушение мочеиспускания - 1,8 баллов в ОГ и в 3,5 балла – в ГС. Качество жизни по шкале симптомов составило 3,4 и 8,1 баллов соответственно. Сумма баллов в ОГ снизилась с 20,9 до 7,9, и в ГС – с 20,8 до 16,3.

Комплексная терапия с применением ПАНАВИРа оказалась более эффективной и в отношении эрадикации возбудителя. В ОГ методом ПЦР ДНК хламидии была идентифицирована у 2-х больных (7,1%), а микоплазмы – у 3-х (10,7%); в ГС хламидии по-прежнему присутствовали у 3-х пациентов (10,7%), уреаплазма суммарно – у 7-и (25,0%), и микоплазма – у 4-х (14,3%). Таким образом, в целом в основной группе инфекционный агент был найден у 5-и больных (17,6%), а в группе сравнения – у 12 (42,8%), что в три раза выше.

Выводы. Больных хроническим абактериальным простатитом категории 3-а необходимо обследовать на внутриклеточные инфекции и вирусы, которые также могут поддерживать воспаление простаты.

Включение в комплекс этиопатогенетического лечения ПАНАВИРа существенно повышает эффективность терапии.

Роль комплексного уродинамического исследования в оценке состояния нижних мочевыводящих путей у больных хроническим рецидивирующим циститом

Т.Г. Маркосян, Н.Б. Корчажкина, С.С. Никитин

Кафедра восстановительной медицины, спортивной медицины, курортологии и физиотерапии ФМБА России
г. Москва

Цель работы. Оценить функциональное состояние мочевого пузыря и уретры у пациентов хроническим рецидивирующим циститом.
Материалы и методы. Обследовано 76 женщин хроническим рецидивирующим циститом в возрасте 26 - 64 лет, с частотой эпизодов обострения заболевания от 7 до 13 раз в год. Во всех наблюдениях отмечены выраженные дизурические явления. Больные с отягощенным гинекологическим анамнезом, хроническими дисметаболическими и неврологическими заболеваниями из исследования исключались. Всем пациентам амбулаторно выполнено комплексное уродинамическое исследование. Исследования выполнялись на аппарате (Delphis) по методике, рекомендованной Международным обществом по удержанию мочи с предварительным заполнением дневника мочеиспускания на протяжении 3 дней.
Результаты. Из 76 наблюдений у 14 (18,4%) пациентов выявлена изолированная гиперактивность детрузора, у 32 (42,1%) пациентов - нестабильность уретры, признаки сфинктерно-детрузорной диссенергии отмечены у 8 (10,5%) пациентов, сочетание нестабильности уретры и гиперактивности детрузора у 22 (28,9%) пациентов.
Осложнений после выполнения исследования не отмечалось. Полученные данные свидетельствуют о присутствии у всех пациентов хроническим рецидивирующим циститом разнообразных функциональных расстройств детрузора и уретры, различной степени выраженности. Больные с выраженными уродинамическими расстройствами, подвергались дополнительному углубленному неврологическому обследованию, при котором в 26 (34,2%), выявлены серьезные органические поражения центральной и периферической нервной системы, требующие специализированного лечения.
Выводы. Включение в план обязательного обследования пациентов с хроническим часто рецидивирующим циститом КУДИ является необходимым условием, позволяющим в кратчайшие сроки выявить и оценить выраженность функциональных расстройств акта мочеиспускания, предположить патогенетические механизмы их возникновения, значительно улучшить результаты лечения пациентов данной категории.

Диагностика скрытой денервации тазового дна у пациентов хроническим абактериальным простатитом

Т.Г. Маркосян, Н.Б. Корчажкина, С.С. Никитин
г. Москва

Цель исследования. С помощью игольчатой миографии и транскраниальной магнитной стимуляции (ЭМГ, ТМС) оценены электрофизиологические характеристики мышц промежности кортикоспинального тракта у больных хроническим простатитом с длительной дизурией.
Материал и методы. Обследовано 246 пациента хроническим простатитом категории III В, с выраженной дизурией. Изучены характеристики потенциалов действия мышечных единиц, амплитуда и число полифазных потенциалов, наличие спонтанной активности мышечных волокон, потенциалов фибрилляций (ПФ) и положительных острых волн (ПОВ). При транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) регистрировалось время моторного ответа (ВМО) с мышц конечностей и промежности с последующей оценкой времени центрального моторного проведения (ВЦМП).
Результаты. В ходе обследования у больных обнаружено увеличение частоты мочеиспусканий до 8-12 раз в сутки с выраженной императивной симптоматикой. При ЭМГ у всех обследованных выявлено увеличение средней длительности ПДЕ при уменьшении амплитуды на 15 и 17% соответственно, полифазия более 15%. В 196 (79,6%) наблюдениях обнаружены признаки спонтанной мышечной активности в виде ПФ и ПОВ. При ТМС отмечено удлинение латентности коркового и сегментарного времени моторного ответа более чем на 10%, а ВЦМП – более чем на 20%.
Заключение. Результаты проведенного исследования доказывают наличие у больных хроническим простатитом скрытых денервационно-реиннервационных изменений мышц тазового дна, присутствие которых может быть патогенетической причиной длительной и стойкой дизурии. Недооценка значимости нейрогенного компонента дизурии у пациентов хроническим абактериальным простатитом ведет к неадекватности лечения.

Место перкутанных методов в лечении гнойно-деструктивных форм острого пиелонефрита

В.Н. Миронов, С.М. Дегтярников

Челябинская областная клиническая больница
г. Челябинск

На протяжении долгого времени в нашей стране для лечения острого гнойного пиелонефрита операцией выбора служила люмботомия с обязательной декапсуляцией почки и подведением марлевых дренажей к паренхиме почки. В случаях, когда выявлялось нарушение оттока мочи, устанавливалась нефростома или внутренний стент. Однако известно, что еще в 1974 году Smith EH и

Bartrum RJ Jr с успехом применили перкутанную аспирацию и дренирование абсцесса поджелудочной железы. В настоящее время в руководствах Европейской ассоциации урологов (2017) отмечается, что консервативная терапия с назначением антибактериальных препаратов широкого спектра действия может успешно применяться даже при формировании абсцесса почки менее 3 см. Более крупные абсцессы требуют перкутанного дренирования. В отечественной литературе публикации о месте перкутанных методов в лечении острого гнойного пиелонефрита носят единичный и разрозненный характер.

Мы проанализировали собственный трехлетний опыт. Отмечено значительное увеличение перкутанных методов в лечении острого вторичного (по клиническим, лабораторным и ультразвуковым показателям – гнойного) пиелонефрита. До 2014 г. в урологическом отделении ЧОКБ в этих случаях производились только открытые операции по традиционной методике. В 2014 г. выполнено 18 перкутанных нефростом с последующей адекватной антибактериальной терапией, в 2015 г. – 23, в 2016 г. – 41. У 14 пациентов была произведена симультанная чрескожная пункция и дренирование абсцессов почки и/или забрюшинного пространства. Следует отметить, что количество открытых нефрэктомий по поводу острого гнойного пиелонефрита/пионефроза напротив снизилось с 12 (в 2013 г.) до 4 (в 2016 г.), декапсуляций почки – с 18 до 5, соответственно.

Проведенное исследование позволяет сделать заключение о том, что перкутанные методы могут быть с успехом применены при остром гнойном пиелонефрите, в том числе с формированием абсцесса почки и/или забрюшинного пространства.

Особенности внедрения стратерии Fast Track в условиях урологического отделения.

В. В. Мусохранов, П. В. Веренинов, Н. И. Королёва, Д. В. Сидоров, А. В. Дубинин, В. О. Чернятьев.

Клинический госпиталь
«ФКУЗ МСЧ МВД России по г. Москве»
г.Москва

Концепция ускоренного выздоровления больных - Fast Track внедряется в хирургию с середины 90-х годов многокомпонентная схема мероприятий направленных на снижение стрессовой реакции организма на хирургическую агрессию.

На дооперационном этапе. Полное информирование пациента лечащим врачом о предполагаемом оперативном вмешательстве с использованием наглядных материалов. Отказ от приёма твёрдой пищи за 6 часов и жидкой за 2 часа перед операцией, отказ от механической подготовки кишечника. Решение вопроса о премедикации в условиях отделения должно решаться индивидуально и совместно с врачом анестезиологом. Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений и антибиотикопрофилактика проводится согласно стандартам.

Операционный этап. Задача анестезиолога-реаниматолога обеспечить анальгезию, минимизацию хирургического стресса, достаточный уровень седации и миорелаксации, поддержание водно-электролитного баланса. Профилактики интраоперационной гипотермии. Краеугольный камень хирургии - дренирование, несмотря на тенденцию отказа от дренажей, полностью отказаться от этой опции невозможно, современные технологии во многих случаях позволяют выбрать этот вариант.

Послеоперационное ведение больных. Адекватное обезболивание - оптимально планирование обезболивания совместно с анестезиологом-реаниматологом и лечащим врачом, учитывая объём оперативного вмешательства, наркоза. Использование ненаркотических анальгетиков. Раннее потребление жидкости и питание больных - питьё сразу после окончания постнаркозной депрессии, затем питание обычной больничной пищей. Максимально раннее удаление дренажей и уретрального катетера. Ранняя мобилизация связана с болевым синдромом, наличием дренажей и субъективными факторами.

Таким образом, стратегия Fast Track позволяет не только ускорить выздоровление больного, но и снизить нагрузку на медицинский персонал, снизить стоимость лечения, уменьшить количество осложнений.

Чувствительность уропатогенов к антибактериальным препаратам при остром обструктивном пиелонефрите.

Ю.Л. Набока, И.А. Гудима, М.И. Коган, С.К. Беджанян, Е.В. Митусова, Н.В. Крючкова
г. Ростов – на – Дону.

Введение. Острый пиелонефрит (ОП) характеризуется прогрессивным ростом заболеваемости, редицивированием инфекции у 10-30% пациентов и возрастающей тенденцией к хронизации процесса. Эффективность лечения ОП зависит как от своевременно начатой рациональной стартовой эмпирической антибактериальной терапии, так и от этиотропной антибиотикотерапии.

Цель исследования: изучить чувствительность уропатогенов к антибиотикам при остром обструктивном пиелонефрите.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 72 пациентов, подвергнутых полуригидной уретероскопии и ультразвуковой литотрипсии по поводу камней мочеточника, после ликвидации острого обструктивного пиелонефрита (ООП). Бактериологическое исследование пузырной мочи, проводили на расширенном (10) наборе питательных сред. Антибиотики были сгруппированы в 4 класса: карбапенемы, фторхинолоны, пенициллины, цефалоспорины.

Результаты. Для анализа антибиотикочувствительности были отобраны 60 случаев (83,3%) из 72, при

которых уропатогены в моче присутствовали с уровнем бактериурии ≥10^3КОЕ/мл. Наибольшая чувствительность общедоказанных уропатогенов определялась к карбапенемам (75,0-96,2%). В меньшей мере уропатогены демонстрировали чувствительность к фторхинолонам (50,0-66,7%). Эффективными среди цефалоспоринов в отношении E.coli и Proteus spp. является цефепим с показателями чувствительности 63,2% и 66,7% соответственно. Среди полусинтетических пенициллинов можно отметить высокую активность амоксициклина только к энтерококкам.

Выводы. Исследование показывает высокую резистентность уропатогенов к большинству антибиотиков при остром обструктивном калькулезном пиелонефрите. Наиболее высокая чувствительность общедоказанных патогенов выявлена к карбапенемам, в частности к эртапенему.

Применение радонотерапии в комплексном лечении и реабилитации больных с хроническим циститом

А.И. Неймарк, А.С. Колтаков

Алтайский государственный медицинский университет
г. Барнаул

В России ежегодно регистрируют 26 – 36 млн. случаев цистита. До 60% обращений к урологу связано с острым или рецидивирующим циститом.

Целями лечения цистита на курорте являются: клиническое и микробиологическое выздоровление, профилактика рецидивов, профилактика и лечение осложнений, улучшение качества жизни больного.

На базе урологического отделения санатория «Сибирь» проведено исследование с участием 60 женщин с хроническим циститом в возрасте от 35 до 65 лет.

Все пациентки неоднократно получали лечение как в амбулаторных, в санаторно-курортных, так и в стационарных условиях.

Всем женщинам двукратно, до начала курса лечения и сразу по окончании, проводили комплексное обследование. В течение всего курса лечения все пациентки вели дневники мочеиспускания.

Важным звеном в обследовании пациенток являлось уродинамическое исследование и измерение уровня микроциркуляции мочевого пузыря на анализаторе «ЛАЛК-2».

Женщины основной группы получали в комплексном лечении радоновые ванны, инстилляции мочевого пузыря, гинекологические орошения радоновой водой. Пациентки в группе сравнения получали радоновые ванны, инстилляции мочевого пузыря, СМТ «Амплипульс» на проекцию мочевого пузыря. Женщины в контрольной группе получали радоновые ванны и инстилляции мочевого пузыря.

После обследования пациенткам основной группы были назначены: радоновые ванны № 10, гинекологические орошения радоновой водой №10, инстилляции мочевого пузыря №10, Группе сравнения было назначено: радоновые ванны № 10, СМТ «Амплипульс» на проекцию мочевого пузыря №10, инстилляции мочевого пузыря №10. Контрольная группа получала: радоновые ванны № 10, инстилляции мочевого пузыря №10.

Применение радонотерапии в комплексном лечении и реабилитации больных с хроническим циститом способствует нормализации уродинамики нижних мочевыводящих путей и улучшает микроциркуляцию мочевого пузыря.

Современные возможности лечения пациентов с хроническим простатитом, сопровождающимся нарушениями сперматогенеза

А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк, А.В. Давыдов, Н.А. Ноздрачев

Алтайский государственный медицинский университет
г. Барнаул

Проблема зачатия в браке в последние годы приобрела особую актуальность. Хронический простатит нередко является причиной мужского бесплодия, поражая пациентов сравнительно молодого возраста (20-40 лет). В последние годы при заболеваниях предстательной железы стали применять препараты биологического происхождения. Витапрост является ярким представителем данной группы препаратов. Нами изучена эффективность и безопасность препарата витапрост у 30 пациентов с хроническим простатитом, сопровождающимся нарушениями сперматогенеза. Основной целью данного исследования явилось изучение влияния терапии препаратом витапрост в виде ректальных суппозиториев и в виде таблеток на сперматогенез у пациентов с бесплодием, развившемся на фоне хронического простатита.

Все пациенты получали терапию препаратом витапрост (суппозитории ректальные 50 мг) по 1 суппозиторию 1 раз в сутки. Длительность курса лечения составила 30 дней. Затем таблетки 100 мг внутрь, по 1 таблетке 2 раза в день. Длительность курса лечения препаратом витапрост таблетки – 40 дней. После приема препарата пациенты находились под наблюдением в течение 10 дней. Исследование проводилось в течение 80 дней в ходе 5 визитов.

Средний возраст участников исследования составил 35 лет (от 24 до 43 лет).

На фоне проводимой терапии отмечена динамика пальпаторных изменений предстательной железы. Количество пациентов со сглаженностью срединной бороздки, свидетельствующей об отёке тканей простаты, к концу лечения уменьшилось на фоне приёма препарата витапрост на 13,3%. Значимо уменьшалась болезненность предстательной железы (к визиту 5 - на 50%). На фоне приёма препарата Витапрост было достигнуто статистически достоверное снижение среднего значения объёма предстательной железы (на 9,40

см3) к 5 визиту. Данные изменения можно объяснить уменьшением или исчезновением отека ткани органа и нормализацией микроциркуляции в предстательной железе. Основным параметром эффективности терапии послужило изменение показателей эякулята. Среднее значение концентрации сперматозоидов в эякуляте до лечения было сниженным и составило 22 млн/мл. К 5 визиту количество сперматозоидов значимо увеличилось (30,8±1,4). Аналогичные изменения произошли с подвижностью сперматозоидов (количество А+В увеличилось на 22%) и повышением жизнеспособности на 14,1%. Количество патологических форм сперматозоидов к окончанию исследования уменьшилось на 27,2%. Данные изменения можно объяснить простатотропным и спермопротективным действием препарата витапрост. В ходе наблюдения ни один из пациентов не отмечал нежелательных явлений и аллергических реакций, что свидетельствует о хорошей переносимости и безопасности препарата.

Полученные результаты исследования позволяют рекомендовать препарат Витапрост суппозитории ректальные и Витапрост таблетки у больных хроническим простатитом, сопровождающимся нарушениями сперматогенеза. Нами рекомендована схема терапии: Витапрост суппозитории ректальные 50 мг по 1 суппозиторию 1 раз в сутки в течение 30 дней, с последующим приемом Витапрост таблетки 100 мг внутрь, по 1 таблетке 2 раза в день, в течение 40 дней.

Анализ результатов лечения острого пиелонефрита в Областном урологическом центре за 2013- 2015 года

Новоселов В.Г[2], Зырянов А.В[1]., Попов И.Б[2]., Бузолин Д.В[2], Кривощапов В.В.[2] Сайидов Т.Н,[2] Павлова И.В.[2]

ГБОУ ВПО ТГМУ [1], АО МСЧ «Нефтяник», Областной урологический центр, отделение урологии № 2 г. Тюмень

Введение: острый пиелонефрит является наиболее частым инфекционно-воспалительным заболеванием почек, заболеваемость острым пиелонефритом составляет 100 больных на 100 тыс населения, в нашей клинике количество больных с острым пиелонефритом составляет 22-24% от общего количества больных. Развитие гнойного пиелонефрита, осложнённого уросепсисом, и в настоящее время, характеризуется достаточно высокими показателями летальности.

Материал и методы: В ОУЦ МСЧ «Нефтяник» за 2013-2015 г пролечено 1014 больных с диагнозом : Острый пиелонефрит.

Возраст больных составил от 18 до 88 лет , мужчины 6.1%, женщины 93.9%, средний возраст 37.7 лет. В 94.9 % имел место серозный пиелонефрит, в 5.1 %-гнойный пиелонефрит. В динамике за 3 года отмечен рост удельного веса гнойного пиелонефрита с 3.5 до 9.9%. По результатам бак. посева мочи в 57 % высеяна патогенная м/ф, в 43% посев отрицательный.

Из высеянных м/о: E.coli 56.6%, K.pneumonia 9.8%, Str.bovis 4.1%, E.faecalis 4.1%, Pseudonas aeruginosae 4.1 %. Устойчивость E.coli к антибиотикам: ципрофлоксацин 11%, норфлоксацин 28%, левофлоксацин 25.6%, фосфомицин 2.4%, гентамицин 4.9%. Количество БЛРС+ штаммов E.coli за 3 года выросло с 4 до 29 %.

Устойчивость Pseudonas aeruginosae к а/б: фторхинолоны 50%, имепенем 50 %, цефтазидим 33%, амикацин 50%, фоосфомицин 16.7%.

76 % пролечены консервативно, 24% оперированы (52%-дренирование почки, 26 %-декапсуляция, иссечение карбункулов, 8.7% нефрэктомия).

В качестве стартовой терапии использовали цефалоспорины 3 го поколения и иньекционные фторхинолоны, в качестве терапии 2 й линии сульперазон, урофосфабол (в/в форма фосфомицина), при гнойном пиелонефрите карбопенемы.

Результаты: общая летальность при остром пиелонефрите составила 0.9%, средний койко день 6.

Выводы: С учётом данных бак. посева мочи, рекомендована стартовая терапия острого негнойного пиелонефрита цефалоспоринами, фторхинолонами (кроме левофлоксацина)

Отмечено увеличение количества БЛРС+ штаммов м/о.

При гнойном пиелонефрите:

Увеличение процента гнойных пиелонефритов за 3 года

Стартовая терапия-карбопенемы (предпочтительно инванз), урофосфабол (полирезистентные штаммы) в комбинации, продолжительность терапии не менее 10 дней

- Консервативное лечение гнойного пиелонефрита возможно при отсутствии отягощающих заболеваний, одиночных карбункулах, стабильном состоянии больных и адекватной стартовой антибактериальной терапии

у всех больных с диагнозом острый пиелонефрит необходимо проводить бактериологическое исследование мочи. Антибактериальная терапия должна проводится с учётом данных посевов в конкретном лечебном учреждении (регионе). В нашей клинике, с учётом количества БЛРС штаммов и резистентности к фторхинолонам, в терапии острого пиелонефрита предпочтительно использование: урофосфабол, сульперазон и аминогликозидов, а при гнойно деструктивных формах-карбопенемов.

Антимикробная профилактика инфекционных камней почек после перкутанной нефролитотрипсии.

Перепанова Т.С., Голованов С.А., Меринов Д.С., Арустамов Л.Д., Раджабов У.А.

НИИ урологии и интервенционной радиологии им.Н.А.Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ»
г. Москва

В зависимости от типа камня, риск рецидива камней после операций составляет 50-80%, при проведении послеоперационной профилактики этот риск снижается до 10-15%. (Christian F. et all. 2015). Частое развитие рецидивов инфекционных камней почек после перкутанной нефролитотрипсии, выявленное различие уропатогенов в моче и камнях почки требуют поиска новых режимов антимикробной профилактики рецидивов камней инфекционного генеза.

Цель. Уменьшить число рецидивов камней инфекционного генеза после перкутанной нефролитотрипсии.

Материалы и методы. Обследовано 190 пациентов с коралловидными камнями почек после перкутанной нефролитотрипсии. При бактериологическом исследовании камней почек микроорганизмы выявлялись чаще, чем при исследовании мочи из лоханки: 102 (53,6%) против 88 (46,4%). Определяли эффективность режимов послеоперационной антибактериальной профилактики, основанных на результатах бактериологического исследования камня или мочи, взятых из лоханки во время операции, на частоту рецидивов инфекционных камней почек после перкутанной нефролитотрипсии.

Результаты. Период наблюдения за пациентами после перкутанной нефролитотрипсии составил 6-18 месяцев после операции. При этом у 43 (22,6%) пациентов из 190 выявлены рецидивы камней. Наибольшая частота рецидивов отмечалась у 21 (36,2%) больного 1 группы (профилактика на основе посева камня), во 2 группе (профилактика на основе посева мочи) у 10 пациентов (16,9%) и в 3 группе (стерильная моча и камень) у 12 пациентов (16,4%). Различия достоверны (p=0,032).

Заключение. Выявлено преимущество режима послеоперационной антибактериальной профилактики рецидива камней инфекционного генеза, основанного на результатах бактериологического исследования мочи взятой из лоханки при проведении перкутанной нефролитотрипсии, по сравнению с антимикробным режимом, основанным на результатах бактериологического исследования камней, изъятых во время перкутанной нефролитотрипсии.

Оценка обоснованности нефрэктомий у беременных с острым гнойным гестационным пиелонефритом.

Пряничникова М.Б., Пикалов С.М., Жданова А.Н.
ГБУЗ «СОКБ им В.Д. Середавина»
Кафедра урологии, СамГМУ
г.Самара

Введение. Острый гестационный пиелонефрит (ОГП) встречается у 3-18% женщин, и среди экстрагенитальных заболеваний занимает второе место после патологии сердечно-сосудистой системы. При ОГП увеличивается вероятность преждевременных родов, выкидышей, внутриутробной гибели плода и др. Летальность при данной патологии составляет 3,5-10%. Перинатальная летальность - около 7,5%.

Цель исследования. В Самарской области за последние 2 года отмечен рост случаев острого гнойного гестационного пиелонефрита с тяжелым течением - 20 случаев. Это вызвало необходимость проанализировать данную ситуацию и выяснить, почему не смотря на достигнутые успехи в лечении гнойно-воспалительных заболеваний, течение ОГП остается непредсказуемым и часто приводит к применению радикальной тактики лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 20 историй болезней пациенток с диагнозом: Острый гнойный гестационный пиелонефрит. Данные пациентки находились на лечении в ЛПУ Самарской области в 2015 – 2016гг. Средний возраст составлял 25 лет. Проведен анализ объемов оперативного лечения и результатов гистологического исследования.

Результаты. У 10 пациенток было поражение правой почки, у 4 – левой и у 6 - двустороннее поражение: у 4 женщин - гнойное поражение с одной стороны и серозный пиелонефрит с другой, и у 2 – острый гнойный пиелонефрит с 2х сторон. У 2-х пациенток развилась картина бактериотоксического шока.

В 1е сутки после поступления у 12 пациенток при ревизии установлен карбункулез пораженной почки и выполнена нефрэктомия. 8 женщинам - катетеризация или стентирование соответствующего мочеточника, не улучшившее их общего состояния и сопровождающееся отрицательной динамикой. Поэтому 6 из них выполнена нефрэктомия в 1е сутки, 1 – на 2е сутки, и 1 - на 4е сутки. В случае двустороннего гнойного поражения почек (6 пациенток) – на стороне большей деструкции выполнялась нефрэктомия, а с противоположной стороны – нефростомия с декапсуляцией. Антибактериальная терапия включала карбапенемы с и цефалоспорины с момента поступления.

Заключение. Таким образом, мы пришли к выводу, что в нашем случае особенности уродинамики верхних мочевых путей у беременных, а также являлись основными этиологическими факторами, обусловившими течение гнойного процесса в почках. Это потребовало применения классической тактики при выявлении карбункулеза почки – нефрэктомия, не смотря на современные возможности.

Анализ оказания специализированной медицинской помощи пациентам с макрогематурией в урологических стационарах г. Москвы

Д. Ю. Пушкарь, П. И. Раснер, В. А. Малхасян, Ю. А. Куприянов, И. В. Семенякин.

МГМСУ им. А. И. Евдокимова, кафедра урологии

Цель исследования: Провести анализ объема, качества и эффективности оказания специализированной медицинской помощи пациентам с макрогематурией в урологических стационарах Департамента здравоохранения города Москвы.
Материалы и методы: Предметом анализа были анкеты, в которых содержались вопросы, касающиеся медицинских аспектов лечения пациентов с макрогематурией различной этиологии. Анализу было подвергнуто 189 анкет из 17 урологических отделений.
Результаты: Средний возраст пациентов составил 66,6 лет, средний койко-день – 6,5 дней. Смертность составила 0,53%. Средний уровень гемоглобина в общей группе равнялся 127,5 г/л. Тампонада мочевого пузыря наблюдалась у 17 (9%) пациентов. Наиболее частыми причинами возникновения макрогематурии были инфекционные за- болевания предстательной железы (острый простатит – 3,2% больных) и мочевого пузыря (острый геморрагический цистит – 24,3% пациентов). В 45 (23,8%) случаях причиной макрогематурии была опухоль мочевого пузыря. Макрогематурию удалось купировать консервативно 133 (70,3%) больным, а 56 (29,7%) пациентам было про- ведено оперативное лечение. Гемотрансфузия потребовалась 13 (6,9%) пациентам. Наиболее часто в качестве гемостатических препаратов применялись этамзилат – 96 (50,8%) случаев, реже всего – рекомбинантные факторы свертывания крови – 3 (1,6%) больных.
Выводы: Анализ проведенного исследования качества и эффективности оказания специализированной урологической медицинской помощи пациентам с макрогематурией показал, что 70% из них не требуют выполнения оперативного пособия или гемотрансфузии и могут быть выписаны на 1-2 сутки с момента госпитализации в случае купирования макрогематурии. Обращает на себя внимание и крайне редкое применение препаратов, содержащих рекомбинантные факторы свертывания крови. Мы предполагаем, что более активное применение данных препаратов может снизить частоту оперативных вмешательств и гемотрансфузии. Также в ходе исследования было по- казано, что самый высокий риск подвергнуться оперативному вмешательству имеют пациенты с опухолью мочевого пузыря, что обуславливает необходимость пересмотра протоколов наблюдения данной категории пациентов с целью предотвращения эпизодов макрогематурии. Проведенный анализ указывает на то, что разработка четких клинических рекомендаций и алгоритмов (включая показания к госпитализации) по ведению пациентов с макрогематурией, основанных на данных этого исследования, позволит повысить эффективность использования урологической койки и сократить время пребывания пациентов в стационаре, а также повысить качество оказания медицинской помощи данной категории больных.

Малоинвазивные хирургические методы лечение посткоитального цистита.

Л.М. Рапопорт, О.В. Снурницына, М.Э. Еникеев, М.В. Лобанов, О.Ю. Малинина

Введение. Наиболее распространенным методом хирургической коррекции посткоитального цистита является транспозиция уретры и ее различные методики. Основным недостатком операции является значительная травма преддверия влагалища и парауретральных тканей, что может сопровождаться диспареунией и аноргазмией. Альтернативой транспозиции уретры является удаление уретрогименальных складок, однако, последнее не всегда эффективно при значимой дистопии уретры. Комбинированный подход, заключающийся в удалении уретрогименальных складок и введение филлеров, может оказаться эффективной методикой одновременно лишенной недостатков, присущих транспозиции уретры.
Цель. Определить эффективность малоинвазивного хирургического лечения посткоитального цистита.
Материалы и методы исследования. Проведено оперативное лечение 9 пациенток с посткоитальным циститом. Возраст составил от 17 до 42 лет. При осмотре у всех женщин выявлены уретро - гименальный складки, положительная проба О Доннела – Хиршхорна. В 6 наблюдениях наружное отверстие уретры располагалось глубоко в преддверии влагалища. Объем операции - удаление уретро-гименальных складок (n-9) и субуретральное введение филлера (бифазный гель) на основе гиалуроновой кислоты (n-6). Гель вводили парауретрально, веерообразно, в объеме 1 мл, из точки на 6 часах условного циферблата на 3, 6, 9 часов. Подобная технология позволяет создать гелевую подушку, приподнимая таким образом меатус и дистальную уретру, ограничивая их мобильность во время полового акта.
Результаты. Посткоитальный цистит купирован полностью у 6 из 9 женщин. В одном наблюдении приступы дизурии сократились до нескольких раз в год. У одной пациентки следующим этапом потребовалась фульгурация лейкоплакии, что принесло женщине ожидаемое облегчение. У пациентки 18 лет, явления посткоитального цистита и диспареуния продолжаются; проводится нейрофизиологическая и психоневрологическая коррекция. В 8 из 9 наблюдений послеоперационных диспареуний не выявлено.
Выводы. Удаление уретрогименальных складок с парауретральным введением филлера – малоинвазивная комбинированная методика, эффективная при посткоитальном цистите. Отдаленных

осложнений, таких как аноргазмия и диспареуния не отмечено, что позволяет считать данную методику альтернативой транспозиции уретры.

Женский конгестивный «простатит»

П.П.Салов

«ОН - Клиник» Москва

У женщин есть простата - значит и есть простатит!? Пока железа существует, существуют, увы, и заболевания, которые её поражают. По России идет «тихая эпидемия» хронического простатита у мужчин. От 20 до 80% мужчин репродуктивного возраста страдает патологией простаты. Основной причиной развития хронического простатита является конгестия или застой в области малого таза, который отмечается у 80-90% пациентов, которые обратились с жалобами на тазовую боль. Он связан с гиподинамией, ожирением, с воздержанием, нерегулярной или избыточной половой активностью, отсутствием оргазма, семейным сексом по принуждению или воздержанием от него, переохлаждением или перегреванием, инфекцией и мн.др. Простатит проявляется синдромом хронической тазовой боли(СХТБ). Простатит у мужчин = СХТБ, а у женщин СХТБ и простата есть, а простатита нет?! Причины СХТБ у женщин многочисленны и разнообразны , подобная больная - «частый, сложный и, как правило, конфликтный пациент, с которым сталкиваются врачи многих специальностей» .Эти боли вызывают не только физические, но и моральные страдания, мешают активно работать и жить, провоцируют конфликты в семье. Без своевременного адекватного лечения это заболевание сопровождает пациенток на протяжении всей жизни, постоянно прогрессирует и со временем приводит к существенному снижению качества жизни. По меткому выражению Г.И.Герасимовича, 1996, такие женщины «обречены на хождение по треугольнику хирург — гинеколог - уролог, боль и страх вынуждают обратиться к онкологу, а кажущееся отсутствие патологии вынуждает врачей рекомендовать им лечение у психиатра».

А может быть это все-таки простатит? А есть ли у женщин простата? В III столетии до нашей эры Герофил выявил это железистое образование и назвал его термином « женская простата». Все великие врачи средневековья также знали про существование этих желез. Герофил и Гален обозначали в свое время «похожие на железы семявыносящие каналы» женской простатой. О женской простате хорошо было известно древним врачам. Запор или задержка генитального секрета рассматривалась в качестве практически важнейших в то время женских недугов: истерии, нимфомании, женской сатиромании, болезненной похоти. Музитано 1711 - все это объясняет тем, что Нимфомания возникает скорее всего из-за жидкости ,находящихся в частях вокруг мочеиспускательного канала. Поэтому неугомонная похоть женщины может привести к нимфомании и даже к лихорадке (любовной), которая возникает от чрезмерного желания совокупления(феномен Тарханова). Переполнение секретом придаточных половых желез сопровождается усилением сексуального желания. Сексуальное удовлетворение и выброс секрета стали важнейшими медикаментами в лечении истерии и нимфомании. Задержка эякулята приводит к напряжению больных органов, их возбуждения. Сперма не выбрасывается за счет того, что пути закрыты вследствие «воспаления"(простатита). Саранос столкнулся с лечением этого недуга: "Одной из заболевших ввели во влагалище два пальца и некоторое время массировали. При этом она извивалась от боли и удовольствия одновременно, затем произошел выброс густоватой жидкости, и в дальнейшем она лишилась недуга и приступов!" Ну чем не массаж простаты у мужчин с простатитом?! Ибн Сина считал, что полезное нужно связывать не с приятным, а с болью, и советовал проводить у незамужних более грубый генитальный массаж, чтобы юная особа одновременно готовилась к предстоящему половому сношению". Естественный секс может дать видимые результаты даже в случае тяжелейшей истерии -Доминикус Леонус,1570г. В конце 18 века секс или освобождение от генитальных соков служили превосходными средствами против истерии и других форм неврозов. Симон Андре Тиссо, 1791 считал это лечение воздействием удовольствия. Гинекологический массаж и сейчас используется при лечении многих женских заболеваний малого таза. Первый человек, кто описал «женскую простату», в Западной медицинской литературе — это Reinier De Graaf (1641—1673) в 1672 году. В 1880 году американский гинеколог шотландского происхождения Александр Дж. К. Скин (1838–1900) высказал довольно спорную идею об идентификации женской простаты с двумя парауретральными протоками, открывающимися около уретрального отверстия. В настоящее время женская простата известна многим урологам и гинекологам под названием «железа Скина». В 1947 году Дж.В.Хаффману удалось представить своим современникам яркую модель этих желез. Эти образования располагаются не равномерно по всей длине уретры, а преимущественно около наружного или внутреннего уретрального отверстия. Хаффман сравнивает структуру женской простаты с деревом. Уретра является стволом этого дерева, а протоки которые выходят из него – мешковидными или ветвистыми образованиями. В 1985 году Милан Звьячич, директор Института экспериментальной патологии г. Братиславы доказал в своей диссертации, что женская простата не атрофированное образование, а скорее орган с очень сложной функцией, которая связана, как с внутренней, так и с внешней секрецией. Вопреки установившемуся мнению анатомов, Карл Штифтер предлагал железы, окружающие женскую уретру, рассматривать как женскую простату — со всем ее функциями, в том числе, и выработкой простатического сока. Федеральный международный комитет по анатомической

терминологии в 2002 году официально переименовал железы Скина в женскую простату. Основываясь на 25-летних исследованиях доктора M. Zaviacic и его коллег, Международное общество по анатомической терминологии (FICAT) 18 октября 2008 года включило в свой Перечень термин «женская предстательная железа». В то время, как у мужчин простата имеет четкую округлую форму и окружает мочеиспускательный канал, а протоки предстательной железы открываются в уретру, у женщин все не так. Аналогичная ткань у дам не имеет капсулы, ткань женской простаты беспорядочно разбросана вдоль уретры и влагалища и жидкость попадает в обе полости. Эта простата соединяется с уретрой, возле меатуса посредством тонких каналов. Ранее считалось, что секрет женской предстательной железы в виде женского эякулята экскретируется через совместные с железами Скина выводные протоки, но позже было доказано, что женский эякулят поступает непосредственно в уретру на всем ее протяжении через парауретральные протоки [Wimpissinger F, Stifter K, Grin W, Stackl W ,2007]. Средний вес женской простаты взрослой женщины составляет около 5 г, что равняется одной пятой части простаты взрослого мужчины. Средние размеры женской простаты: длина – 3 см, ширина – 2 см, высота – 1 см. Морфология идентична мужской: те же железы, каналы и гладкие мышцы, те же самые выделения (выделения желез Хульда (Gould), так называемая «мужская смазка») и подвергается идентичным патологиям. Женская простата находится на уретре, в 60%-70% случаев, очень близко от меатуса, а в 10% случаев как раз на точке Графенберга (так называемой точке «G» . Точка G – это эрогенная зона на передней стенке влагалища, при ее стимуляции женщина испытывает необыкновенное наслаждение). Женская предстательная железа снабжается кровью ветвей артерии прямой кишки и мочевого пу- зыря: ветвями нижних мочепузырных (a. vesicalis inferior) и средних прямокишечных (геморроидаль- ных) артерий (a. rectalis media), а также предстательной артерии (a. prostatica), которая отходит от a. pudenda interim. В области железы все эти артерии между собой широко анастомозируют. Венозная кровь оттекает в одноименные вены. Иннервация простаты осуществляется волокнами plexus prostaticus, являющимися непосредственным продолжением plexus hypogastricus inferior.

«Женская простата» – это функционирующий мочеполовой орган. Известны по крайней мере три главные функции женской простаты: экзокринная, нейроэндокринная и эрогенная [Santos FCA, Leite RP, Custodio AMG ,2006]. Экзокринная Биохимические исследования показали, что хими- ческий состав эякулята женской предстательной железы аналогичен мужскому. Наиболее значимые компоненты женского эякулята – PSA (простатспецифический антиген), PSAP (простатспецифическая фосфатаза), цинк и фруктоза. Фруктоза поступает в небольшом количестве из уретры во влагалище, а так как фруктоза является основным источником энергии для сперматозоидов, женская простата так- же вносит свой вклад в процесс оплодотворения. Нейроэндокринная К маю 2012 года определен только один нейромедиатор – серотонин. Физиологические функции серотонина чрезвычайно многообразны. При снижении серотонина повышается чувствительность болевой системы организма. Серотонин наряду с дофамином играет важную роль в механизмах гипоталамической регуляции гормональной функции гипофиза, вызывает увеличение секреции пролактина и некоторых других гормонов передней доли гипофиза. Серотонин также участвует в регуляции сосудистого тонуса, что в свою очередь может указывать на возможность функционирования женской предстательной железы как нейроэндокринного органа. Эрогенная Женская простата – «…орган, главным образом, значителен с точки зрения полового удовольствия для женщин: ткань простаты – новая эрогенная зона для женщин». Соответственно, она играет важную роль в половой сфере, поскольку ткань предстательной железы может быть высокоэрогенной зоной. Первое официальное упоминание точки Г влагалища принято связывать с работой доктора Графенберга «The role of urethra in female orgasm», вышед шей в 1950 году. Ошибочные выводы W.H. Masters и V.E. Johnson, опубликованные в 1966 году, закрепили в массовом сознании, что единственный источник удовольствия женщины – клитор, а влагалище – лишь вторичная, незначительная эрогенная зона. Сексуальное наслаждение, вызванное стимуляцией простаты, является обычным явлением среди многих мужчин-гомосексуалистов: «массаж» простаты при анальном половом акте очень часто позволяет им достигнуть оргазма, иногда даже несколько раз. Поэтому является очевидным, что правильная стимуляция женской простаты через влагалище также может привести к оргазму, и достигнуть этого эффекта можно при помощи определенной тренировки. Женская простата – это орган, который полноценно функционирует в мочеполовых отделах. На его территории находится точка- G-Spot, которая отвечает за вагинальный оргазм. Но это наблюдается лишь у 5% женского населения.

«Женская эякуляция» или сквирт. Со времен Аристотеля шли споры о жидкости, выходящей у женщины во время оргазма. Из истории медицины известно, что еще в древних индийских трактатах упоминается «сперма женщины», которая «продолжает выделяться с начала сексуального союза и до конца таким же образом как и из мужчины», и в старых китайских текстах говорится о «третьей женской жидкости» о «влагалищных соках женщины, вытекающих из кончика багряного гриба». Иными словами, факт женской эякуляции был известен, а вот точный источник , состав и количество этой жидкости не были определены. В природе все целесообразно. О женской простате писали работы еще медики Средневековья, которые считали, что при половом акте семенная жидкость женщины смешивается с семенной жидкостью мужчины. Гиппократ утверждал, что секрет вагины смешивается с мужской спермой, чтоб повысить

оплодотворение. Эякулят женской простаты имеет щелочную реакцию и помогает сперматозоидам выжить в кислой жидкости влагалища. Есть также версия о том, что жидкость женской предстательной железы разбавляет густое мужское семя и повышает подвижность сперматозоидов. Подтвердить данный факт научно удалось в 1930-1940-х годах. Роль женской простаты при зачатии ребенка. По результатам последних исследований удалось установить, что женская простата в некотором смысле является эволюционным механизмом контроля беременности. Во время сильного стимулирования этого органа женщина начинает испытывать оргазм, и матка действует, словно всасывающая насадка, увеличивая вероятность оплодотворения. Кроме того в соках женской простаты обнаружено очень важное вещество — серотонин, по другому его называют — гормон счастья, гормон радости! Теперь совершенно ясно почему женщины, испытывающие оргазм менее подвержены неврозам, тревоге и депрессиям! Знаменитый американский гинеколог Мэрион Симс, прославившийся как «архитектор влагалища» , был одним из тех, кто глубоко заблуждался о происхождении жидкости во время оргазма. Многие женщины и хирург в том числе считал, что во время соития выделяется моча и активно, хирургическим путем, избавлял женщин от «недержания мочи», избавляя их навсегда и от чувства оргазма…! Уретра у женщин имеет длину около 3-5 сантиметров. Являющаяся передней стенкой влагалища, она, как утверждает эволюция, аналогична части мужской уретры, проходящей через простату. Женская уретра, также как и мужская находится в окружении желёз с протоками, которые могут набухать. В медицине их называют парауретральными железами. Эякуляция возникает при стимулировании пятна Графенберга и происходит за счет жидкости вырабатываемой железами Скена (М.Уолкер, 1995). Массажируя зону Г мы массажируем женскую простату и получаем эякулят! Это подтверждается наличием поллюций у женщин, сопровождающихся сладострастными сновидениями (A.Heyn, 1924; K.Imelinski, 1960.) Согласно результатам исследований, проведенных американскими сексологами, 54% женщин, которые проходили тестирование, пережили эякуляцию (Bullough et al.,1984), тогда как по данным канадских сексологов, исследовавших 1230 женщин, 40% признали факт своей эякуляции во время оргазма (Darling,1990).Химический состав выделенного женской простатой секрета аналогичен с мужским, и единственным отличием является отсутствие сперматозоидов; женская эякуляция у 40% женщин была зафиксирована независимо от способа получения оргазма;малое выделение секрета у женщины не говорит о сексуальных проблемах, поскольку размеры парауретральных желез – это сугубо индивидуальный феномен. «Необходимо обратить внимание на то, что выброс из женской простаты доставляет такое же удовольствие женщине, как и мужчине при эякуляции».

Органы малого таза являются своеобразными «органами мишенями», которые могут реагировать на действие различных в том числе и психоэмоциональных раздражителей (пример «медвежья болезнь»). К тому же женщины более эмоциональны ,чем мужчины. Женская простата является настолько подобным мужскому аналогу, что для него характерны те же заболевания, хотя встречаются они намного реже. К этим заболеваниям относятся доброкачественная гипертрофия, простатит и даже рак простаты у женщин(Gittes RF, Nakamura RM.1996; Gittes RF. ,2002) , что указывают на возможность развития у женщин как рака, так и доброкачественной гиперплазии предстательной железы и простатита. Wimpissinger F. и соавт. представили первое исследование, в котором с помощью магнитно-резонансной томографии доказано 7 случаев заболеваний предстательной железы у женщин . Zaviacic M. и соавт.,2001 утверждают, что зачастую «заболевания предстательной железы у женщин были неправильно диагностированы как болезни женской уретры и лечились как таковые» .

"Простатит" - мусорная корзина для клинического невежества" (Stamey, 1980)-сказано о мужчинах, но в полной мере относится и к женщинам. Это СХТБ без точной локальной диагностики первичного алгического очага - простаты. Симптомы простатита у женщин могут проявляться в виде постоянно обостряющихся циститов на фоне отсутствия патогенной микрофлоры при лабораторных исследованиях, болях во время полового акта, дискомфорте во время опорожнения мочевого пузыря. Большинство пациенток, страдающих женской формой патологии, жалуются на появление признаков цистита после буквально каждого полового акта. Хронические боли в нижних отделах живота и стойкие расстройства мочеиспускания являются частой жалобой гинекологических и урологических больных. Среди болезней мочеполовой системы у женщин до сих пор трудно излечимым и часто рецидивирующим остается «хронический». Распространенность этой патологии среди всех заболеваний урогенитальной сферы составляет более 80% (Лопаткин Н.А. 2001). Воспаление - скинеит - врачи связывают с проникновением патогенной флоры на фоне уретрита или цистита. Протоки железы легко «колонизируются» хламидиями, гонококками, гарднереллами и прочими болезнетворными агентами, полученными от партнера во время полового акта, и заполняются гнойным экссудатом. Разумеется, одной из наиболее часто встречающихся причин заражения является незащищенный половой акт.

Симптоматика простатита у женщин проявляется постоянным обостряющимся циститом: частое, болезненное мочеиспускание, малыми порциями мочи. Недугу сопутствуют болевые ощущения при половом акте, а также дискомфорт(боли, жжение, зуд) во время секса., дизурию при мочеиспускании. Многие пациентки, которые страдают женской формой воспаления простаты, отмечают интракоитальные боли (диспареуния) и ощущают признаки цистита после каждого интимного контакта. Принимая же хроническую форму, про-

статит «запускает» спаечные процессы, угрожая вторичным бесплодием. Опасен женский простатит и риском формирования гнойного очага в железе Скина с его последующим раскрытием, а также развитием парауретральных кист и выпячиванием стенок уретры, развитием аднексита и др. Проявления женского простатита достаточно болезненны: процесс мочеиспускания затрудняется и сопровождается жгучим покалыванием, а верным спутником почти каждого полового акта становится посткоитальный цистит. Известно, что эстрогены являются проболевыми гормонами, т.е. они повышают чувствительность к боли. Поэтому женщины в отличие от мужчин имеют более низкий порог болевого восприятия. Из-за недостатка сексуальной активности не происходит обмен гормонами и женщина недополучает мужской тестостерон, что повышает ее чувствительность к боли.

Профилактикой женского конгестивного простатита является оптимальная физическая нагрузка и регулярный секс . При диагностике следует определять: уровень гормонов (эстрогена, тестостерона), мазок с уретры; до- и пост массажный тест(по Никелю);анализ мочи на стерильность; УЗИ простаты; осмотр промежности и влагалища в зеркалах; пальцевое исследование ; цистоуретроскопия (по показаниям). Лечить, как простатит у мужчин(непрерывная антибактериальная терапия до 1 мес (по чувствительности микрофлоры). Использование мелипрамина, холинолитиков при ГАМП. Гинекологический массаж и массаж простаты с параллельной активацией эрогенных точек и зон. Электромассаж простаты. Внутриполостная электротимуляция или блокада срамного нерва. Интракранильная элетростимуляция «системы награды» головного мозга(выброс эндорфина и дофамина снимает боль). Интраназальный лазер, фоно- или лазерофорез на вомер окситоцина и дофамина. Фонофорез тестостерона на клитор и зону Граффенберга. ЛОД на клитор и зону Граффенберга.

Все это позволит нормализовать состояние пациентки, убрать диспареунию и «головную боль», активизировать ее половую функцию, а поскольку секс-это единственная парная функция человека, повысить качество жизни семьи в целом.

П.П.Салов «Женский простатит» Женская «головная боль» и Синдром хронической тазовой боли. Абхазия-Сочи-Новосибирск 2011г

Ошибки в диагностике гнойного пиелонефрита

Л.А. Синякова

Кафедра урологии и хирургической андрологии
ГБОУ ДПО РМАНПО
г. Москва

Введение. Осложненные инфекции мочевых путей (ОИМП) представляют актуальную клиническую проблему, связанную со сложностью выбора оптимальной активной тактики лечения, возрастанием экономических затрат, связанных с лечением и последующей реабилитацией этой категории больных. Неудовлетворительные результаты лечения гнойного пиелонефрита (ГП) требуют дальнейшего изучения и анализа факторов риска развития заболевания и связаны во многом с ошибками в диагностике. Диагностические трудности обусловлены субъективностью клинических проявлений заболевания, быстрым развитием интра- и экстраренальных осложнений. Различные подходы к диагностике ОИМП, к которым относится гнойный пиелонефрит, приводят к несвоевременному установлению диагноза, прогрессированию деструктивных изменений в почках и развитию таких опасных для жизни осложнений, как бактериемический шок и уросепсис.

Цель исследования: проанализировать ошибки в диагностике ГП.

Материалы и методы. Ежегодно в урологические отделения ГКБ им. С.П. Боткина поступает от 450 до 500 больных острым пиелонефритом (ОП). Увеличивается количество больных, у которых отсутствует нарушение уродинамики, однако, развиваются гнойно-воспалительные заболевания почек.

Наиболее тяжелую группу больных ОИМП составляют пациентки, у которых ОП развивается на фоне обструкции мочевых путей в связи с продолженным ростом опухоли женских половых органов или как следствие лучевой терапии.

Результаты.

Ошибки в диагностике ГП можно разделить на:

- Ошибки, допущенные на догоспитальном этапе

1. Госпитализация в непрофильные отделения в связи с неправильно установленным диагнозом :

- пищевая токсикоинфекция (инфекционное отделение);
- острый аппендицит, острый холецистит (хирургическое отделение);
- лихорадка неясного генеза (инфекционное, терапевтическое отделение);
- декомпенсация сахарного диабета (эндокринологическое отделение).

2. Несвоевременная госпитализация или отказ в ней в связи с недооценкой тяжести состояния больного и симптомов заболевания.

По данным клиники, длительность заболевания до госпитализации составляет от 2 дней до трех недель.

Наибольшее количество ошибок допускается при первичном (необструктивном) пиелонефрите, так как отсутствует характерная для обструктивного пиелонефрита смена клинических симптомов.

При вторичном же пиелонефрите ошибки связаны с трудностью проведения дифференциальной диагностики между серозной и гнойной стадиями заболевания, неправильным выбором тактики или метода дренирования почки.

Выводы. Недооценка жалоб больного, отсутствие тщательного сбора анамнеза с выявлением факторов риска развития ГП, оценка данных ультразвукового исследования без учета клинической картины и результатов лабораторных исследований являются наиболее частыми причинами ошибок в диагностике ОИМП.

Своевременное применение современных методов визуализации таких как, УЗИ с допплерографией, КТ с контрастированием, позволяют выявить причину нарушения уродинамики и выбрать адекватный метод дренирования мочевых путей.
Ошибки в диагностике ОИМП приводят к ошибкам в выборе тактике лечения, что в ряде случаев заканчивается необходимостью выполнения органоуносящей операции.

Диагностика ранних признаков гипертензивной нефропатии

А.Г. Тонян[1], А.С.Тевосян[2]

[1] CityClinic, г.Краснодар
[2] ГБОУ ВПО КубГМУ, г.Краснодар

Введение. Выявление ранних признаков гипертензивной нефропатии позволяет существенно замедлить исход в терминальную почечную недостаточность, требующую заместительной терапии в виде гемодиализа. Сегодня, по результатам некоторых исследований, контроль АД является лучшим способом замедлить или предотвратить поражение почек и другие кардиоваскулярные осложнения у больных АГ.
Целью проведенной работы являлось изучение зависимости систолического АД от позиционно-зависимых изменений магистрального венозного кровотока почки, как фактора ранней диагностики гипертензивной нефропатии. .
Материалы и методы. Выполняли УЗИ с определением углов ротации при переходе из горизонтального положения в вертикальное. (Патент на изобретение № 2339311 от 27 ноября 2008 года). Для этого вычисляли углы ротации с трех координатных плоскостях.
Пациенты классифицировались по степени ротации почки, которая определялась по сумме углов ротации (СУР), определенных в трех плоскостях, по данным экскреторных урограмм и УЗИ, выполненных в клино- и ортостазе: I степень ротации — сумма углов ротации до 40°, II — от 40° до 70°, III — 70° и выше.
Оценивая допплерографические (ДГ) показатели кровотока магистральных почечных вен по величине ΔVven (разница между максимальной и минимальной скоростью кровотока в почечной вене. Определяли систолическое артериальное давление (САД) в шести статических положениях: на спине, на животе, на правом и левом боку, сидя и стоя. Для определения математически обоснованной групповой принадлежности каждого случая, а также точности классификации с учетом полипозиционных исследований (УЗИ и ДГ), применены классификационные матрицы.
Результаты. Удалось показать зависимость САД как от скоростных, так и от резистивных показателей в обоих почечных сосудах, что в свою очередь отражает изменения магистрального венозного кровотока.
Выявлены статистически значимые коэффициенты корреляции. Наблюдалась максимальная положительная корреляция с индексом резистентности левой почки RIлп, где коэффициент корреляции rs= 06 и ΔVvenПП, rd= 0,5, которая оценена как умеренная при p<0,05, и минимальная – с ΔVvenЛП, rs=0,2 (слабая) при p<0,05. Максимальная отрицательная корреляция RIпп отмечена с VminПП и VminЛП, где r=0,3 (умеренная), и минимальная корреляция с VvenminПП и VvenminЛП, где r=0,2(слабая) при p<0,05.
Выводы. Результаты исследования дают основание полагать, что характер изменений в почечных венах влияет на повышение САД, что может помочь в диагностике ранних патогенетических факторов, ответственных за развитие АГ вследствие патологической подвижности почки и позиционно-зависимых изменений магистрального венозного кровотока почек, как фактора развития гипертензивной нефропатии.

Ранние диагностические признаки осложненного течения патологической подвижности почки.

А.Г. Тонян[1], А.С.Тевосян[2]

[1] CityClinic, г.Краснодар
[2] ГБОУ ВПО КубГМУ, г.Краснодар

Введение. Затрудненный венозный отток и нарушение пассажа мочи по верхним отделам мочевых путей создают угрозу нарушения движения по капиллярной системе клубочков с расстройством фильтрации и последующей органной дисфункцией, что в свою очередь помогает присоединению инфекции в межуточной ткани почки и появлению вирулентной флоры.
Целью исследования. Разработать способ ранней диагностики нарушения магистрального венозного кровотока почки, как фактора определяющего осложненное течение ППП.
Материалы и методы. В исследование были включены 92 пациента (78 женщин и 14 мужчин в возрасте от 18 до 56 лет). Измеряли артериальное давление (АД) в шести статических состояниях: на спине, на животе, на правом и левом боку, сидя и стоя. Учитывали только систолическое артериальное давление (САД), как показатель оценки артериального давления, принятый в кардиологии. Оценка особенностей САД для каждого пациента проводилась по разработанной нами методике.
Оценивая допплерографические (ДГ) показатели кровотока магистральных почечных вен по величине ΔVven (разница между максимальной и минимальной скоростью кровотока в почечной вене) определены группы с нормальным венозным кровотоком, пограничными изменениями и со значимыми нарушениями венозного оттока.
Определяли сумму углов ротации (СУР) в трех плоскостях по данным экскреторных урограмм и УЗИ в клино- и ортостазе. Статистическую обработку полученных данных выполняли с использованием пакета лицензионных статистических программ STATISTICA 7.0 (Statsoft Inc., USA).

Результаты. В контрольной группе (n=35) разность систолического артериального давления (ДАД-сист.) в шести статических состояниях не превышала 20 мм рт.ст. Среднеарифметическая величина всех измерений M=13,41 мм рт.ст., а среднеквадратическое отклонение m±0,064. Минимальная среднеарифметическая величина отмечена в положении на спине (M=11,62мм рт.ст.), а максимальная в положении сидя (M=17,21 мм.рт.ст.).
Определены углы ротации в трех плоскостях в каждом из шести статических состояний у этих же 92 пациентов с ППП (всего в 3312 координатных плоскостях 1104 статических состояний). Применен способ фиксированного датчика и «танцующей почки» («dancing ren»). Среднеарифметическая величина всех углов ротации M=30,1053, стандартная ошибка средней арифметической m=±6,3927. У 85 пациентов (92,4%) с ППП отмечена ДСАД более чем на 30 мм рт.ст. хотя бы в одном статическом состоянии.
Установлены достоверные различия по большинству допплерографических показателей почечного кровотока у пациентов с ППП, классифицированных по СУР, и группой контроля. Показатели во всех группах, за исключением минимальной скорости кровотока (Vven min см/с) в правой и левой почечной вене, достоверно отличаются от группы контроля (p<0,05).
Выводы. Результаты исследований дают основание полагать, что у больных с патологической подвижностью почки характер кровотока в почечных венах влияет на повышение САД. В этой связи выявление амплитуды колебания САД более 30 мм рт ст на основании измерения АД в шести статических состояниях может помочь в ранней диагностике позиционно-зависимых нарушений магистрального венозного кровотока почек, являющихся основной причиной осложненного течения ППП.

Диагностическое значение и способ оценки колебаний давления в левой почечной вене

А.Г. Тонян[1], А.С.Тевосян[2]

[1] CityClinic, г.Краснодар
[2] ГБОУ ВПО КубГМУ, г.Краснодар

Введение. В 1990 году Мазо Е.Б. и соавт. описали функциональную взаимосвязь надпочечников и яичек в патогенезе бесплодия у больных с левосторонним варикоцеле. Согласно этой концепции, при венной почечной гипертензии за счет рефлюкса крови по центральной вене левого надпочечника в корковом веществе последнего происходит гиперпродукция стероидных гормонов, обладающих антиандрогенной и антисперматогенной активностью. Лабильность венной почечной гипертензии (восстановление нормального кровотока в покое) обуславливает то, что эти гормоны, попадая в общий кровоток, угнетают сперматогенез в обоих яичках.
Если повышение давления в левой почечной вене не приводит к формированию рено-портального венозного анастомоза, то избыточное количество стероидных антиандрогенов, попадая в общий кровоток, приводит к еще большему угнетению сперматогенеза.
Этим объясняется то, что в одних случаях варикоцелэктомия приводит к фертилизации пациента, а в других – к появлению или усилению патоспермии и бесплодия.
Целью исследования оценка уровня гормона коры надпочечника дигидроэпиандростендиона (ДГЭА) при полипозиционном исследовании у лиц с ретроградным кровотоком при варикоцеле.
Материалы и методы. В исследование были включены 19 фертильных мужчин от 19 до 28 лет, здоровых по данным диспансерного обследования в рамках добровольного медицинского страхования и 35 мужчин от 22 до 35 лет с нарушениями фертильной функции. Измеряли артериальное давление (АД) в шести статических состояниях: на спине, на животе, на правом и левом боку, сидя и стоя. Учитывали только систолическое артериальное давление (САД), как показатель оценки артериального давления, принятый в кардиологии. В течение недели измерялось АД в шести положениях утром, сразу после пробуждения, и вечером, перед сном.
Оценку ретроградного кровотока проводили в шести статических состояниях при цветном допплеровском картировании (ЦДК): на спине, на животе, на правом боку, на левом боку, сидя и стоя. Оценку магистрального венозного кровотока проводили в шести статических состояниях по показателю dVven: на спине, на животе, на правом боку, на левом боку, сидя и стоя. Нарушение кровотока фиксировали при dVven больше 20 см/с.
В положении максимального и минимального систолического артериального давления (САД) утром в 8 часов натощак сдавали кровь на ДГЭА с интервалом 5 минут.
Результаты. Измерение АД в шести состояниях выявило следующие закономерности:
- Максимальное САД в контрольной и исследуемой группах наблюдали в любом из шести статических состояний, dVven больше 20 см/с;
- Минимальное САД в испытуемой группе наблюдали в любом статическом состоянии, в исследуемой группе в положении на правом или левом боку, при dVven меньше 20 см/с;
- Ретроградный кровоток определен в положениях, где dVven больше 20 см/с;
- С повышением степени варикоцеле отмечено возрастание количества случаев с нарушением ретроградного кровотока.
- выявлены колебания уровня ДГЭА между положениями с минимальным и максимальным САД в контрольной группе от 0,23 до 0,74 нмоль/л, и от 0,1 до 0,9 нмоль/л, в исследуемой группе.
Выводы. Данные исследования доказывают целесообразность полипозиционной оценки ретроградного кровотока и уровня ДГЭА у лиц с нарушением фертильной функции. Колебания уровня ДГЭА могут быть маркером изменения давления в

левой почечной вене, что может помочь в диагностике и лечении инфертильных мужчин с варикоцеле.

Наш опыт лечения больных острым гестационным пиелонефритом

М.А. Узденов, А.М. Узденов

РГБ ЛПУ «КЧРКБ»
г.Черкесск

Введение. Острый гестационный пиелонефрит(ОГП) встречается более чем у 10% женщин, оказывает неблагоприятное воздействие как на организм матери, так и на развивающийся плод. Из них до 10% пациенток страдают гнойно-деструктивными формами ОГП, которые могут привести к гнойно-некротическому поражению почек и сепсису.
Цель исследования. Оценить возможности современных методов диагностики, эффективность малоинвазивных технологий дренирования верхних мочевых путей(ВМП) и, проводимой антибактериальной и инфузионной терапии.
Материал и методы обследования. За период 2011-2016 гг. в урологическом отделении РГБ ЛПУ «КЧРКБ» пролечено 372 пациенток с острым ОГП, при сроках беременности от 8 до 39 недель. Диагностика включала клинические, лабораторные, инструментальные и ультразвуковые (в том числе УЗДГ) методы исследования. При подозрении на гнойный характер заболевания, проводили МРТ. При наличии суправезикальной обструкции, в неотложном порядке выполнялось восстановление оттока мочи из пораженной почки (стентирование верхних мочевых путей, пункционная нефростомия) и, последующее проведение антибактериальной и инфузионной терапии. Показания к дренированию верхних мочевых путей выявлено у 86(23,11%) пациенток. Из них, с целью восстановления адекватного оттока мочи из почки выполнено стентирование мочевых путей у 74 (86,04%). Одностороннее дренирование верхних мочевых путей катетером-стентом выполнено у 65(87,83%), с обеих сторон у 9(12,16 %). Двенадцати пациенткам (13,95%), в связи с технической невозможностью установки катетера-стента, выполнена пункционная нефростомия под ультразвуковой визуализацией.
Результаты. Проведение антибактериальной и инфузионной терапии после дренирования верхних мочевых путей малоинвазивными методами у 86 пациенток, позволило купировать атаки пиелонефрита во всех случаях.
Выводы. Применение современных методов диагностики (УЗДГ, МРТ), малоинвазивных технологий дренирования верхних мочевыводящих путей (мочеточниковый катетер-стент, пункционная нефростомия у 86 пациенток с ОГП, позволили выполнить своевременную и точную диагностику, адекватное дренирование ВМП и, в последующем, эффективное проведение антибактериальной и инфузионной терапии.

Оксидантный стресс при остром пиелонефрите.

Холименко И.М., Шатохин М.Н., Братчиков О.И., Маврин М.Ю. Коцарь А.Г., Мальцев В.Н.

Введение. Анализ литературы последних лет показывает увеличение заболеваемости и атипичности течения острого пиелонефрита. Не смотря на то, что некоторые вопросы, касающиеся конкретных механизмов, приводящих к хронизации и прогрессированию пиелонефрита известны, многие требуют уточнения и переосмысления. Дополнительно показатели окислительного стресса и антиоксидантной защиты могут служить информативными тестами для оценки тяжести заболевания, его прогноза, эффективности лечения и проведения профилактических мероприятий.
Цель работы. Изучить состояния про - и антиоксидантной системы иммунитета на системном и локальном уровне при остром серозном и гнойном пиелонефрите.
Материалы и методы. Под наблюдением находились пациенты с диагнозом острый пиелонефрит. В исследование были включены 62 пациента (56 женщин и 6 мужчин в возрасте 41,5±3,9 лет). Больные серозным пиелонефритом, получали консервативную антибактериальную терапию. Пациентам с гнойным пиелонефритом выполнялось оперативное пособие на пораженной почке с целью ее дренирования. После дренирования назначалась стандартная антибактериальная терапия. Группа контроля 15 доноров. Забор крови и мочи производили до начала комплексного лечения и перед выпиской на 10-11 сутки после начала лечения
Статистическую обработку результатов исследования проводили по общепринятым критериям вариационно-статистического анализа с вычислением средних величин (M), ошибки средней арифметической (m) с помощью пакета компьютерных программ Microsoft Excel, 2010. Существенность различий оценивали по U-критерию. Статистически значимыми считали различия с p=0,05.
Результаты исследования: В проведенных исследованиях установлено, что при остром пиелонефрите, в большей степени при гнойной форме, на фоне воспалительного процесса в почке развивается окислительный стресс, о чем свидетельствует повышение продуктов перекисного окисления липидов в плазме крови, моче и эритроцитах и стабильных метаболитов NO (нитриты и нитраты), повышение активности кислородзависимых систем нейтрофилов периферической крови и снижение компонентов антиоксидантной защиты при гнойном пиелонефрите.
После проведенного лечения большинство показателей развития оксидантного стресса остались выше значений здоровых доноров, особенно при гнойной форме острого пиелонефрита.
В наших наблюдениях выявлено, что концентрация $СМ_{NO}$ повышается у всех пациентов с серозным и гнойным пиелонефритом до начала лечения, как

на системном, так и на местном уровне, причем в значительной степени это касается гнойного пиелонефрита. После проведенного лечения уровень нитритов и нитратов при серозной форме воспаления нормализовался в моче, а при гнойной корригировался в плазме, моче и эритроцитах.
Выводы. Изучение процессов свободно-радикального окисления организма представляет интерес для раскрытия всех звеньев механизма развития почечной патологии, и подтверждают необходимость патогенетической терапии препаратами с антиоксидантным и мембранотропным действием при серозной и гнойной формах острого пиелонефрита.

Рецидивирующая инфекция органов мочевыделительной системы (РИМП)

А.В. Царева

Рецидивирующая инфекция органов мочевыделительной системы (РИМП) является распространённой клинической проблемой, решения которой на сегодняшний день не найдено [Glover M,et al., 2014]. Для женщин активного репродуктивного возраста главным прорецидивным фактором цистита является частота половых контактов [Scholes, D., et al., 2000].
Целью исследования была оценка влияния бактериоспермии на возникновение рецидива острого цистита. Объектом явились 48 пациенток с диагнозом Рецидивирующий цистит, имеющие в анамнезе курсы антибактериальной и противорецидивной терапии без стойкой ремиссии. Параллельно обследованы их половые партнёры, проведена микроскопия секрета или порции мочи после массажа предстательной железы; бактериологического исследования эякулята или секрета предстательной железы.
В результате, из 48 мужчин у 36 (75%) выявлена бактериоспермия > 10^3 КОЕ/мл; у 17 (47,2%) из них отсутствовали клинические и объективные признаки воспалительных изменений, был установлен диагноз хронический простатит (ХП) IV категории по NIH-NIDDK; в 53,8% случаев имелись проявления ХП II категории. Из 12 больных, у которых эякулят или секрет предстательной железы имел показатель ОМЧ < 10^3 КОЕ/мл, 7 мужчин были здоровы, а в 5 случаях – установлен диагноз ХП IIIa и IIIb. Всем пациентам с ХП было проведено лечение согласно Федеральным клиническим рекомендациям РОУ, Guidelines EAU, контрольное клиническое и лабораторное обследование с подтверждением купирования клинической симптоматики и санации эякулята и/или секрета предстательной железы.
При оценке состояния больных рецидивирующим циститом в течение 1 года наблюдения у 44 (91,7%) женщин выявлена стойкая клинико-лабораторная ремиссия. У 4 пациенток отмечены рецидивы ИМП, связанные с наличием функциональных нарушений мочеиспускания, аномалиями развития наружного отверстия уретры. Полученные данные свидетельствуют о влиянии бактериоспермии на возникновение РИМП и требуют обследования половых партнёров на наличие данного фактора.

Преимущества мскт в диагностике Уротуберкулеза

Чотчаев Р.М., Зубань О.Н.

ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ»
г. Москва

Введение. Туберкулез демонстрирует многообразие рентгенологических находок и склонность к диссеминации из первичного очага.
Цель. Провести ретроспективное исследование больных с уротуберкулезом для сравнения диагностических возможностей экскреторной урографии (ЭУ) и мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в выявлении мочеполового туберкулеза (МПТ) и создания системного подхода к анализу рентгенологических изображений.
Материал и методы. МПТ диагностирован у 45 пациентов, подвергнутых МСКТ и ЭУ. Мужчин было 35, женщин — 10 (средний возраст 58,0 года). Изучено наличие и частота кальцификации мочевого тракта, аутонефрэктомий, образований и полостей распада в паренхиме почек и предстательной железы, ампутаций чашечек почки, изъеденности ее сводов, гидрокаликоза, гидронефроза, гидроуретера и утолщения стенки мочевыводящих путей.
Результаты. МПТ представлен следующими формами: поликавернозный туберкулез почек — у 12, туберкулезный папиллит — у 8, туберкулез паренхимы почек — у 7, предстательной железы – у 8, мочевого пузыря – у 7, мочеточника – у 12, придатка яичка - у 10. Сочетанное поражение органов мочевой и мужской половой систем зарегистрировано в 16 (35,5%) случаях. МСКТ оказалась более чувствительной в обнаружении каверн ($p<0,01$), гидронефроза ($p<0,001$), стриктур мочеточника ($p<0,05$) и утолщения стенок почечной лоханки/мочеточника/мочевого пузыря ($p<0,0001$). Четыре характерных рентгенологических признака отмечены на 17 ЭУ (37,8%) и многочисленные — на 33 МСКТ (73,3%).
Заключение. У больных МПТ каверны почек и предстательной железы, стриктуры мочеточника и утолщение стенок мочевыводящих путей достоверно чаще выявляются с помощью МСКТ, нежели ЭУ. МСКТ позволяет обнаружить множественные рентгенологические находки, характерные для

Нейтрофильно-лимфоцитарный индекс - предиктор результата биопсии предстательной железы

Т.В. Шатылко, В.М. Попков, А.Ю. Королёв, Р.Н. Фомкин

Введение. Нейтрофильно-лимфоцитарный индекс (НЛИ) – простой маркер системного воспалительного ответа, который может служить независимым прогностическим фактором при некоторых солидных злокачественных опухолях, включая рак простаты.
Цель. Оценка прогностической роли НЛИ у мужчин, которым выполняется биопсия простаты с целью первичной диагностики рака простаты.
Материалы и методы. Мы изучили данные общего анализа крови и анализа на PSA и его фракции у 1075 пациентов мужского пола, 236 из которых имели уровень PSA в «серой зоне» от 4 до 10 нг/мл и подверглись трансректальной биопсии.
Результаты и обсуждение. НЛИ был значительно выше у мужчин с уровнем PSA выше 20 нг/мл по сравнению с остальными ($p < 0.001$). НЛИ также был значительно выше у пациентов с положительным результатом биопсии ($p < 0.001$). С помощью ROC-анализа установлено пороговое значение НЛИ, равное 2.5; НЛИ демонстрировал хорошие предиктивные параметры в комбинации с соотношением свободного и общего PSA (с пороговым значением, равным 0.15). Мультивариабельный анализ подтвердил самостоятельную прогностическую роль НЛИ в отношении диагноза рака простаты.
Выводы. Согласно нашим данным, НЛИ может служить новым биомаркером для прогнозирования рака простаты у мужчин, нуждающихся в выполнении биопсии.

Место бактериофагов в этитропной терапии хронического бактериального простатита

И.С. Шорманов, А.С. Соловьев, А.И. Рыжков, Н.С. Шорманова

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава РФ
г. Ярославль

Цель. Оценить эффективность и безопасность поливалентного пиобактериофага в лечении хронического бактериального простатита (ХБП).
Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 60 пациентов с обострением хронического бактериального простатита в возрасте 23-45 лет (средний возраст - 40,9±2,7 лет), которых разделили на две группы. Больные группы 1 (n=30) получали антимикробную химиотерапию левофлоксацином внутрь по 500 мг х 1 раз в сутки, больные группы 2 (n=30) получали поливалентный пиобактериофаг по 20,0 мл х 3 раза в сутки внутрь. Длительность курса лечения составила 28 дней. В обеих группах оценивались: переносимость, ближайшая клинико-бактериологическая эффективность, отдаленная противорецидивная эффективность (в течение 12 месяцев).
Результаты. Ближайшая клиническая эффективность монотерапии фторхинолоном составила 86,7% (26/30), а клиническая эффективность монотерапии поливалентным пиобактериофагом – 83,3% (25/30), соответственно ($p<0,1$). Ближайшая бактериологическая эффективность антимикробной терапии фторхинолоном (частота эрадикации возбудителя) составила 86,7% (26/30), а бактериологическая эффективность терапии поливалентным пиобактериофагом – 80,0% (24/30) ($p<0,1$). Частота побочных эффектов на фоне фаготерапии оказалась достоверно в 2,5 раза меньше, чем при лечении фторхинолоном ($p<0,05$). Частота рецидивов (отдаленная противорецидивная эффективность) в течение 12 месяцев после лечения в группе 1 составила 64,4%, в группе 2 - 63,7% ($p<0,1$).
Вывод. Таким образом, бактериофаготерапия является эффективным и безопасным самостоятельным видом лечения хронического бактериального простатита.

Длительность употребления нестероидных противовоспалительных препаратов как фактор риска субклинического повреждения почек

Шорманов И.С., Бажина О.В., Жигалов С.А.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
г. Ярославль

Цель. Изучить взаимосвязь длительности употребления нестероидных противовоспалительных препаратов и развития субклинического повреждения почек у пациентов с ревматоидным артритом.
Материалы и методы. Обследовано 80 пациентов с диагнозом ревматоидного артрита, разбитых на четыре группы в зависимости от длительности приема НПВС (до 1 года, от 1 до 5 лет, от 5 до 10 лет и свыше 10 лет). О развитии поражения почек (СПП) судили по мочевой активности аланинаминотрансферазы (АЛТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), альфа-1-микроглобулина и экскреции альбумина (МАУ).
Результаты. При анализе маркеров СПП показано следующее: показатели в группе до 1 года, ЩФ/Кр 16,4(10,5; 32,3), АЛТ/Кр 11,7(8,3; 38,2), Альфа-1-МГ/кр 22,4(14,3; 86,6), МАУ/кр 17,1(3,4; 46,8); от 1-5 лет ЩФ/Кр 13,2(7,7; 24,2), АЛТ/Кр 5,6(2,2; 12,0), Альфа-1-МГ/кр 9,1(6,8; 11,5), МАУ/кр 5,7(1,6; 9,8), от 5-10 лет ЩФ/Кр 16,6(13,2; 25,1), АЛТ/Кр 6,1(3,7; 11,3), Альфа-1-МГ/кр 12,5(8,3; 19,9), МАУ/кр 9,0(4,5; 9,1); более 10 лет ЩФ/Кр 25,5(14,1; 37,4), АЛТ/Кр 11,0 (2,8; 15,0), Альфа-1-МГ/кр 24,4(18,8; 42,3), МАУ/кр 17,0(6,9; 27,3) и в группе контроля ЩФ/Кр 7,2(5,9; 11,0), АЛТ/Кр 2,2(2,0; 4,1), Альфа-1-МГ/кр 6,4(4,2; 10,6), МАУ/кр 1,4(0,6; 4,5). Таким образом, уровни всех маркеров СПП для каждого времен-

ного интервала достоверно отличались от аналогичных показателей в группе контроля. Необходимо отметить, что в динамике СПП в зависимости от длительности приема НПВП наблюдались два пика активности. Все показатели в группе до 1 года были статистически больше чем в группах 1-5 и 5-10 лет, достигая уровня группы с наибольшей длительностью приема (более 10 лет).
Выводы. Таким образом, наибольшие признаки повреждения почек наблюдались в группах до 1 года и более 10 лет, поскольку максимальная потребность в НПВП приходится именно на первый год (когда базисная терапия еще не начата), а кумуляция нефротоксических эффектов от приема НПВП наступает после 10 лет их регулярного приема.

Особенности иммунных нарушений при хроническом рецидивирующем цистите у женщин

Шорманов И.С., Большаков В.А.,
Крохмалёв А.С., Соколова Х.А.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
г. Ярославль

Цель. Оценить иммунный статус пациенток с хронических рецидивирующим циститом.
Материалы и методы. За период с 2012 по 2016 год на базе 2-го урологического отделения ГАУЗ ЯО КБ № 9 и поликлиники ГАУЗ ЯО КБ № 3 города Ярославля было обследовано 69 женщин с хроническим рецидивирующим циститом. Средний возраст пациенток составлял 38,7 ± 5,4 лет. Средняя продолжительность заболевания составила 7,2±1,7 год. Оценку клеточного звена иммунитета проводили иммунофлюоресцентным методом с помощью моноклональных антител фирмы «Сорбент» (Россия). Количество иммуноглобулинов классов G, M, A в сыворотке крови определяли методом одномерной радиальной иммунодиффузии в агаровом геле по Манчини. Циркулирующие иммунные комплексы определяли методом Хаскова и Стручкова. Оценку фагоцитарной активности нейтрофилов проводили микрометодом (процент фагоцитоза и фагоцитарное число).
Результаты. При анализе иммунограмм пациенток с хроническим рецидивирующим циститом выявлены следующие изменения: снижение пула Т-лимфоцитов (CD 3+) на 18,7 % ($p \leq 0,05$)и Т-хелперов (CD 4+) на 32,0 % ($p \leq 0,05$), увеличение количества NK – клеток (CD 16+) на 4,6 % ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о о нарушении клеточного звена иммунитета. В сыворотке крови у пациенток выявлено снижение уровня Ig A на 0,92±0,05 Г/л, IgM на 0,19±0,02 г/л, а IgG на 3,07±0,15 г/л. Во всех случаях $p \leq 0,05$. Снижение показателя IgA говорит о снижении факторов местной защиты уротелия, а снижение IgG – о снижении гуморального иммунитета. Снижение фагоцитарной активности нейтрофилов на 26,7% ($p \leq 0,05$) может указывать на хронизацию инфекционного процесса в организме и иммуносупрессию.
Вывод. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости включения в схему лечения средств иммунокоррекции.

Возможности а-липоевой кислоты в лечении больных хроническим абактериальным простатитом iiib-категории

Шорманов И.С., Можаев И.И.,
Соловьёв А.С., Шорманова Н.С.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
г. Ярославль

Цель исследования. Изучить влияние а-липоевой кислоты на динамику цитокинового и оксидативного статусов пациентов с СХТБ-IIIB категории.
Материал и методы. В исследовании приняли участие 45 мужчин (ср. возр. - 39,4±3,6 лет) с диагнозом «хронический абактериальный простатит IIIB-категории», которых разделили на 2 группы. Пациенты группы 1 (n=23) получали стандартную терапию в течение 30 дней (НПВС, простанорм, а-1-адреноблокатор); пациенты группы 2 (n=22) получали стартовую терапию(Тиоктацид в виде монотерапии по 600 мг в/в 1 раз в сутки, е/д-N 5), а затем базовое лечение : стандартная терапия + Тиоктацид по 600 мг внутрь е/д 1 раз в сутки в течение 30 дней. Для оценки эффективности терапии в крови и секрете предстательной железы выполняли определение уровней цитокинов ИЛ-8 и ИЛ-10, а также уровни диеновых конъюгатов, малонового диальдегида и активность каталазы.
Результаты. У пациентов обеих групп выявлено уменьшение концентрации провоспалительного ИЛ-8, увеличение концентрации противовоспалительного ИЛ-10, снижение концентрации промежуточных (диеновые конъюгаты) и конечных (малоновый диальдегид) продуктов ПОЛ на фоне снижения исходно повышенной каталазной активности плазмы крови ($p<0,05$). Достоверно более выраженные позитивные изменения наблюдались у больных группы 2, а средняя эффективность терапии у них оказалась выше на 16,9% ($p<0,05$).
Одновременно происходили практически равнозначные по характеру изменения указанных параметров и в ткани предстательной железы. При этом, больные группы 2 демонстрировали достоверно лучшие результаты медикаментозной коррекции локальных (простатических) нарушений гомеостаза, которые превышали на 28,6% результаты лечения группы 1($p<0,05$).
Вывод. Дополнительное к стандартной терапии назначение препарата а-липоевой кислоты повышает лабораторную эффективность лечения нарушений гомеостаза при обострении ХАП IIIB-категории.

Период полувыведения как фактор нефротоксичностинестероидных противовоспалительных препаратов

Шорманов И.С., Жигалов С.А., Бажина О.В.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
г. Ярославль

Цель. Изучить роль периода полувыведения НПВП в развитии почечного повреждения у пациентов с ревматоидным артритом
Материалы и методы. Обследовано 80 пациентов с диагнозом ревматоидного артрита. За весь период болезни в постоянном приеме НПВП нуждались 87,5% (70/80). Пациенты получавшие длительноживущие НПВП - более 6 часов (мелоксикам, ацеклофенак, пироксикам, целекоксиб) - 17,1% (12/70) и короткоживущие - менее 6 часов (индометацин, метамизол натрия, диклофенак, кетопрофен, нимесулид, ибупрофен) - 71,4% (50/70). Пациенты, принимавшие препараты с различным периодом полувыведения 8/70 были исключены из анализа. О развитии субклинического поражения почек судили по мочевой активности аланинаминотрансферазы (АЛТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), альфа-1-микроглобулина и экскреции альбумина (МАУ).
Результаты. При анализе уровня маркеров СПП показано следующее: Пациенты РА, принимавшие НПВП с T½>6ч, ЩФ/кр 22,6(9,2; 24,8), АЛТ/кр, 11,5(9,6; 19,0), Альфа-1-МГ/кр, 42,8(21,5; 85,8), МАУ/кр, 17,0(4,5; 17,0) vs ЩФ/кр 16,8(11,9; 28,3) АЛТ/кр, 6,6(2,7; 12,9) Альфа-1-МГ/кр, 14,3(8,7; 22,0) МАУ/кр, 9,0(4,5; 17,0) у пациентов принимавших НПВП с T½<6ч. Таким образом, отмечено достоверное повышение АЛТ/кр., Альфа-1-МГ/кр. в группе длительноживущих по сравнению с короткоживущими НПВП. В отношении показателей ЩФ/кр при микроальбуминурии была выявлена подобная тенденция, однако, не достигающая статистической значимости.
Выводы. Таким образом, более нефротоксичными являются длительноживущие НПВП.

Взаимодействие системных и органных нарушений гомеостаза при хроническом абактериальном простатите iiib-категории в эксперименте

Шорманов И.С., Можаев И.И., Шорманова Н.С., Соловьёв А.С.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава РФ
г. Ярославль

Цель исследования. Выявить взаимосвязи между нарушениями гомеостаза системного и органного характера в экспериментальных моделях хронического абактериального простатита (ХАП) III-B.
Материал и методы. В эксперименте использовано 60 самцов белых крыс, разделенных на 3 группы: (группа 1 (n=20) – животные с моделью ХАП; группа 2 (n=20) – животные с моделью системного стресса; группа 3 (n=20) – животные с моделью ХАП и системного стресса. Исследовались периферическая кровь и гомогенат ткани предстательной железы. Изучались показатели цитокинового обмена (ИЛ–8 и ИЛ–10), оксидативного статуса (диеновые конъюгаты, малоновый диальдегид, активность каталазы) и обмена биогенных аминов (гистамин, серотонин, адреналин, норадреналин, дофамин)
Результаты. В группе 1 наряду с локальными изменениями цитокинового, оксидативного и вегетативно-медиаторного балансов развивались аналогичные нарушения на системном уровне, выраженные в меньшей степени. Во 2-й группе в крови у животных происходили адаптационно-направленные изменения гомеостаза, в виде хронического асептического воспаления, нарушения обмена цитокинов; изменения реакций ПОЛ и функционального состояния антиоксидантной системы защиты, а также нарушения вегетативно-медиаторного баланса. Подобные изменения развивались и в ткани предстательной железы, но при интактной простате они оказались физиологически оправданными и достаточными для нивелирования последствий стресса. Наиболее тяжелые нарушения гомеостаза на системном и локальном уровнях наблюдались в третьей серии опытов, что свидетельствовало о наличии между ними не только механизмов взаимодействия, но и взаимного отягощения.
Выводы. Взаимоотношения между системными и локальными гомеостатическими нарушениями при ХАП, носят двусторонний характер в результате которого при данном заболевании формируется «патологический порочный круг».

Эндотелий-протективный и адаптогенный Эффекты женьшеня в лечении хронического бактериального простатита

Шорманов И.С., Соловьев А.С., Можаев И.И., Рыжков А.И.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава РФ
г. Ярославль

Цель. Оценить эффективность растительного препарата Геримакс Женьшень в комплексной терапии хронического бактериального простатита.
Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 60 пациентов с обострением хронического бактериального простатита в возрасте 22-45 лет (средний возраст - 39,6±2,3 лет), которых разделили на две группы. Пациенты группы 1 (n=30) – получали левофлоксацин внутрь по 500 мг х 1 раз в сутки, пациенты группы 2 (n=30) левофлоксацин внутрь по 500 мг х 1 раз в сутки + Геримакс Женьшень внутрь по 200 мг х 1 раз в сутки. Продолжительность лечения в обеих группах составила 28 суток. У всех больных, до и после лечения оценивали выраженность болевого синдрома и индекс качества жизни по шкале NIH-CPSI-QL, суммарный балл тревоги и индекс тревоги по шкале Цунга, состояние эректильной

функции по шкале МИЭФ-5, а также выполнялись стандартные бактериологические исследования секрета предстательной железы.
Результаты. Бактериологическая эффективность лечения в первой группе составила 82,7%, во второй - 96,7%. Индекс боли в обеих группах достоверно уменьшился, однако во второй группе он был ниже на 35% в сравнении с пациентами первой группы ($p<0,05$). Индекс тревоги у пациентов второй группы был ниже на 41% по сравнению с пациентами, получающими монотерапию фторхинолонами ($p<0,05$). Показатели эректильной функция оказались на 30 % лучше у пациентов, получающих комплексную терапию ($p<0,05$). В результате, показатели индекса качества жизни оказались лучше на 19% во второй группе пациентов ($p<0,05$).
Выводы. Применение препарата на основе женьшеня, являющегося фитодонатором L-аргинина и ГАМК, у больных с обострением хронического бактериального простатита приводит к повышению клинической и бактериологической эффективности лечения на 24,5% и 14,0% соответственно.

Функциональное состояние эндотелия у больных с хроническим бактериальным простатитом

Шорманов И.С., Соловьев А.С., Рыжков А.И., Шорманова Н.С.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
г. Ярославль

Цель исследования. Оценить выраженность эндотелиальной дисфункции у больных хроническим бактериальным простатитом (ХБП), а также установить ее связь с расстройствами простатической гемодинамики и нарушениями эректильной функции.
Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты обследования 120 пациентов 22 - 45 лет с обострением ХБП и 30 здоровых мужчин, у которых оценивали функцию эндотелия по суммарному содержанию метаболитов NO в крови, плазменному уровню эндотелина и результатам посткомпрессионного теста на плечевой артерии. Выполняли УЗ-допплерографию сосудов простаты, анализировали эректильную функцию (МИЭФ-5), цитокиновый профиль и уровень гомоцистеина крови.
Результаты. У пациентов с обострением ХБП выявлено снижение уровня монооксида азота на 17%, показателей пробы с реактивной гиперемией - на 54% и повышение концентрации эндотелина I - на 26% ($p<0,05$). Кроме того, имелось повышение концентрации гомоцистеина на 30% и увеличение содержания цитокинов в 2,3-10,8 раз ($p<0,05$). При этом, степень их возрастания прямо коррелировала с дисфункцией эндотелия. Значения эректильной функции были снижены на 30% и обратно коррелировали с показателями эндотелиальной дисфункции ($n=120;r=0,385;p=0,001$). На 30% был снижен индекс васкуляризации (VI), на 50% повышены индексы резистентности (RI) и на 27,4% снижена линейная скорость по венам ($p<0,05$). Установлена положительная связь между VI и уровнем NO ($n=120;r=0,231;p=0,001$), VI и степенью дилатации плечевой артерии ($n=120;r=0,385;p=0,001$) и отрицательная связь между VI и уровнем эндотелина 1($n=120;r=0,231;p=0,001$).
Заключение. Исследование показало важную роль эндотелиальной дисфункции в генезе гемодинамических нарушений в простате и эректильной дисфункции.

Оптимизация внутриполостной терапии хронического рецидивирующего цистита у женщин

Шорманов И.С., Большаков В.А., Крохмалёв А.С., Соколова Х.А.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
г. Ярославль

Цель. Улучшение результатов лечения больных с хроническим рецидивирующим циститом.
Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 69 пациенток с обострением хронического рецидивирующего цистита. Все пациентки получали стандартную схему консервативной терапии в течение 7 дней, включающую антибиотик, согласно результатам посева мочи и растительный диуретик (канефрон). Затем пациентки были разделены на 3 группы. Пациенты контрольной группы (n=23) продолжили получать растительный диуретик. Пациенты опытной группы А (n= 23) получали внутрипузырную терапию (гепарин 25000 МЕ, дексаметазон 8 мг, лидокаин 2% - 4 мл, мирамистин 0,01% - 5 мл) на 50 мл NaCl 0,9 %. Пациенты опытной группы Б (n=23) получали внутрипузырную терапию той же смесью на 50 мл крахмально-агарового геля. Количество инстилляций в каждой группе составило 15. Оценка результатов лечения проводилась на 21 сутки согласно: анкетам качества жизни (QoL), визуальной аналоговой шкале (VAS) боли, дневникам мочеиспускания.
Результаты. Улучшение качества жизни в контрольной группе составило - 2,8 ±0,4 балл, в опытной группе А - 2,2 ± 0,2 балла, а в опытной группе Б - 2,0 ± 0,2 балла. Частота мочеиспускания в дневное и ночное время в первой группе уменьшилась на 28,6%/33,3%, во второй группе 50,7%/67,3%, в третьей группе на 59,8%/83,8%. Положительный эффект был отмечен и в увеличении эффективного объема мочеиспускания в группах на 31,6%/59,6%/68,8% соответственно. Болевой синдром над лоном в первой группе сохранялся у 22% пациенток, во второй группе у 12%, в третьей группе боль отметили 5% женщин. Посткоитальный дискомфорт отмечали 9% /7% /3% пациенток соответственно.
Заключение. Таким образом, использование крахмально-агарового геля в качестве основы для внутрипузырной терапии позволяет улучшить результаты лечения хронического цистита.

Раздел VI:

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ УРОЛОГИЯ

Robotic Kidney Transplantation: European one year data

P. Gavrilov, A. Breda[1], A. Territo[1], L. Gausa[1], V. Tucu[2], A. Alcaraz[3], M. Musquera[3], K. Decaestecker[4], M. Stockle[5], P. Fornara[6], G. Siena[7], N. Doumerc[8]

[1] Department of Urology, Autonoma University of Barcelona
Fundaciò Puigvert, Spain
[2] Bakirkoy Sadi Konuk Training and Research Hospital Center
Turkey
[3] Department of Urology, Hospital Clinic, University of Barcelona
Barcelona, Spain.
[4] Department of Urology, Ghent University Hospital
Ghent, Belgium
[5] Department of Urology, University Saarland
Homburg/Saar, Germany
[6] Department of Urology, University Hospital Halle (Saale)
Halle, Germany
[7] Department of Urology, University of Florence, Careggi Hospital
Florence, Italy
[8] Department of Urology and Renal Transplantation, University Hospital of Rangueil
Toulouse, France

Introduction. Kidney transplantation is the preferred treatment for patients with end stage renal disease. In order to reduce the morbidity of the open surgery, a robotic assisted approach has been recently introduced. The robotic surgery allows the performance of KT under optimal operative conditions while maintaining the safety and the functional results of the open approach. We present the one-year results from the ERUS Robotic Kidney Transplantation Group common prospective database of Robotic assisted kidney transplantation (RAKT) on 112 cases.

Results.
RAKT number = 112
Female: male 43:69
Pre - operative serum creatinine level, umol/L, mean (range) 579 (198 – 1414)
Pre - operative Estimated GFR, ml/min/1,73 mÇ, mean (range) 10 (4 – 29)
Operative time, incision to closure, min, mean (range) 262 (130 – 430)
Overall ischemia time, min, mean (range) 107 (53 – 377)
Rewarming time, min, mean (range) 53 (35 – 110)
Post-operative serum creatinine level, umol/L, mean (range)
7 dy 180 (55 – 1326)
1 month 146 (71 – 187)
Estimated GFR, ml/min/1,73 mÇ, mean (SD)
7 dy 45 (7 – 70)
1 month 60 (48 – 86)
Estimated blood loss, ml, mean (range) 135 (40 – 400)
Length of stay, days, mean, (range) 6 (4 – 8)
Removal DJ catheter, d, mean, (range) 30 (14 – 110)
Complication n (%)
Delay graft function 5 (4.5)
Graft biopsy 0 (0)
Wound complications 1 (0.9)
Intraperitoneal hematoma (surgical exploration) 5 (4.5)
Post-operative bleeding 3 (2.7)
Graft vascular thrombosis 3 (2.7)
Graft torsion 0 (0)
Urine leak of stricture 0 (0)
Infection 0 (0)
Lymphocele 1 (0.9)
Re- exploration for anastomotic bleeding 0 (0)
Deep venous thrombosis 1 (0.9)

Conclusion. This is the first European study on RAKT. RAKT with regional hypothermia appears to be a safe and reproducible procedure in a properly selected group of patient. The potential advantages of RAKT are related to the quality of the vascular anastomosis, the low complication rate and the short recovery of the recipients.

Способ дренирования мочевого пузыря модифицированным катетером Фолея.

Арбулиев М.Г., Османов М.Г.
г. Махачкала

Дренирование мочевого пузыря катетером Фолея через уретру вызывает сдавление и инфицирование уретры (Лопаткин Н.А. 1998; Сергиенко Н.Ф. 2010 г.). По этим причинам возникает вопрос необходимости ведения больных после аденомэктомии без дренажа в уретре. Для решения этой проблемы предлагается модифицированный катетер Фолея (патент РФ на полезную модель № 165130), который устанавливается в ложе аденомы таким образом, чтобы он не находился в уретре, но оказывал бы кровоостанавливающий эффект и осуществлял бы функцию дренирования мочевого пузыря в послеоперационном периоде. Это позволит избежать инфицирования уретры, сдавления ее стенок и станет профилактикой рубцовых процессов. Производится модификация катетера Фолея:со стороны проксимального конца, отступя 2-3 см от раздуваемого баллона, накладываются два отверстия для прохождения промывного раствора; имеющиеся стандартные отверстия заглушаются за счет перевязки нитью из нерассасывающегося материала, которая затем будет использована для фиксации дренажа. После удаления аденомы, в полость пузыря вводится через уретру проводник, к которому фиксируется свободный конец нити, посредством которой заглушены стандартные отверстия катетера. Нить выводится через уретру наружу путем выведения проводника. Дистальный конец катетера с заполненным баллоном устанавливается в ложе и за счет нити осуществляется его натяжение для сдавления ложа с целью гемостаза. Нить атравматично фиксируют к верхней трети голени. Проксимальный конец катетера выводится через разрез на передней стенке мочевого пузыря на переднюю брюшную стенку. Через входной па-

трубок осуществляется перфузия промывного раствора, через патрубок баллона его заполнение или опорожнение при необходимости. Данный способ применен нами при хирургическом лечении аденомы простаты у 28-ми больных, 18 из которых подвергнуты экстрауретральной аденомэктомии, а 10 – ТУР аденомы простаты. При наблюдении за данной группой пациентов лишь у одного, через 6 месяцев после операции, диагностирована стриктура уретры. В тоже время в контрольной группе из 28-ми пациентов, подвергнутых чрезпузырной аденомэктомии по методу Федорова-Фрейера и ТУР аденомы простаты со стандартной методикой уретрального дренирования, стриктура уретры в процессе динамического наблюдения диагностирована в 3-х случаях.

Осложнения реконструктивно-пластических операций на верхних мочевыводящих путях.

И.В. Баженов, К.Н. Истокский, И.И. Кузуб, И.Е.Берестецкий

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет. ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»
г. Екатеринбург

Цель. Анализ осложнений реконструктивно-пластических (РП) операций на верхних мочевых путях (ВМП).
Материал и методы. Проанализированы осложнения РП операций на ВМП, выполненных в клинике урологии ФГБОУ ВО УГМУ за 2006-2016 гг. Всего выполнено 414 операций: пластика лоханочно-мочеточникового сегмента, пластика мочеточника при мегауретере, уретеро-уретеро и уретеро-цистоанастомозы в различных модификациях. Оперативные вмешательства выполнялись из открытого (18,38%), ретроперитонеоскопического (РПС) (65,40%) и лапароскопического (ЛП) (16,22%) доступов.
Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 15 пациентов (3,62%) отмечено обострение хронического пиелонефрита на фоне неадекватно функционирующего стента, потребовавшее чрескожной нефростомии (3а ст. по Clavien-Dindo). Несостоятельность анастомоза выявлена у 10 пациентов (2,42%), миграция стента (проксимальная и дистальная) с эндоскопической коррекцией у 4 (0,97%) пациентов (3а ст.). Кровотечение с образованием забрюшинной гематомы, потребовавшей последующей открытой ревизии, было у 1 (0,24%) пациента (3b ст.). У 1 пациента (0,24%) в связи с раневым кровотечением выполнена ревизия и остановка кровотечения под местной анестезией (3а ст.). В 1 случае (0,24%) была отмечена аномально быстрая инкрустация стента в течение 4 недель, что потребовало выполнения контактной уретеролитотрипсии (3b ст.). К поздним осложнениям отнесены неудовлетворительные результаты лечения. В 14 случаях (3,38%) выполнена эндоуретеротомия с положительным эффектом, 9 пациентам (2,17%) проведена повторная реконструкция, при утрате функции почки в 15 случаях (3,62%) выполнялись вторичные нефрэктомии.
Заключение. Важным в профилактике осложнений реконструктивно-пластической хирургии ВМП является адекватное дренирование ВМП, использование качественных расходных материалов (стенты, шовный материал), а также правильная оценка функционального состояния почек и уродинамики ВМП при определении показаний к операции. Использование малоинвазивных доступов (РПС, ЛП) является основой профилактики многих серьезных послеоперационных осложнений.

Лапароскопическая билатеральная нефрэктомия при аутосомно-доминантной поликистозной болезни почек у пациентов, находящихся на заместительной почечной терапии.

Т.Р. Биктимиров [1,2], А.Г. Мартов [2],
Р.Г. Биктимиров [1,2], И.А. Милосердов [3]

[1] ФГБУ «Федеральный клинический центр высоких медицинских технологий» ФМБА России
г.Химки
[2]Кафедра урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России
г. Москва
[3] ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искуственных органов им. академика В.И. Шумакова» Минздрава России
г.Москва

Аутосомно-доминантная поликистозная болезнь почек (АДПБП) – врожденное системное заболевание, встречающееся с частотой 1:1000 населения. В мире насчитывается 12,5 млн. пациентов АДПБП. С целью подготовки к трансплантации почки у пациентов с АДПБП необходимо выполнение билатеральной нефрэктомии. Традиционно нефрэктомию выполняли в один (билатерально) или два этапа. Открытые вмешательства сопровождаются высокой частотой осложнений до 38-40%. Внедрение эндовидеохирургических методов (в 1996 г.) снизило частоту осложнений. Опыт лапароскопической билатеральной нефрэктомии клиники Мейо (г.Феникс, штат Аризона, США) на 2015 год насчитывалось 68 пациентов. Собственный опыт ФКЦ ВМТ ФМБА России – 23 билатеральных нефрэктомии. С 2000 по 2014 годы выполнены 8 операций открытым доступом. 1 больная скончалась от острой сердечно-сосудистой недостаточностью, у 2 пациентов сформировалась вентральная грыжа. С 2014 года выполнено 15 лапароскопических билатеральных нефрэктомий, летальных исходов и конверсий не было. Интраоперационная кровопотеря у 1 больного составила 1500 мл. В 1 случае повреждение сигмовидной кишки на этапе морцелляции макропрепарата. Все пациенты выписаны из стационара на 5-7 сутки, пациент с повреждением кишки – на 10 сутки. Опыт ФНЦ им. В.И.Шумакова с 2016 года 13 лапа-

роскопических билатеральных нефрэктомий. У всех пациентов течение послеоперационного периода без осложнений и 5 пациентам уже выполнена трансплантация донорской почки.

Осложнения имплантации искусственного мочевого сфинктера

Е.И. Велиев [1,2], А.А. Томилов [1],
А.Б. Богданов [1,2], Е.Н. Голубцова [1,2]

[1] ГКБ им.С.П.Боткина
г. Москва
[2] Кафедра урологии и хирургической андрологии
РМАПО
г. Москва

Цель. Наилучшие результаты у пациентов с тяжелой степенью стрессового недержания мочи в настоящее время показала имплантация искусственного мочевого сфинктера (ИМС). Нами оценены осложнения, сопутствующие имплантации искусственного мочевого сфинктера.
Материалы и методы. Имплантация ИМС произведена 45 пациентам со стрессовым недержанием мочи тяжелой степени с ноября 2004 по май 2016 года. Излечением считалось использование ≤1 прокладки в сутки, улучшением – сокращение потерь мочи более чем на 50%, частота успеха определялась как сумма частоты излечения и улучшения.
Результаты. Медиана возраста составила 67 лет (IQR 63-72 лет), медиана времени наблюдения 66 месяцев (IQR 49-100 месяцев). Причинами недержания мочи были последствия радикальной простатэктомии у 29 (64,4%) пациентов, трансуретральной резекции простаты у 7 (15,6%), чреспузырной аденомэктомии у 4 (8,9%) и другие вмешательства – у 5 (11,1%) пациентов. Доля пациентов, перенесших лучевую терапию, составила 8,9%. Медиана времени после вмешательства на предстательной железе составила 24 месяца (IQR 12-35 месяцев). Осложнения отмечены у 13 (28,9%) пациентов, среди них: эрозия уретры в месте стояния манжеты – у 6 (13,3%); инфекционные осложнения – у 3 (6,7%); механическая поломка – у 3 (6,7%); острая задержка мочеиспускания – у 2 (4,4%); дефицит жидкости у 2 (4,4%) пациентов. Из 45 пациентов 10 (22,2%) пациентам выполнено 17 ревизий. Частично или полностью конструкция удалялась у 9 пациентов.
Выводы. Несмотря на хорошие результаты по устранению инконтиненции, при длительном наблюдении имплантация искусственного мочевого сфинктера связана с высоким риском осложнений.

Имплантация искусственного мочевого сфинктера AMS 800: опыт лечения пациентов со стрессовым недержанием мочи тяжелой степени

Велиев Е.И.[1,2], Томилов А.А.[1],
Богданов А.Б.[1,2], Голубцова Е.Н.[1,2]

г. Москва
ГКБ им.С.П.Боткина
Кафедра урологии и хирургической андрологии
РМАПО

Цель. Стандартом лечения пациентов с тяжелой степенью стрессового недержания мочи в настоящее время является имплантация искусственного мочевого сфинктера (ИМС). В работе проведена оценка эффективность и безопасность установки ИМС у пациентов с тяжелой степенью инконтиненции.
Материалы и методы. В клинике урологии с ноября 2004 по май 2016 года произведена имплантация ИМС 45 пациентам со стрессовым недержанием мочи тяжелой степени. Излечением считалось использование ≤ 1 прокладки в сутки, улучшением – сокращение потерь мочи более чем на 50%, частота успеха определялась как сумма частоты излечения и улучшения.
Результаты. Медиана возраста составила 67 лет (IQR 63-72 лет), медиана времени наблюдения 66 месяца (IQR 49-100 месяцев). Причинами недержания мочи были последствия радикальной простатэктомии у 29 (64,4%) пациентов, трансуретральной резекции простаты у 7 (15,6%), чреспузырной аденомэктомии у 4 (8,9%) и другие вмешательства – у 5 (11,1%) пациентов. Медиана времени после вмешательства на предстательной железе составила 24 месяца (IQR 12-35 месяцев). Частично или полностью конструкция удалялась у 9 пациентов. Среди 40 пациентов, которые использовали ИМС, отмечено статистически значимое снижение медианы количества теряемой мочи с 800 мл (IQR 600-900 мл) до 0 мл (IQR 0-24 мл), а также медианы количества используемых прокладок с 7 штук (IQR 6-8 штук) до 0 (IQR 0-1 штука). Частота излечения составила 97,5%, частота неудач была 2,5%. Осложнения включали эрозию уретры в месте стояния манжеты, инфекционные осложнения, механическую поломку, острую задержку мочеиспускания, дефицит жидкости в системе.
Выводы. Имплантация искусственного мочевого сфинктера является эффективным методом лечения стрессового недержания мочи тяжелой степени.

Лечение кист почек.

Волков Д. Ю., Шахов А. В., Кураев Д. В.,
Елисеев А. В., Дорофейчук А. А. Петров Ю. В.

ГБУЗ НО «ГКБ № 30
г. Нижнего Новгорода».

Несмотря на большое количество методов лечения простых кист почек: динамическое наблюдение, пункция кист под контролем УЗИ с введением склерозирующих растворов, иссечение кист ретроперитонеоскопическим или лапароскопическим доступом - идет постоянная оптимизация и разработка новых методов лечения, направленных на профилактику рецидивов, уменьшение количества осложнений.
На базе урологического отделения ГБУЗ НО «ГКБ № 30 г. Нижнего Новгорода» лечение простых кист почек проводится тремя методами – динамическое наблюдение, пункция кист под контролем УЗИ с введением склерозирующего раствора, эндоскопическое иссечение кист (ретроперитонеоскопический или лапароскопический доступ). Показаниями к выбору тактики служат – возраст больных, локализация и размер кист, наличие сопутствующей патологии.
За период 2010 - 2016 гг. под наблюдением находится 165 пациентов. Всем пациентам при первом обращении выполняются – клинические и биохимические анализы крови, УЗИ почек, обзорная и внутривенная урография, МРТ почек. Дальнейшие обследования зависят от выбранной тактики лечения и наличия сопутствующей патологии. У пациентов выбирается динамическое наблюдение – размер кист до 30 мм в диаметре, наличие тяжелой сопутствующей патологии, отказ от инвазивных методов лечения. Им выполняется динамическое УЗИ, клинические и биохимические анализы крови и мочи 1 раз в 6 месяцев - первый год наблюдения, затем контрольные обследования 1 раз в год. У больных, которым выполнена пункция кисты под контролем УЗИ с введением склерозирующего раствора, показаниями к выполнению процедуры служат размер кист от 40 до 60 мм, тяжелая сопутствующая патология. Операция выполняется под местной анестезией, микроскопия и бактериологический посев отделяемого. кистография, 2-х или 3-х кратным введением склерозанта с периодичностью 2 – 3 дня, Динамическое наблюдение проводится 1 раз в месяц – первые 3 месяца, затем 1 раз в 3 месяца до года до года, затеи 1 раз в год. Полная регрессия кист отмечена у 60 % пациентов, уменьшение кист и отсутствие роста при динамическом наблюдении у 30 % пациентов, повторная пункция кисты потребовалась у 10 % больных. У больных, которым выполнено эндоскопическое иссечение кисты, показаниями к операции служат большой размер образования, локализация кисты, затрудняющая пункцию кисты. Операция выполняется под общим обезболиванием. Отделяемое кисты направляется на цитологическое и бактериологическое исследование. Стенка киста на патоморфологическое исследование. Полость кисты обрабатывается спиртсодержащим раствором. На сутки устанавливается страховочный дренаж. На 3 сутки после операции больные выписываются на амбулаторный этап лечения. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. При динамическом наблюдении рецидива кист не выявлено.
Таким образом, три вида лечения простых кист почек являются основными при соблюдении показаний к каждой из них, правильном отборе пациентов, правильном выполнении инвазивного пособия и динамическом наблюдении.

Преимущество лапароскопического забора артерии перед открытым, при реваскуляризации полового члена

Володин Д.И., Кызласов П.С., Мартов А.Г.,
Кажера А.А., Бурдин К.А., Абдулхамидов А.Н.,
Сергеев В.П.

ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА
России, кафедра урологии и андрологии.
г. Москва

На сегодняшний день единственным методом коррекции эректильной дисфункции (ЭД), удовлетворяющий критерий физиологичности является реваскуляризация полового члена.
Цель: оценить непосредственные результаты лапароскопической и открытой реваскуляризации полового члена.
Материалы и методы: нами было прооперировано 52 пациента с васкулогенной ЭД. Пациенты распределены на две группы в зависимости от методики оперативного лечения. В 1 группу вошли 27 пациентов, которым была выполнена открытая операция. Во вторую группу вошли 25 пациентов, перенесших реваскуляризацию полового члена с лапараскопическим забором артерии. По данным фармакодопплерометрии артериальная недостаточность выявлена у 18 пациентов, у остальных пациентов преобладала смешанная форма ЭД. Операции выполнялась по стандартной методике Virag-Ковалев, лапароскопический этап выделения нижней эпигастральной артерии выполнялся одномоментно с этапом выделения сосудов на половом члене. Все пациенты в послеоперационном периоде принимали ИФДЭ-5 в малых дозах.
Результаты: Длительность оперативного вмешательства в первой группе составила 120 (90-150) мин., во второй- 86,5 (63-110) мин. ($p<0,05$). После открытой операции все пациенты выписаны на 8 сутки после операции. Пациенты второй группы были выписаны на 5сутки ($p<0,05$). Ограничение физических нагрузок, занятий спортом у пациентов первой группы составила 21 дней, у пациентов второй группы – 14 дней ($p<0,05$).
Вывод: При проведении лапароскопического метода меньше косметический дефект, уменьшение сроков оперативного вмешательства, возможность оперативного выбора сосуда, сни-

жается срок реабилитации без потери эффективности вмешательства. Лапароскопический метод наиболее легко переносится больными и не требует длительной госпитализации.

Наш опыт лечения кист почек малоинвазивными методами

М.М. Газымов, Д.С. Филиппов,
Е.Н. Ундрецов, Е.Н. Павлов

БУ «Республиканская клиническая больница»
г.Чебоксары

Солитарные кисты являются наиболее частым видом кистозного поражения почек, по некоторым данным составляют около 3-5% урологических заболеваний. В ряде случаев простые кисты бессимптомны и выявляются при очередном проведении УЗИ внутренних органов. Но чаще больные обращаются с жалобами на боли в пояснице неопределенного характера или обследуются из-за повышения артериального давления, хронического пиелонефрита.
Когда кисты почек проявляются рядом симптомов или имеют тенденцию прогрессивного увеличения в размерах, используют различные методы оперативного лечения. А именно: открытое иссечение кисты почки, иссечение кисты из мини доступа, игнеопунктуры под ультразвуковым наведением со склеротерапией и лапороскопическое иссечение кист. В настоящее время, при прогрессирующем увеличении кист и усилении болей, отдается предпочтение эндовидеохирургическим операциям. Однако ни один из методов не позволяет избежать рецидива заболевания, который доходит до 12,5 % (Кисляков Д.А. и соавторы, 2014).
Цель исследования: оценка эффективности безопасности проведения эндовидеоскопического иссечения кист почек.
Материалы и методы. В урологическом отделении БУ «РКБ» в г.Чебоксары в 2014-2015 гг. находились на лечении 73 больных с солитарными кистами больших размеров (5-18 см), среди них 52 (71,2%) женщины и 28 (28,8%) мужчины. Предоперационные обследования включали УЗИ, экскреторную урографию и при необходимости мультиспиральную компьютерную томографию с в/в контрастированием. Кисты располагались в верхнем сегменте почки – 19 (26,02 %), среднем сегменте – 22 (30,13%), в нижнем сегменте – 28 (38,55%), в 4 (5,3%) случаях было парапельвикальное расположение кист. У всех оперированных кисты почек квалифицированы по Bosniak I-II. За это время у одного больного кисту почки квалифицировали по Bosniak IV и он был оперирован как пациент с почечно-клеточным раком.
Первопричиной обращения пациентов за медицинской помощью были тупая боль в поясничной области у 48 (65,7%), артериальная гипертония у 14 (20,2%). Случайное выявление почечных кист при УЗИ и интенсивное увеличение размеров кист при динамическом наблюдении было у 11 (15,1%).
Результаты. Игнеопунктуру под ультразвуковым наведением со склеротерапией кист провели у 27 больных: 22 больных в 2015 году и 5 в 2016 году. Лапороскопическая резекция стенки кист была проведена 46 больным. Все операции провели под общим наркозом. Кисты располагались на левой стороне 27 (58,7%) и 19 (41,3%) на правой. Резекцию стенки кист осуществляли отступая от края паренхимы почки от 3 до 15 мм (в среднем 4 мм). Интероперационных осложнений не было. Страховые дренажные трубки удалялись на 2-3 день, по мере прекращения выделений.
По мере освоения лапороскопической резекции стенки кисты почек, количество таких операций увеличилось с 5 в 2015 г. до 36 в 2016 г.
В ходе послеоперационного наблюдения рецидив кист почек после игнеопунктуры возник у 2 (7,4%) из 27 оперированных, которым в дальнейшем провели лапароскопическую резекцию стенок кисты. После лапароскопической резекции стенки кисты рецидив возник у 2 (4,3%). Одна больная была оперирована через один месяц из-за организованной гематомы в ложе кисты. Второй больной была проведена повторная резекция кисты.
Выводы: По нашим наблюдениям использование малоинвазивных способов позволяет избавить пациента от солитарных кист почек. Частота рецидива кист почек после игнпунктур возникает значительно чаще, чем после лапароскопической резекции кисты.

Трансобтураторный доступ при недержании мочи у женщин, «изнутри - кнаружи / снаружи – внутрь»

Гвоздев М.Ю., Сухих С.О.

Кафедра урологии ФГБОУ ВО МГМСУ
им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, г. Москва

Цель исследования: сравнительный анализ эффективности и безопасности оперативного лечения недержания мочи у женщин с использованием синтетических петель.
Задача: оценка способов проведения синтетических петель «изнутри-кнаружи / снаружи – внутрь».
Материалы и методы: в период с февраля 2016 года по апрель 2017 года, на кафедре урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова было обследовано и прооперировано 158 женщин, с диагнозом стрессовая форма недержания мочи. Пациентки были разделены на две группы, 1 группа включала 86 больных, которым было выполнено оперативное лечение с использованием синтетической петли TVT-O, 2 группу составили 72 пациентки перенесшие петлевую операцию с использованием синтетических устройств Obtryx II, Align TO и Monarc.
Результаты: по результатам обследования (осмотр в кресле, КУДИ) у всех пациенток была выявлено недержание мочи стрессовой формы. Интраоперационные показатели, время операции, кровопотеря были незначительно лучше во 2 группе, при использовании метода установки пет-

ли «снаружи – внутрь». Интраоперационные осложнения, такие как перфорация сводов влагалища чаще встречались также во 2 группе больных. Однако, нами было отмечено, что пациентки во 2 группе, в раннем послеоперационном периоде нуждались в меньшем назначении обезболивающих средств. Статистически достоверной разницы в качестве жизни пациенток и отдаленных результатов оперативного лечения после 1, 6 и 12 месяцев не было выявлено.

Выводы: петлевые операции при стрессовой форме недержания мочи являются «золотым стандартом» при выборе метода лечения данного заболевания. Метод проведения сетчатого протеза «снаружи – внутрь» или «изнутри – кнаружи» зависит от предпочтения хирурга и пациента. В раннем послеоперационном периоде современные синтетические петли показывают сравнительно одинаковые показатели эффективности и безопасности оперативного лечения. Однако необходимо последующее наблюдение данных больных, для получения достоверной разницы в определении наилучшего метода проведения петли. Также стоит не забывать, что данный метод лечения должен применяться только в многопрофильных специализированных центрах, в руках опытных хирургов.

Работа выполнена при поддержке РНФ, соглашение № 16-15-00233

Анализ и профилактика осложнений при лапароскопической пиелопластике

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, В.А. Григорян, М.Э. Еникеев, М.В.Лобанов

НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова г. Москва

Актуальность. Результаты лапароскопических пиелопластик сопоставимы с аналогичными «открытыми» пособиями, при этом послеоперационный период отличается сравнительно низкой морбидностью, скорейшей активизацией пациентов и сравнительно коротким койко-днем. Тем не менее, трансабдоминальный доступ, отсутствие тактильной чувствительности у хирурга и трудности при формировании интракорпоральных швов могут приводить к осложнениям, несвойственным аналогичным «открытым» реконструктивным пособиям; самым грозным из которых является несостоятельность анастомоза и затеки мочи в брюшную полость.

Цель исследования. Анализ осложнений лапароскопической пиелопластики, предложение мер их профилактики.

Материалы и методы. Проведен анализ 60 лапароскопических пиелопластик по Андрсену-Хайнсу. У 7 (11.5%) больных в раннем и позднем послеоперационном периодах выявлены осложнения; оценены по классификации Клавиен-Диндо.

Результаты. Среди осложнений отмечены: несостоятельность уретеропиелоанастомоза (n-6), острый пиелонефрит (n-2), тампонада ЧЛС (n-2), формирование дистального завита стента в нижней трети мочеточника – (n-1).

По классификации Клавиен-Диндо:

2 степень – несостоятельность анастомоза, разрешившаяся без дополнительных методов хирургического вмешательства (n-1), пиелонефриты (n-2)

3а степень – несостоятельности, потребовавшие замены стентов на нефростомы иди стенты с наружным выведением (n-5).

3b степень – несостоятельность, сопровождавшаяся затеком в брюшную полость и интраоперационное низведение стента, потребовавшие общего обезболивания (n-2).

Несостоятельность уретеропиелонастомоза всегда являлась следствием нефункционирующего стента. У нескольких пациентов встречались осложнения разной степени тяжести.

Выводы. Рекомендации. Мочевые затеки развиваются в результате неработающего по тем или иным причинам стента и последующей несостоятельности анастомоза. В целях профилактики мы рекомендуем использовать стенты 8CH. Самой «слабой» точкой анастомоза во время лапароскопической пиелопластики является нижний угол и задняя губа; это обусловлено отсутствием хорошей визуализации и недостаточной чувствительности хирургом натяжения тканей и шовного материала во время сопоставления анастомозируемых поверхностей лоханки и верхней трети мочеточника. Данный аспект требует более прецизионного подхода. Считаем обязательным дренирование забрюшинного пространства страховым дренажом; отдаем предпочтение вакуумному дренажу Джексона-Пратта в связи с его устойчивостью к перегибам и невозможностью «засориться» лизированной кровью. В завершении операции рекомендуем восстанавливать передний листок фасции Героты, что позволяет добиться более тщательной герметичности забрюшинного пространства.

Операция Йорк-Масона без пересечения сфинктера в лечении уретро-прямокишечных свищей после криоаблации простаты

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт, П.В. Царьков, А.В. Амосов, М.Э. Еникеев, Д.В. Еникеев, Д.В. Чиненов, З.К. Джалаев, М.С. Тараткин

НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ имени И.М. Сеченова г. Москва

Введение: за последние несколько лет криоаблация предстательной железы показала себя как эффективный и безопасный метод лечения рака простаты низкой и средней степени риска. Тем не менее, в 1,0 % наблюдений криоаблация простаты может осложниться уретро-кишечными

свищами. Лечение подобных свищей длительное и сложное, ввиду чего не прекращается поиск более совершенных методик.

Цель работы. Оценить эффективность и оптимизировать операцию Йорк-Масона у больных со свищами после криоаблации рака предстательной железы.

Материалы и методы. выполнено 36 криоаблаций простаты (средняя продолжительность - 90 минут). Средний возраст пациентов - 71,2 года; в 22 наблюдениях - рак низкого, в 14 — среднего онкологического риска. В 1 наблюдении на этапе освоения методики диагностированы уретро-прямокишечные свищи. Первым этапом больному была выполнена двуствольная сигмостомия, длительное (3-6 мес) дренирование мочевого пузыря уретральным катетером. Подобная тактика оказалась неэффективной. Вследствие чего, больному выполнена операция Йорк Масона - трансректальная пластика свища. Доступ осуществляли с удалением копчика и сохранением анального сфинктера. Свищ располагался в простатическом отделе уретры диаметром до 6 мм без признаков перифокального воспаления. Несмотря на сохранение сфинктера, предварительное удаление копчика позволило создать достаточное хирургическое поле для манипуляций. Проведено иссечение свища с участком прилежащей слизистой прямой кишки, рубцовоизмененной клетчаткой, фрагментом простаты и простатической уретры. Целостность органа восстановлена разнонаправленным непрерывным трехрядным швом викрилом 2-3/0. На протяжении 2-х месяцев мочевой пузырь дренировали катетером Фоли.

Заключение. После удаления катетера подтекания мочи нет, восстановлено самостоятельное мочеиспускание, диагностирована герметичность нижних мочевых путей.

Выводы. уретро-прямокишечные свищи после криоаблации простаты — грозное, сложно-корригируемое осложнение. В случае неэффективности консервативной выжидательной тактики (сигмостома и уретральный катетер) целесообразно хирургическое лечение. Операция Йорк-Масона технически не сложна и может быть с эффектом выполнена при небольших свищах в области простатической уретры. Удаление копчика позволяет создать Достаточное хирургическое поле, сохранить сфинктер и избежать таких возможных осложнений операции как недержание газов и кала.

Осложнения коррекции передне-апикального пролапса 6-ти рукавным синтетическим имплантатом OPUR

Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М., Еникеев М.Э, Снурницына О.В., Никитин А.Н., Чиненов Д.В., Лобанов М.В.

НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Актуальность. В 2011г FDA выпустило предупреждение относительно высокой частоты осложнений, связанных с трансвагинально установленными сетчатыми имплантатами. Однако, высокий процент рецидивов пролапса (40%) после реконструкции собственными тканями заставляет продолжить поиск безопасных и совершенных протезов.

Цель исследования. Анализ осложнений коррекции передне-апикального пролапса 6-ти рукавным синтетическим сетчатым протезом OPUR.

Материалы и методы. Проведен анализ 100 операций по поводу передне-апикального пролапса с использованием 6-ти рукавным синтетическим сетчатым протезом. Осложнения выявлены у 29 больных (29%), систематизированы по шкале Клавиен-Диндо.

Результаты. Во всех наблюдениях в раннем послеоперационном периоде степень осложнений не превышала I. В одном наблюдении интраоперационно выявлено кровотечение, обусловленное травмой ягодичных сосудов; консервативные мероприятия с эффектом. В 12 (12%) наблюдениях после операции между протезом и мочевым пузырем образовались незначимые гематомы; резорбировались через 6-9 недель после операции. В 7 наблюдениях (7%) отмечена послеоперационная 2-3 дневная фебрильная гипертермия. Рефлекторные задержки мочи выявлены у 9 больных (9%) разрешившиеся в течение 3-7 дней при помощи интермиттирующих катетеризаций и приема α-адреноблокаторов и антихолинэстеразных препаратов. Недержание мочи de-novo выявлен у 8 женщин (8%); в течение последующих 12 месяцев 6-ти из них были установлены слинги. В отдаленном послеоперационном периоде (через 3 месяца после операции) у 2х пациенток выявлены эрозии слизистой влагалища; одной пациентке потребовалось иссечение фрагмента слизистой с подлежащей сеткой. В трех наблюдениях через 3 месяца после операции произошел рецидив в виде гистероптоза II-III степени, при гистероптозе III степени для его коррекции выполнена лапароскопическая сакрокольпопексия.

Выводы. Все осложнения, выявленные в раннем послеоперационном периоде соответствовали I степени по классификации Клавиен-Диндо. Процент осложнений, выявленных в отдаленном послеоперационном периоде, потребовавших повторных оперативных вмешательств не превышал 8%. Рецидива цистоцеле не отмечено. Коррекция передне-апикального пролапса при помощи 6-ти рукавного сетчатого имплантата позволяет надеяться на возвращение «доверия» к данному виду трансвагинальной хирургии.

Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса при помощи объемообразующего геля Vantris®

Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Газимиев М.А., Еникеев М.Э., Лобанов М.В.

НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Актуальность. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) - обратный ток мочи из мочевого пузыря в мочеточник и чашечно-лоханочную систему почки вследствие несостоятельности замыкательного механизма уретеровезикального соустья. В течении последних 30 лет для коррекции ПМР урологи всего мира отдают предпочтение эндоскопическим вариантам коррекции, что по данным различной литературы в настоящий момент составляет около 88%. В настоящий момент в качестве объемообразующих уроимплантатов используются ауто- и аллогенные субстанции, ксеногенные и синтетические вещества

Цель исследования. Оценить ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов с ПМР при помощи объемообразующего уроимплантата Vantris® разработанный компанией PROMEDON (Аргентина).

Материалы и методы. За период с 2009г по 2016г нами выполнено 9 трансуретральных коррекций ПМР при помощи объемообразующего уроимплантата. Возраст больных от 15 до 17 лет. 8 пациенткам операция выполнялась в связи с ПМР I степени, клинически проявляющегося как рецидивирующий пиелонефрит, подтвержденного при микционной цистографии. У 1 пациентки имел место двусторонний ПМР - II степени справа и III степени слева после выполненных ранее ТУР двустороннего уретероцеле. В ходе оперативного вмешательства мы выполняли введение иглы в заднюю или левую боковую стенку интрамурального отдела мочеточника, после чего осуществляли инъекцию объемообразующего уроимплантата объемом от 0.4 до 1,0 мл до визуального приподнимания и смыкания устья.

Результаты. По данным контрольного обследования через 3 месяца после операции (УЗИ, микционная цистография) в 100% случаях ПМР был ликвидирован, нарушения пассажа мочи по верхним мочевым путям не выявлено, атаки пиелонефритов не повторялись. Повторного введения уроимплантата не потребовалось.

Выводы. Трансуретральное введение объемообразующего уроимплантата Vantris® эффективно и безопасно в лечении ПМР. Методика может являться методом выбора при лечении пациентов с ПМР и рецидивирующими пиелонефритами. Эффект может быть достигнут даже при значимой несостоятельности замыкательного аппарата мочеточника.

Первый опыт экстравагинальной транспозиции уретры при посткоитальном цистите у женщин.

Губанов Е.С., Низамова Р.С., Боряев Е.А., Иванчиков А.Л., Канаев Е.И.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Клиника и кафедра урологии.
г. Самара

В России ежегодно регистрируется 26–36 млн. случаев цистита. До 60% обращений к урологу связано с острым или рецидивирующим циститом. Одной из форм хронического цистита является постоитальный цистит, возникновение которого связано с влагалищной эктопией и гипермобильностью наружного отверстия уретры.

В Клиниках Самарского государственного медицинского университета сотрудниками кафедры урологии впервые в Самаре и Самарской области выполнена операция - экстравагинальная траснпозиция уретры в модификации проф. Б.К. Комякова.

Клинический пример. Пациента К., 27 лет поступила в Клинику СамГМУ с жалобами на возникновение цистита после полового акта. Из анамнеза известно, что данные жалобы появились с началом половой жизни (более 8 лет). В связи, с чем проводилось лечение и профилактика. Также известно, что пациентке дважды выполнялись оперативные вмешательства по поводу парауретральной кисты. После проведенного обследования, которое включало – общеклинические лабораторные тесты, посев мочи, влагалищное исследование (положительный симптом О'Доннел- Хиршхорна), УЗИ мочеполовой системы, рентгенологические методы (обзорная и экстретоная урография, цистография, уретрография) и уретроцистоскопию – поставлен диагноз постокоитальный цистит. Стоит отметить, что по данным цистоскопии в мочевом пузыре имелись участки лейкоплакии. В качестве метода лечения выполнена операция- экстравагинальная траснпозиция уретры в модификации Б.К. Комякова. В качестве шовного материала использовался Vicryl (4/0). Уретральный катетер удален на 7-е сутки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Срок наблюдения составил 6 месяцев. Через 2 месяца пациентка возобновила половую жизнь, после чего рецидива цистита и дизурии не наблюдалось. При контрольном влагалищном исследовании симптом О'Доннел- Хиршхорна отрицательный, а при цистоскопии участки лейкоплакии отсутствовали.

Таким образом, экстравагинальная траснпозиция уретры в модификации Б.К. Комякова является эффективным хирургическим методом лечения посткоитального цистита.

Лапароскопический уретероцистанастомоз при стриктурах тазового отдела мочеточника

Гулиев Б.Г., Комяков Б.К., Шипилов А.С.

Кафедра урологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург (зав. кафедрой – проф. Б.К. Комяков)

Введение. Стриктуры тазового отдела мочеточника различной этиологии являются показанием к уретероцистанастомозу (УЦА). Подобные сужения чаще встречаются после гинекологических и эндоурологических операций. Активное развитие эндовидеохирургии за последние десятилетия позволило внедрить УЦА лапароскопическим доступом.
Цель исследования. Оценить эффективность лапароскопического УЦА у больных с стриктурами нижней трети мочеточника различной этиологии.
Материалы и методы. С 2010 по 2016 г. лапароскопический УЦА в различных модификациях выполнен 36 больным. Мужчин было 10 (27,8%), женщин – 26 (72,3%). Причиной стриктуры мочеточника у 25 (69,4%) больных были ятрогенная травма при гинекологических вмешательствах, у 4 (11,2%) – повреждение устья после трансуретральной резекции опухоли мочевого пузыря, у 7 (19,4%) – контактная уретеролитотрипсия. Операцию выполняли трансперитонеальным доступом с использованием 4 троакаров. Чресбрюшинно идентифицировали мочеточник в зоне его перекреста с подвздошными сосудами, выделяли его до участка сужения и отсекали. Далее в зависимости от протяженности стриктуры выполняли прямой или непрямой УЦА. Мочевой пузырь заполняли стерильным раствором для уточнения герметичности анастомоза, устанавливали дренаж, который извлекали на 2-3 сутки. Стент удаляли амбулаторно через 4-6 недель. Для исключения рефлюкса всем больным выполняли ретроградную цистографию.
Результаты. Конверсии в открытую операцию не было. Всем больным успешно выполнен лапароскопический УЦА. У 12 (33,3%) пациентов произведен psoas-hitch + УЦА, у 16 (44,4%) – операция Боари, у 8 (22,2%) - прямой УЦА. Среднее время операции составило 145 мин (от 110 до 225 мин) и объем кровопотери – 160 мл (от 125 до 240 мл). Пузырно-мочеточниковый рефлюкс наблюдали у 4 больных.
Заключение. Лапароскопический УЦА является малоинвазивным и высокоэффективным вмешательством при ятрогенных повреждениях мочеточника во время гинекологических операций.

Склеротерапия венозной мальформации спонгиозного тела уретры.

Жуков О.Б.[1], Рудин Ю.Э[1].
Романов Д.В.[2] Бабушкина Е.В[3]

1НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2 ГБУЗ «ДГКБ Святого Владимира ДЗМ», 3. ГБУЗ ДГП N7 ДЗМ

Введение. Венозная мальформация в области головки полового члена является редкой патологией и представляет не только косметические проблемы, но и функциональные нарушения копулятивного цикла мужчины. А также возможны ее клинические проявления в виде уретроррагии. Выбор лечения до сих пор остается спорным.
Материалы и методы. С 2014-2017 у трёх пациентов 2, 15 и 20 лет с жалобами на косметическую проблему была выявлена венозная мальформация в области головки полового члена, протекающая бессимптомно, но с тенденцией к увеличению с возрастом. Выполненное обследование : УЗИ полового члена, органов мошонки с допплерографией и МРТ органов малого таза, кавернозография. Метод лечения - чрезкожное склерозирование венозной мальформации раствором Bleomicin(концентрация 15 мг в 5 мл физиологического раствора, объем введения препарата составил от 2 до 5 мл на инъекцию), с последующей катетеризацией и наложением давящей повязки на область головки полового члена на 3 дня.
Результаты. У всех пациентов отмечено покраснение и незначительный отек в области склерозирования без болевой симптоматики, некроза тканей в области склерозирования и других осложнений. Оценка результативности проводилась через 3, 6 и 12 месяцев и по прошествии 12 месяцев у детей элементов венозной мальформации не было выявлено, у пациента 20 лет по данным УЗИ - уменьшение венозной мальформации на 60%.
Выводы: Мы считаем, что склерозирование раствором Bleomicin - метод выбора в лечении венозных мальформаций области головки полового члена у детей и взрослых с хорошей переносимостью, безопасностью и эффективностью.

Варианты лапароскопической нефропексии с использованием сетчатого трансплантата в зависимости от соматической конституции.

Золотухин О.В[1,2]., Мадыкин Ю.Ю[1]., Фирсов О.В[2]., Кочетов М.В[1]., Духанина Л.А[2]., Аносова Ю.А[1]., Авдеев А.И[1].

Воронеж, Россия
[1]ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко Минздрава России.
[2]БУЗ ВО Воронежская областная клиническая больница №1.

Лапароскопическая нефропексия — это малоинвазивный и эффективный способ лечения нефроптоза, обеспечивающий значительное и длительное улучшение качества жизни у 70-90% пациентов с минимальным количеством осложнений и болевым синдромом во время и после операции, обеспечивая прекрасный косметический эффект.
В своей практике, для фиксации почки, мы используем полипропиленовую сетку. В зависимости от морфометрических особенностей строения тела и типологии по пропорциям тела, нами выполняются различные варианты фиксации почки, что обусловлено различиями и особенностями расположения внутренних органов и прежде всего печени. 1) Пациенты, по строению тела, занимающие промежуточное положение между долихоморфами и мезоморфами, не имеют обычно сопутствующее опущение внутренних органов, печень у них расположена высоко, не выходит за подреберье. В этом случае, после рассечения париетальной брюшины, мы выделяем рёберную и поясничную части диафрагмы, и на их границе производим фиксацию полипропиленовой сетки тремя- четырьмя отдельными швами из нерассасывающегося шовного материала. Далее проводим эту сетку в тоннель, предварительно сформированный между фасцией Герота с паранефральной клетчаткой и передней поверхностью почки. Фиксируем полипропиленовую сетку четырьмя отдельными швами из нерассасывающегося шовного материала к передней поверхности почки, после предварительного её позиционирования. 2) У пациентов с выраженным долихоморфным типом чаще всего имеет место более значимое опущение печени, что мешает выделению рёберной и поясничной частей диафрагмы. В этом случае, выделяется вначале поясничная мышца, нижний полис и передняя поверхность почки в нижнем сегменте. Сетчатый лоскут фиксируется вначале к поясничной мышце, затем оборачивают нижний полюс почки и фиксируют свободный конец ленты к передней поверхности почки, отельными четырьмя швами из нерассасывающегося шовного материала.
Данным способом прооперировано 11 больных. Во время операции не было встречено никаких существенных технических трудностей (кровотечение из почечной паренхимы, кровотечение из поясничной мышцы, формирование тоннеля и т.д.). Послеоперационный период протекал гладко у всех больных.
Полное и стойкое купирование болевого синдрома, явившегося причиной обращений удалось достигуть у 10 пациентов (90,9%) . Сохранение нарушений уродинамики (расширение чашечно-лоханочной системы, выявляемое с помощью ультрасонографии, выполненной через 4-6 месяцев после операции) – у 3-х больных (27,3%). Частота рецидивирования нефроптоза в сроки до года 9,1% - 1 пациент. Изменения в анализах мочи - эритроцитурия, протеинурия, лейкоцитурия в сроки до года – в 2-х случаях (18,2%). Обострение пиелонефрита в сроки до года 9,1% - один пациент.
Таким образом, лапароскопическая нефропексия с использованием сетчатого лоскута, в предложенных модификациях, позволяет надежно фиксировать почку, особенно в случае сочетания нефроптоза и ротации почки, одновременно сохраняя ее дыхательную подвижность, тем самым улучшить результаты лечения и социально реабилитировать пациентов с данным заболеванием.

Применение перегородки мошонки для разобщения уретроректального свища у больного туберкулезом и ВИЧ-инфекцией

О.Н Зубань, Р.М. Чотчаев

Введение. Уретроректальные свищи (УРС) могут быть результатом перенесенных простатэктомии, криотерапии, облучения тазовых органов, аноректальных операций, травмы, уретральных манипуляций, местнораспространенного рака предстательной железы или прямой кишки, прорыва в уретру абсцесса простаты, болезни Крона и туберкулеза. Промежностный доступ к УРС является анатомически удобным для применения различных лоскутов с целью разобщения свища: m. gracilis, tunica Dartos, кожи мошонки, m. levator ani и мочевого пузыря. Клиническое наблюдение. 46-летний мужчина инфицирован ВИЧ с 2009 г. В 2014г. выявлен туберкулез легких. В сентябре 2015г. появились жалобы на боли в прямой кишке, гематурию. Вскоре отметил отхождение до 500 мл мочи в сутки при дефекации. Диагностирован туберкулез простаты, осложненный уретроректальным свищом. Длительная противотуберкулезная (14 мес.) и антиретровирусная терапия не привела к регрессу свища. Надлобковая цистостомия и колостомия не выполнялись. Промежностным дугообразным разрезом глубиной 7,0 см свищ диаметром 0,5 см иссечен, дефекты уретры и прямой кишки ушиты. Продольным разрезом по линии raphe выкроен лоскут из перегородки мошонки (septum scroti, tunica Dartos) 3,0x10,0 см на сосудистой ножке, перемещен в пространство между уретрой и прямой кишкой, фиксирован по периметру. Мочеиспускание восстановлено на 14 сутки. При наблюдении до 6 мес. рецидива свища, недержания мочи и/или стула не отмечено.

Заключение. Боли в прямой кишке, гематурия и локальный передний проктит являются предикторами развития УРС. При специфической этиологии свища, его размерах до 0,5 см и отсутствии эффекта от противотуберкулезной терапии оперативное лечение может быть проведено в один этап. Примененный лоскут хорошо кровоснабжается и легко перемещается. Описанная техника предотвращает послеоперационные осложнения и повторные операции.

Модель устройства для лечения недержания мочи (НМ) у мужчин.

Иванов А.Г., Красулин В.В., Кожевников М.А., Кожевникова М.М., Марголина Т.М.

Актуальность. Частота НМ - до 24,0 %. Как послеоперационное осложнение – 10–47 % (ТУР, РПЭ). Стандарт в лечении тяжелой формы НМ у мужчин - имплантация искусственного сфинктера. Позитивный эффект до 96%, но описаны осложнения его установки: механические - в 12%, инфекционные - от 4 до 67%, поздние эрозии - 7%, рецидив НМ -7% , что обуславливает актуальность работы по созданию нового устройства для удержания мочи у мужчин при НМ.
Цель работы: создать технологию изготовления нового устройства удержания мочи, создать действующую модель.
Материалы и методы. В конструкцию нового устройства заложены условия: минимизация ишемии выделяемого участка уретры при его установке, возможность пациента самостоятельно управлять устройством в послеоперационном периоде, отказ от использования металлических деталей. Модели устройства изготовлены из силиконового компаунда SILBIONE RTV 4439 BLUESTAR SILICONES (Германия), и СИЭЛ-159 (Россия) и биоинертной сетки. Все материалы предназначены для медицинских изделий. Для управления устройством удержания мочи наполняемого типа сконструирован контроллер на базе деформируемого клапана. Разработана специальная манжета, усиленная проленовой сеткой. Создан ряд моделей литьевой формы и произведена распечатка их на 3D принтере. Выполнена отливка и сборка деталей, покрытие их особо чистым биоинертным силиконом. Создана технология прочного соединения силиконовых деталей путем обработки участков литьевой формы d-лимоненом.
Результаты. Создан ряд оригинальных моделей имплантируемого устройства для лечения НМ у мужчин, предусматривающего возможность больного самостоятельно управлять мочеиспусканием в послеоперационном периоде.
Вывод. Относительная простота конструкции и изготовления, дешевизна, производства создаёт перспективы для данного устройства в лечении НМ у мужчин. Необходимы дальнейшие исследования.

Имплантационная хирургия при недержании мочи у мужчин. Анализ ближайших и отдаленных осложнений

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет.
ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»,
г.Екатеринбург

Истокский К.Н., Баженов И.В., Журавлев В.Н., Кузуб И.И, Романенко Д.В.

Цель. Оценить характер и причины осложнений, возникающих после имплантации систем регулируемого слинга и искусственного сфинктера мочевого пузыря при недержании мочи у мужчин. Материал и методы. С 2009 г. в клинике урологии ФГБОУ ВО «УГМУ» Минздрава России на базе ГБУЗ СО «Свердловская ОКБ№1» используются различные малоинвазивные имплантационные методы неудержания мочи у мужчин. Основные причины этого состояния были следующие: послеоперационные после РПЭ – 32 пациента (72,7%), после брахитерапии предстательной железы - 2 пациента (4,5%), после ТУР предстательной железы и аденомэктомии – 3 пациента (6,8%), после травмы костей таза с повреждением уретры – 2 пациента (4,5%), пациенты с нейрогенным мочевым пузырем, имеющие неудержание - 5 (11,5%). Частичное неудержание мочи имели 12 пациентов (26,8 %), полное неудержание мочи было у 32 пациенов (73,2%). Всего было 44 пациента.
Результаты. Первой группе больных мужчин было установлено 15 систем регулируемого слинга ARGUS T, возраст больных был от 63 до 78 лет. Показаниями к имплантации служило неудержание мочи легкой и средней степени, а также неуверенность врача в возможности пациента обслуживать более сложную систему импланта. Время операции составляло от 18 до 45 мин. (в среднем 26 мин.) Успех был достигнут у 10 больных этой группы (66,7%). Регулировка натяжения слинга потребовалась в послеоперационном периоде у 5 пациентов, в 3 случаях потребовалось удаление системы в сроки до 1 года после операции в связи с неэффективностью имплантации этой системы, в 2-х случаях возникли гнойные осложнения в отдаленном послеоперационном периоде. У 50% пациентов в послеоперационном периоде отмечался длительный болевой синдром по типу хронической тазовой боли до 6-12 месяцев.
Кроме того, за этот же временной период 29 пациентам установлена система искусственного сфинктера мочевого пузыря AMS-800. Возраст больных во второй группе был от 54 до 75 лет. Показанием к операции служило неудержание мочи средней и тяжелой степени. Для имплантации искусственного сфинктера использовались доступы: поперечный мошоночный – 19 пациентов (65,5%) и промежностный – 10 пациентов (34,5%). В первом случае время операции составило в среднем 35 мин (25-52 мин), при выполнении промежностного доступа время операции существенно уве-

личивалось – в среднем до 58 минут (45-86 мин). При этом хороший результат был достигнут у 22 больных (76%). Всего в ближайшем послеоперационном периоде наблюдалось 7 осложнений (24%). Эрозия манжетки и развитие инфекционно-воспалительного процесса – наиболее частые осложнения после имплантации искусственного мочевого сфинктера, которые всегда требуют ревизии и удаления протеза. У 3-х пациентов возникли гнойно-септические осложнения, потребовавшие удаление всех компонентов системы (10,3%). Один пациент имел в отдаленном послеоперационном периоде пролежень уретры с пролабированием манжетки внутрь уретры, что также послужило основанием для удаления импланта. У 1 пациента потребовалась замена элемента системы вследствие разъединения коннекторов баллона-резервуара через полгода после операции, также в 1 случае у пациента сохранялось частичное неудержание мочи, которое было устранено установкой на уретру дополнительной манжеты системы с хорошим отдаленным результатом. Отмечалось возникновение одного осложнения, связанного с особенностями доступа - это миграция баллона-резервуара в паховый канал при трансскротальном доступе, что потребовало выполнить открытую транспозицию элемента импланта.

Выводы. Таким образом, в настоящее время имеется достаточный выбор малоинвазивных хирургических методов лечения пациентов, страдающих послеоперационным недержанием мочи, что позволяет обеспечить высокое качество их жизни. Правильный выбор показания к варианту имплантационной методики является залогом успеха операции, корригирующей мочевую инконтиненцию. Имплантация системы регулируемого слинга ARGUS рекомендуется пациентам, страдающим стрессовым недержанием мочи легкой или средней степени, имеющим хорошую сократительную способность наружного сфинктера (устанавливается при проведении уретроцистоскопии), сохраненную емкость и комплаентность мочевого пузыря, что подтверждается выполнением комплексного уродинамического исследования (КУДИ). Установка искусственного сфинктера мочевого пузыря AMS-800 показана пациентам с признаками стрессового недержания мочи тяжелой степени, в большинстве случаев обусловленного перенесенной РПЭ, при отсутствии стриктуры уретры, признаков гиперактивности детрузора, с сохраненной емкостью мочевого пузыря и способностью совершать мелкие движения пальцами кистей. При имплантации искусственного сфинктера мочевого пузыря AMS-800 предпочтительней использовать поперечный мошоночный доступ как наиболее универсальный. У пациентов после лучевой терапии (в т.ч. внутритканевой брахитерапии) имплантация искусственного сфинктера нежелательна вследствие высокого риска гнойно-эрозивных осложнений.

Основные типы дефектов тазового дна у женщин, страдающих пролапсом тазовых органов.

Г.Р. Касян [1], Н.В. Тупикина [1], А.В. Садченко [2], Д.Ю. Пушкарь [1]

[1] ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, кафедра урологии г. Москва

[2] ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого г. Москва

Цель. Определить основные трехмерные модели тазового дна, статические и динамические, характерные для пролапса тазовых органов, на основании которых выделить основные типы дефектов тазового дна для создания индивидуального подхода к их реконструкции.

Материалы и методы. В исследование включены 42 женщины, страдающие пролапсом тазовых органов (ПТО) 2-4 стадии по классификации POP-Q. Всем участникам исследования в гинекологическом кресле проводилось сканирование тазового дна методом оптической фотометрии в состоянии покоя и при максимальном натуживании (проба Вальсальвы) с помощью трехмерного портативного сканера Eva™ (Artec Group, Россия). После создания трехмерной компьютерной модели определялась подвижность тазового дна с помощью расчета коэффициента прироста пролапса (КПП), выраженного процентным отношением разности объема пролапса при пробе Вальсальвы и состояния покоя к объему пролапса в состоянии покоя.

Результаты. Среднее значение показателя КПП у женщин, страдающих ПТО, составило 648% (95% ДИ 194-1102%), что свидетельствовало о выраженной подвижности тазового дна и необходимости использования протезирующих имплантатов во время хирургической коррекции ПТО. На основании полученных трехмерных изображений выделено 6 основных типов тазовых дефектов - центральный дефект (n=10) , латеральный дефект (n=3), асимметрический дефект (n=4), уретроцистоцеле (n=8), изолированный маточный дефект (n=4), энтероцеле (n=2), смешанный дефект (цистоцеле в сочетании с маточным пролапсом, цисторектоцеле (11)), что позволило предложить идею проекта конструкций различных синтетических имплантатов с различным расположением «рёбер жесткости» и сочетанием разного по времени деградации материала.

Выводы. Выделение типов основных тазовых дефектов у женщин позволит разработать индивидуальные синтетические имплантаты для реконструкции тазового дна, учитывающие индивидуальные резервы подвижности тазового дна и значимо сокращающие риск развития возможных функциональных осложнений хирургической коррекции ПТО.

Работа выполнена при поддержке РНФ, соглашение № 17-75-20235.

Ассоциация полиморфизма гена COL3A1 с развитием дисфункции тазового дна у женщин

Касян Г.Р., Акуленко Л.В., Тупикина Н.В., Вишневский Д.А., Шарова Е.И., Пушкарь Д.Ю.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» М3 РФ, ФГБОУ «Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины» ФМБА

Введение/ Несмотря на растущую распространенность дисфункции тазового дна у женщин, единого мнения о ее этиологии и патогенезе на сегодняшний день не существует. При этом не вызывает сомнений, что это патология многофакторной природы, развитие которой определяется взаимодействием множественных аддитивных генов (мутаций и/или полиморфных аллелей) и факторов внешней среды. В ряде исследований было показано, что с развитием пролапса тазовых органов (ПТО) и недержанием мочи (НМ) у женщин ассоциируется носительство полиморфного варианта rs1800012 в гене COL1A1, генотипа rs1800255-A/A в гене COL3A1 и полиморфного варианта rs2228480 в гене ESR1, однако, эти данные противоречивы и нуждаются в верификации на независимых выборках. В данном сообщении представлены предварительные результаты исследования, направленного на изучение связи полиморфизма rs1800255 в гене коллагена COl3A1 с развитием дисфункции тазового дна у женщин. Материалы и методы: Включено 73 пациентки с верифицированным диагнозом дисфункции тазового дна (ПТО и НМ). У всех пациенток произведен забор слюны для типирования на носительство полиморфизма гена COl3A1 в rs1800255 положении, представляющего собой точечную замену гуанина (G) на аденин (A) с использованием метода секвенирования ДНК по Сенгеру с последующим расчетом чувствительности и специфичности для ПТО и НМ.
Результаты: Для ПТО по гомозиготе AA чувствительность составила 0,06, специфичность - 0,95, AUC - 0,51; по гетерозиготе GA чувствительность составила 0,35, специфичность - 0,53, AUC - 0,44. Для НМ по гомозиготе AA чувствительность составила 0,08, специфичность - 0,96, AUC - 0,52; по гетерозиготе GA чувствительность составила 0,45, специфичность - 0,63; AUC - 0,54. Для сочетания ПТО и НМ по гомозиготе AA чувствительность составила 0,07, специфичность - 1,0, AUC - 0,54; по гетерозиготе GA чувствительность составила 0,41, специфичность - 0,62, AUC - 0,52.
Выводы. Носительство аллеля A полиморфизма rs1800255 в гене коллагена COl3A1, вероятно, является генетическим маркером наследственной предрасположенности к ПТО и НМ у женщин. Для уточнения полученных результатов исследование необходимо продолжить на более обширной выборке пациенток.

Осложнения слинговой уретросуспензии у мужчин

А.А. Качмазов, П.Л. Пеньков, М.В. Гребёнкин

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России г. Москва

Введение. Увеличение числа радикальных простатэктомий, оперативных вмешательств на предстательной железе (ПЖ) и уретре, лучевой терапии рака ПЖ, а также травм урогенитальной зоны, ведет к росту частоты недержание мочи у мужчин.
Цель работы. Анализ осложнений после установки уретральных слингов "Argus".
Материалы и методы. Прооперировано 104 мужчины с недержанием мочи. Срок наблюдения - от 3 до 80 месяцев.
Результаты и обсуждение. 51 (49%) пациенту выполнена позадилонная, а 53 (51%) - трансобтураторная уретросуспензия. Полное удержание мочи достигнуто у 62 (59,6%) мужчин, у 28 (26,9%) - отмечено уменьшение потери мочи более 50% от исходного, а у 14 (13,5%) - эффект от оперативного лечения отсутствовал. Средняя частота коррекции слинга - 1,9 (0-4). Интраоперационные осложнения позадилонного слинга: повреждение мочевого пузыря троакарами-проводниками - 2 (1,9%) случая. При имплантации трансобтураторного уретрального слинга: у 17 (16,3%) пациентов отмечен выраженный болевой синдром (у 1 - удаление слинга); у 8 (7,7%) - острая задержка мочи, купированная катетеризацией; у 6 (5,8%) - ургентность «de novo». У 12 (11,5%) больных развилась поверхностная инфекция послеоперационной раны. Антибактериальная терапия в 9 (8,7%) случаях купировала инфекционно-воспалительный процесс, у 3 (2,8%) пациентов проведена эксплантация слинга. Удаление слинга из-за эрозии уретры выполнили в 2 (1,9%) случаях.
Заключение. Полное или частичное удержание мочи достигнуто нами у 90 (86,5%) мужчин. Применение уретральных слинговых систем - эффективный метод лечения недержания мочи у мужчин, сопровождающийся небольшим числом осложнений.

Аугментационная dorsal inlay пластика буккальным графтом при протяженных стриктурах спонгиозной уретры

М.И. Коган, В.П. Глухов, В.В. Митусов, А.В. Ильяш

Ростовский государственный медицинский университет г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Аугментационная dorsal inlay пластика буккальным графтом является эффективным методом лечения протяженных стриктур пенильной уретры (80-91,7%). Цель исследования –

ценить результаты данного вида хирургии при протяженных спонгиозных СУ различной локализации.
Материалы и методы. В исследование включено 35 пациентов с воспалительными СУ протяженностью 4-14 см в возрасте 19 - 64 лет. У 18 (51,4%) из них СУ развились вследствие острого уретрита, у 11 (31,4%) – длительной катетеризации уретры, у 6 (17,2%) – эндоскопических процедур. Первичные СУ имели 4 (11,4%) пациента, рецидив СУ отмечен в 88,6% случаев.
Выделено две группы больных, I-ю гр. составили 11 (31,4%) пациентов с пенильными СУ, которым выполнена аугментационная dorsal inlay пластика буккальным графтом по технике Asopa; II-ю - 24 (68,6%) пациента с бульбозными и пенильно-бульбозными СУ, которым выполнена аугментационная dorsal inlay пластика буккальным графтом в один или два этапа. Одно- или двухэтапная хирургия определялась локализацией и протяженностью СУ, деривацией мочи, проводимым ранее лечением, анатомическим состоянием суженной уретры.
Результаты. Клиническая характеристика пациентов 2-х групп и результаты хирургии при медиане наблюдения 32,4 месяцев представлены в таблице:

Клинические показатели	**I группа (n = 11)**	**II группа (n = 24)**
Медиана возраста (25 и 75 перцентиль), лет	38 (26; 57)	41 (31; 60)
Локализация СУ (отделы уретры)		
- пенильный	11 (100%)	
- бульбозный		9 (37,5%)
- пенильно-бульбозный		15 (62,5%)
Медиана протяженности СУ (25 и 75 перцентиль), см	4.5 (3.6; 6.2)	8 (6.2; 11.1)
Наличие цистостомы	6 (54,5%)	10 (41,6%)
Одноэтапная хирургия	11 (100%)	13 (54,2%)
Двухэтапная хирургия		11 (45,8%)
Гематома раны	0 (0%)	2 (8,3%)
Флегмона раны	1 (9,1%)	4 (16,7%)
Уретрокожный свищ	1 (9,1%)	2 (8,3%)
Рецидив стриктуры	2 (18,2%)	2 (8,3%)
Медиана показателя максимальной скорости мочеиспускания после операции (25 и 75 перцентиль), мл/с	21,4 (17.3; 25.4)	23,8 (17.9; 27.0)
Медиана суммы баллов шкалы IPSS после операции (25 и 75 перцентиль), балл	4.5 (0.5; 5.0)	4.0 (1.0; 5.5)
Медиана суммы баллов шкалы QoL (25 и 75 перцентиль), балл	1.5 (0.5; 2.0)	1.0 (0.0; 1.5)

Эффективность аугментационной dorsal inlay пластики буккальным графтом СУ в I группе составила 81,8%, во II – 91,9% (p>0,05).
Выводы. Результаты хирургии при использовании аугментационной dorsal inlay пластики буккальным графтом не зависят от протяженности, локализации стриктур и количества этапов операции.

Ближайшие и отдаленные осложнения при реконструкции мочеточников сегментами желудочно-кишечного тракта

Б.К. Комяков, В.А. Очеленко, Т.Х. Ал-Аттар, А.Х. Газиев, Х.М. Мханна

Кафедра урологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России г. Санкт-Петербург

Введение. До настоящего времени в отечественной литературе имеются лишь отдельные публикации, посвященные использованию кишечных сегментов для замещения пораженных мочеточников. Основные этапы данной операции: выбор, взятие, транспозиция, расположение и возможная реконфигурация кишечного участка, особенности односторонней и двусторонней илеоуретеропластик, ближайшие и отдаленные послеоперационные осложнения, остаются предметом дискуссий в мировой литературе.
Материал и методы. В клинике урологии СЗГМУ им И.И. Мечникова заместительная пластика мочеточников кишечными сегментами выполняется с 1998 г. и к маю 2017 г. количество таких пациентов достигло 175. Средний возраст прооперированных составил 51 ± 8,9 года. Мужчин было 78 (44,6 %), женщин 97 (55,4%). У 126 (72,0%) пациентов кишечные сегменты использовались для замещения различных отделов мочеточников (подвздошная — у 99, толстая — у 4, червеобразный отросток — у 23), а у 49 (28,0%) уретеропластика сочеталась с ортотопической илеоцистопластикой. В 15 (8,6%) случаях был использован лапароскопический доступ. Изолированная пластика мочеточников сегментами тонкой и толстой кишки выполнена 99 пациентам.
Результаты. Среди 99 больных ранние послеоперационные осложнения возникли у 8 (8,0%) пациентов, у 5 (5,0%) из которых потребовали повторных операций. Среди них у 2 (2,0%) человек имела место несостоятельность проксимальных анастомозов. В отдаленном послеоперационном периоде осложнения развились у 7 (7,1%) больных и у 4 (4,0%) потребовали оперативного лечения. У этих пациентов образовались стриктуры проксимальных мочеточниково-кишечных анастомозов спустя 3 и более месяцев после операции. Проходимость мочевыводящих путей была восстановлена путем антеградного бужирования стриктур. Пузырно-лоханочный рефлюкс имел место у 2 (2,0 %) пациентов. Однако он не проявлялся клинически и не сопровождался гидроуретеронефрозом и рецидивирующей инфекцией мочевыводящих путей.
Заключение. Реконструкция мочеточников при помощи изолированного кишечного сегмента, несмотря на продолжительность и сложность хирургического вмешательства, является оправданной операцией, способной восстановить свободный отток мочи из почек и избавить пациента от мочевых свищей. Следует отметить, что именно проксимальные (мочеточниково-кишечные) ана-

стомозы являются уязвимыми местами при данных операциях, наиболее подверженными образованию стриктур. В отличие от проксимального, дистальный анастомоз трансплантата с мочевым пузырем всегда является более широким, в связи с чем риск его сужения минимален. Соблюдение показаний и противопоказаний и ее правильное техническое выполнение являются основными условиями профилактики послеоперационных осложнений и достижения хороших функциональных результатов.

Морфологические и микробиологические особенности тканей при идиопатической стриктуре бульбозной уретры

М.И. Коган, Д.Г. Пасечник, Ю.Л. Набока,
В.В. Митусов, И.И, Белоусов

Введение. Цель работы – морфологическая и микробиологическая оценка тканей зоны идиопатической стриктуры уретры (ИСУ).
Материалы. 12 пациентов в возрасте 21 - 40 лет с бульбозной ИСУ. Протяженность стриктуры: < 1 см - 66,7%, 1 – 2 см – 33,3% случаев. Ранее вмешательств на уретре не было. Выполнена резекция ИСУ с анастомозом «конец в конец». Морфологической оценке и культуральному исследованию подвергали спонгиозное тело уретры в зоне стриктуры, прилежащие внешние здоровые ткани уретры и периуретральные ткани. Препараты окрашивали гематоксилин - эозином и пикрофуксином по Ван Гизону. Бактериологическое исследование проводили расширенным набором питательных сред для факультативно-аэробных и неклостридиальных анаэробных бактерий.
Результаты. В спонгиозном теле в 100% выявлена плоскоклеточная метаплазия уротелия со слабо выраженной кератинизацией. В зон ИСУ в 100% имели место признаки хронического воспаления с локализацией воспалительных инфильтратов преимущественно периваскулярно. В 100% отмечено развитие мелкоклеточной грубоволокнистой соединительной ткани с очаговой пролиферацией сосудов микроциркуляторно русла. Эти изменения захватывали все слои спонгиозы и переходили на периуретральные ткани. Количество артериальных и венозных сосудов в бульбусе уретры значительно снижено. При культуральном исследовании 8,3% образцов ИСУ стерильны. В 33,3% случаев в спонгиозе и периуретральных тканях - Peptostreptococcus sp. В 58,3% случаев выявлены аэробно-анаэробные ассоциации: Staphylococcus sp., Enteroccocus sp., Propionibacterium sp., Peptostreptococcus sp., Bacteroides sp (10^1 – 10^2 КОЕ/биоптат).
Заключение. В 100% ИСУ характеризуется морфологическими признаками хронического воспаления при отсутствии в анамнезе причинного фактора, в большинстве случаев присутствуют аэробно-анаэробные ассоциации, роль которых в развитии воспаления требует дальнейшего изучения. Фиброз тканей развивается не только в собственной пластинке слизистой и спонгиозе, но и в прилежащих периуретральных тканях. Таким образом, есть основания предполагать, что бульбозные ИСУ являются воспалительными по своей природе, что требует дополнительных доказательств.

Отдаленные результаты ортотопической гастроцистопластики

Комяков Б.К., Фадеев В.А., Сергеев А.В.,
Касьяненко С.С., Савашинский Я.С.

Кафедра урологии ФГБОУ ВО СЗГМУ
им. И. И. Мечникова Минздрава России,
Санкт-Петербург
(зав. кафедрой – проф. Б.К. Комяков)

Введение. Гастроцистопластика рассматривается большинством урологов как альтернативный способ замещения мочевого пузыря после радикальной цистэктомии. Противопоказания к использованию сегмента желудка для замещения мочевого пузыря, высокая частота инконтиненции вследствие небольшого объема желудочного неоцистиса, синдром гематурии-дизурии, противоречивые результаты ставят под сомнение широкое использование данного способа формирования неоцистиса в клинической практике. Как правило гастроцистопластика выполняется в случаях, когда использование подвздошной кишки для создания артифициального мочевого пузыря невозможно
Материал и методы. С сентября 2002 года в нашей клинике было выполнено замещение мочевого пузыря сегментом желудка у 24 больных. Данная операция выполнялась в первую очередь при наличии хронической почечной недостаточности на момент вмешательства или невозможности использования для создания неоцистиса подвздошную кишку. Противопоказаниями были операции на желудке в анамнезе, язвенная болезнь, небольшие размеры желудка с длиной большой кривизны менее 20-22 см. У 13 больных была выполнена классическая методика Mitchell-Hauri, а у 11 – гастроцистопластика в собственной модификации. До операции всем больных выполнялись рентгенологические, эндоскопические, гистологические исследования желудка, а также оценка эндокринной его функции (гастрин-17, пепсиноген, витамин В12). В послеоперационном периоде пациенты наблюдались в динамике и проходили комплексное обследование, которое включало общеклинические анализы, методы лучевой и ультразвуковой диагностики, эндоскопические, гистоморфологические, уродинамические методы исследования.
Результаты. Среди отдаленных осложнений наиболее часто встречались: стриктура уретеро-неоцистоанастомоза с развитием гидронефроза - у 3 (12,5%) больных, синдром гематурии- дизурии - в 4 (16,7%) случаях, клинически значимый резервуарно-мочеточникового рефлюкс – у 2 (8,3%) больных, прогрессирование хронической почечной

недостаточности -в 1 (4,2%) случае. При оценке эндокринной функции не было выявлено значимых отличий в концентрации гастрина-17, пепсиногена, витамина В12 после классической и модицифированной гастроцистопластики. Кроме того, все выше перечисленные показатели в различные сроки после операции оставались в пределах нормы. При исследовании электролитного и кислотно-основного равновесия клинически значимых отклонений и метаболического алкалоза выявлено не было. Более того, в течение 1-1,5 лет у пациентов с исходными метаболическими нарушениями была отмечена тенденция к уменьшению выраженности расстройств метаболизма. При гистоморфологических исследованиях слизистой желудочного неоцистиса в различные сроки после вмешательства не было отмечено радикальной перестройки архитектоники слизистой, в отличие например от слизистой подвздошного неоцистиса. Новообразований в полости жедудочного артифициального мочевого пузыря как после классической, так и после модифицированной гастроцистопластики замечено не было.
Дневная континенция через 1-1,5 года после классической гастроцистопластики составила 54,4%, после модифицированной 90,9%. Ночная континенция после классической и модифицированной гастроцистопластики оценивалась на уровне 30,8% и 69,2% соответственно. Модификация позволила увеличить объем неоцистиса в среднем с 388.6±33.6 мл до 456.5±52.5 мл, уменьшить внутрипросветное давление при максимальной емкости с 43.6±5.2 мл до 38.5±8.8 мл, а также увеличить интервалы между сокращениями стенки неоцистиса и снизить риск развития недержания мочи из-за т.н. гиперактивности резервуара.
Заключение. Гастроцистопластика является достаточно надежной альтернативой илеоцистопластике, с приемлемой частотой осложнений, однако должна выполняться у тщательно отобранных пациентов с соблюдением всех показаний и противопоказаний. Модифицированная операция позволяет достичь хороших функциональных результатов с сохранением удовлетворительной континенции и качества жизни.

Результаты лапароскопической и открытой кишечной пластики мочеточника

Комяков Б.К., Гулиев Б.Г., Шипилов А.С., Очеленко В.А.

Кафедра урологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург (зав. кафедрой – проф. Б.К. Комяков)

Введение. Протяженные стриктуры мочеточника являются показанием к его кишечной пластике. Данная операция ранее выполнялась открытым доступом. В настоящее время активное внедрение и развитие эндовидеохирургических реконструктивных операций на ВМП позволило производить кишечную пластику лапароскопическим доступом.
Цель работы. Изучить отдаленные результаты лапароскопической кишечной пластики мочеточника при его протяженных сужениях различной этиологии и сравнить их с данными открытой илеоуретеропластики.
Материалы и методы. В клинике урологии СЗГМУ имени Мечникова кишечная пластика мочеточника выполнена 102 больным. В основу проведенного нами исследования включены результаты оперативного лечения 30 больных, которые были разделены в две группы: I группа (16 (больных) – выполнена открытая илеоуретеролпастика; II группа (14 больных) – лапароскопическая кишечная пластика мочеточника. Техника операции (мобилизация мочеточника, резекция тонкой кишки, формирование уретеро-кишечного и кишечно-пузырного анастомозов) были одинаковыми в обеих группах. В послеоперационном периоде проводился сравнительный анализ следующих показателе: время операции, объем кровопотери, количество используемых анальгетиков, сроки госпитализации и реабилитации больных.
Результаты. Во всех случаях протяженный дефект мочеточника был успешно замещен сегментом подвздошной кишки. В 2 группе конверсии в открытую операцию не было. Продолжительность лапароскопической илеоуретеропластики была больше на 70 минут, чем при открытой операции, однако значимой разницы не было ($p > 0,05$). Наркотические анальгетики в 2 группе применяли меньше по сравнению с I группой (40,0 мг / 240 мг, $p < 0,05$). Время госпитализации и выздоровления было достоверно меньше при лапароскопической кишечной пластике мочеточника по сравнению с открытой операцией, а наблюдаемая разница была достоверной (6 / 9 дней, $p < 0,05$; 4 / 5,5 нед, $p < 0,05$). До- и послеоперационные уровни креатинина, бикарбонатов и хлорида не были изменены в обеих группах. Невыраженный метаболический ацидоз развился у одного пациента после открытой операции.
Заключение. Лапароскопическая кишечная пластика мочеточника является эффективным и малоинвазивным вмешательством, и позволяет значительно снизить травматичность операции и сроки реабилитации больных.

Оценка эффективности и осложнений лапароскопической уретеропиелопластики при гидронефрозе

С.В. Котов [1,2], И.Э. Мамаев [1,3], Р.И. Гуспанов [1,2], Л.С. Джохадзе [1], Ю.П. Ямка [1]

[1] РНИМУ им. Н.И. Пирогова
г. Москва
[2] ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова
г. Москва
[3] ГКБ №12 им. В.М. Буянова
г. Москва

Введение. Прогрессирующее расширение чашечно-лоханочной системы (гидронефроз), приводит к развитию такого осложнения, как потеря функциональной способности почки. Наиболее частыми причинами этого состояния могут стать стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента (сЛМС) или уретеровазальный конфликт (УВК). В первом случае выполняется лапароскопическая уретеропиелопластика по Хайнс-Андерсену (УПП), во втором антевазальный пиелоанастамоз (АВА). От эффективности оперативного вмешательства зависит сохранность функции почки и качество жизни пациента.
Цель исследования. Оценить эффективность и осложнения после обеих хирургических методик у больных, проходивших лечение в урологических отделениях ГКБ №1 им. Н.И Пирогова и ГКБ №12 им. В.М. Буянова.
Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ результатов лечения 103 пациентов (2012 по 2016гг.) В зависимости от причины пациентам была проведена УПП или АВА с дренированием верхних мочевых путей стентами 6 Ch (n=67), 7 Ch (n=32), 8 Ch (n=3), 10 Ch (n=1). Среди 103 пациентов количество женщин составило 63 (60,8%), мужчин – 40 (39,2%). Средний (ранг) возраст составил – 38,9 (18-67) лет. Средний койко-день – 11 суток.
Результаты. Трем пациентам (2,9%) во время операции потребовалась конверсия в лапаротомию. Интраоперационные осложения наблюдались у двух пациентов (1,9%) и были связаны с трудностями при установке внутреннего мочеточникового стента и вскрытии плевральной полости. Послеоперационные осложнения развились у 13 человек (12,6%). При этом развитие осложнений было характерно больше для пациентов средней возрастной группы, среди этих пациентов только один был пожилого возраста. У четырех пациентов (3,8%) в раннем послеоперационном периоде наблюдалось выделение мочи по страховому дренажу. У одного из пациентов мочевой затек был связан с миграцией внутреннего стента, что потребовало оперативного вмешательства в виде замены стента и выполнения чрескожной пункционной нефростомии (ЧПНС). У девятерых (8,7%) развился острый пиелонефрит, у 7 их которых разрешился консервативным путем, а у одного потребовал оперативного вмешательства в виде выполнения ЧПНС. У одного пациента было сочетание этих двух осложнений, пиелонефрит был купирован после дренирования почки путем выполнения ЧПНС. Мы распределили послеоперационные осложнения у данных пациентов по шкале CLAVIEN-DINDO. Таким образом, у нас получилось, что к группе осложнений I степени относятся 8 пациентов (61,5% от общего количества осложнений). К IIIa степени – 5 пациента (38,4%). Других степеней осложнений не наблюдалось.
Рецидив стриктуры ЛМС развился у 3-х пациентов (2,9%), утрата функции почки по ДНСГ также имела место у двух пациентов (1,9%). Таким образом эффективность лапароскопической пластики гидронефроза составила 95,2%.
Выводы. Лапароскопическая уретеропиелопластика имеет ряд преимуществ перед обычным лапаротомическим вмешательством: меньшая травматизация тканей, хороший косметический эффект, который сочетается с достаточным лечебным эффектом. За 4 года УПП и АВА показали высокий процент эффективности в сочетании с низким процентом осложнений.

Ятрогенные стриктуры уретры у мужчин

С.В. Котов[1,2], С.В. Беломытцев[1,3], Р.И. Гуспанов[1,2], М.М. Ирицян[1]

[1] РНИМУ им. Н.И. Пирогова
г. Москва
[2] ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова
г. Москва
3 ГКБ№29 им. Н.Э. Баумана
Москва

Введение. Ятрогенное повреждение уретры является ведущим этиологическим фактором развития стриктуры мочеиспускательного канала у мужчин в развитых странах, и вторым после травматического повреждения в развивающихся.
Цель исследования – оценить частоту ятрогенных стриктур уретры и результаты их лечения.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 133 пациентов, проходивших лечение в клинике урологии ГКБ№1 им. Н.И.Пирогова (2011-2016гг) с Ds стриктура уретры и ятрогенной этиологией заболевания. В зависимости от предшествующих вмешательств пациенты были разделены на 4 этиологические группы: I – пациенты после интрауретральных операций (ТУР ПЖ, ТУР МП, бужирование, травматичная катетеризация и т.д.) – 72 (54%); II – пац. с посткатетерными стриктурами (ишемические/поствоспалительные) – 45 (34%); III – пац. после неудачного лечения гипоспадии – 7 (5%); IV – пац. после открытой аденомэктомии – 9 (7%).
Пациентам выполнялась урофлоуметрия, уретрография, уретроцистоскопия, анкетирование по опросникам IPSS и качество жизни.
Результаты. В группе I – средняя протяженность (ранг) стриктуры составил – 2 (0.1 – 15) см, наиболее частая локализация (85%) был бульбозный отдел. В группе II – средняя протяженность (ранг)

стриктуры составил – 2.4 (0.3-13) см, наиболее частая локализация (71%) была бульбозный отдел. Пануретральная стриктура, пенильный отдел и меатостеноз по 4 пациента, соответственно. Группа III – 6 (2-12)см. Группа IV – характеризовалась поражением бульбозного и простатических отделов. Вид (количество/эффективность%) операций составили: ВОУТ (46/52%), анастомотическая уретропластика (33/90%), одноэтапная пластика кожным лоскутом (6/100%), одноэтапная буккальным графтом - BMG (29/83%); многоэтапная BMG (9/100%), меатотомия (2/100%); пластика ладьевидной ямки BMG (2/100%); промежностная простатэктомия (2/100%). В группе I - эффективность ВОУТ составила – 52%, различных видов уретропластики – 88-100%. В группе II – ВОУТ/уретропластика – 50%/82-100%. В группе III – одноэтапная/многоэтапная уретропластика BMG – 0%/100%. В группе IV – ВОУТ/уретропластика/промежностная простатэктомия – 20%/75%/100%.

Выводы. Доля ятрогенных стриктур уретры в крупных мегаполисах может достигать 45%. Наиболее часто встречаются стриктуры посткатетерные и после трансуретральных вмешательств. Для каждой подгруппы ятрогенных стриктур характера своя локализация, протяженность и степень спонгиофиброза. При правильном выборе метода лечения эффективность уретропластики составляет 82-100% против 52% после внутренней оптической уретротомии.

Отдаленные результаты одноэтапной аугментационной пластики уретры с использованием трансплантата буккальной слизистой.

Котов С.В[1,2], Беломытцев С.В.[1,3], Гуспанов Р.И.[1,2], Ирицян М.М.[1]

[1] Кафедра урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва;
[2] ГКБ№1 им. Н.И.Пирогова, Москва.
[3] ГКБ№29 им. Н.Э. Баумана, Москва.

Введение. Поиск оптимального трансплантата для пластики протяженных стриктур уретры по-прежнему остается актуальным вопросом реконструктивной урологии. Множество различных графтов разрабатывается для уретропластик, однако характеристики трансплантата слизистой оболочки щеки на данный момент признаны оптимальными.

Цель – оценка отдаленных результатов одноэтапной уретропластики с использованием буккального графта.

Материалы и методы. В клинике урологии ГКБ№1 им. Н.И.Пирогова проведен анализ результатов 53 пластик уретры с использованием слизистой оболочки щеки, выполненных одним хирургом с 2011г. по 2017г. В исследование вошли пациенты перенесшие различные варианты аугментационной уретропластики: вентральная, дорсальная и дорсолатеральная onlay, дорсальная inlay (Asopa), аугментационный анастомоз (с пересечением спонгиозного тела и без пересечения). Из исследования исключены пациенты, перенесшие двухэтапную пластику и воздержавшиеся от регулярного наблюдения. Завершили исследование 37 пациентов. Средний возраст составил 56,5 года. Средняя протяженность стриктуры (min-max) – 5,3см (1 - 17). У 2 (5%) пациентов была пануретральная стриктура, у 9 (24,5%) пациентов - стриктура пенильного отдела, у остальных 26 (70,5%) - стриктура локализовалась в бульбозном отделе уретры. Медиана максимальной скорости мочеиспускания – 5 мл/с (1-19), у 10 пациентов - цистостома. По этиологическим факторам: ятрогенные стриктуры были у 25 (67,6%)пациентов, травматические – 6 (16,2%), инфекционная – 1 (2,7%), идиопатические – 4 (10,8%) и гипоспадия – 1 (2,7%). Пациентам выполнялась урофлоуметрия, уретрография, уретроцистоскопия, анкетирование по опросникам IPSS и качество жизни.

Результаты. Медиана наблюдения составила 35 месяцев (3-77). За время наблюдения рецидив стриктуры диагностирован у 3 (8,1%) пациентов, из которых 1 пациент с посттравматической стриктурой, 1 - после перенесенной пластики гипоспадии, 1 - с ятрогенной этиологией стриктуры.

Эффективность аугментационных методик составила 91,9%. Средний срок дренирования мочевого пузыря составил 14 дней (7-25). Медиана максимальной скорости мочеиспускания на момент контрольного наблюдения - 23 мл \сек.

У одного пациента со стриктурой пенильного отдела максимальная скорость мочеиспускания составила 11мл/сек без убедительных данных за рецидив стриктуры по уретрограмме

Выводы. Одноэтапная пластика уретры с использованием трансплантата слизистой оболочки щеки является надежным методом хирургического лечения протяженной стриктуры уретры с хорошими прогнозируемыми результатами безрецидивного течения и удовлетворительными результатами качества жизни.

Первые клинические результаты аугментационной анастомотической пластики уретры без пересечения спонгиозного тела (операция kodama).

Котов С.В[1,2], Беломытцев С.В.[1,3], Гуспанов Р.И.[1,2], Ирицян М.М.[1]

[1] Кафедра урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва;
[2] ГКБ№1 им. Н.И.Пирогова, Москва.
[3] ГКБ№29 им. Н.Э. Баумана, Москва.

Введение. В случае сложных и протяженных стриктур уретры применение аугментационных методик часто лимитировано наличием узкой уретральной площадки. Вариантом выбора может служить аугментационная анастомотическая пластика уретры (АА) без пересечения спонгиозного тела, позволяющая выполнить одноэтапную операцию и сохранить антеградный кровоток по спонгиозному телу.

Цель исследования - оценить эффективность аугментационной анастомотической пластики уретры без пересечения спонгиозного тела (операция Kodama).
Материалы и методы. В клинике урологии ГКБ№1 им. Н.И.Пирогова проведен анализ результатов 10 пациентов, перенесших АА без пересечения спонгиозного тела (операция Kodama), выполненную одним хирургом с 2013г. по 2017г. Операция позволяет иссечь наиболее узкую часть рубцово-измененной уретральной площадки в пределах слизистого слоя (без пересечения спонгиозного тела) с последующим анастомозом слизистой оболочки и дальнейшей аугментацией зоны стриктуры буккальным графтом. Из исследования исключены пациенты, воздержавшиеся от регулярных обследований в послеоперационном периоде. Завершили исследование 9 пациентов. Средний возраст составил 58,3 лет. Медиана наблюдения - 14 месяцев (5-42). Средняя протяженность стриктуры (min-max) – 3,75см (2-6). У 1 (11,1%) пациента стриктура локализовалась в пенильном отделе, у 8 (89,9%) - в бульбозном отделе уретры. Медиана максимальной скорости мочеиспускания – 5,4 мл/с (4-9). По этиологическим факторам: ятрогенные стриктуры – 5 (55,6%), травматические – 3 (33,3%), инфекционная – 1 (11,1%). Пациентам выполнялась урофлоуметрия, уретрография, уретроцистоскопия, анкетирование по опросникам IPSS и качество жизни.
Результаты. За время наблюдения рецидив стриктуры уретры диагностирован у 1 (11,1%) у пациента с посттравматической этиологией стриктуры уретры. Эффективность операции составила 88,9%. Средний срок дренирования мочевого пузыря составил 14 дней (7-30). Медиана максимальной скорости мочеиспускания на момент контроля составила 23,1 мл/сек. Недержания мочи и эректильной дисфункции de novo не отмечено ни у одного пациента.
Выводы. Аугментационная анастомотическая пластика уретры без пересечения спонгиозного тела демонстрирует высокую эффективность и является надежным методом хирургического лечения пациентов со стриктурой уретры без выраженного спонгифиброза. Сохранение антеградного кровотока делает ее операцией выбора для пациентов с сохраненной эректильной функцией и нетравматическим генезом стриктуры.

Реконструктивная хирургия мочеточников – 8-летний опыт клиники урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

Котов С.В.[1,2], Юсуфов А.Г.[1,2], Болотов А.Д.[1], Перов Р.А.[2], Гуспанов Р.И.[1,2]

[1] Кафедра урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва;
[2] ГКБ№1 им. Н.И.Пирогова, Москва.

Введение. Большинство травм мочеточников являются ятрогенными и выявляются в послеоперационном периоде. Ведение таких больных зачастую требует стадийного лечения, а широкое разнообразие методов коррекции и отсутствие единого вида оперативного вмешательства говорит о сложности проблемы.
Цель работы - оценить результаты различных реконструктивных операций на мочеточнике.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов 100 операций, выполненных по поводу ятрогенной травмы мочеточников, в период 2009 по май 2017г в урологическом отделении ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова.
Пациенты были разделены на 4 группы по характеру реконструктивной операции: операция Boari (n=44), уретероцистонеостомия (n=32), пластика мочеточника конец-в-конец (n=16), кишечная пластика (n=8). Возраст больных во всех группах значимо не различался, медиана составила 53 года (19-74 лет). Локализация повреждений в нижней трети мочеточника выявлена у 79 (79%), в средней трети у 18 (18%), в верхней у 8 пациентов (8%), травма более одной трети выявлена у 6 (6%). Причиной травм явились урологические операции у 38 (38%), гинекологические у 31 пациента (31%), хирургические у 11 (11%), опухоли выявлены у 16 пациентов (16%). Лапароскопические операции проведены в 23% (2015-2017гг). Последствия лечения удалось проследить у 63 больных (63%).
Результаты. Эффективность рассматривалась как сохранение функции ипсилатеральной почки и сохраненный пассаж мочи и составила 86%. Эффективность для операции Boari составила 88%, для уретероцистонеостомии - 95%, для пластики конец-в-конец - 82% и для кишечной пластики - 63%. Частота всех видов осложнений при операции Boari составила 41,6%, при уретероцистонеостомии - 35%, при пластике конец-в-конец - 36% и при пластике сегментом кишки - 62%.
Вывод. Высокая эффективность открытых реконструктивных операций, выявленная в данной работе, позволяет их рекомендовать в качестве методов выбора.

Рецидивные мочепузырно(уретро)-ректальные свищи у мужчин.

Котов С.В.[1,2], Беломытцев С.В.[1,3], Гуспанов Р.И.[1,2]

[1] Кафедра урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва;
[2] ГКБ№1 им. Н.И.Пирогова, Москва.
[3] ГКБ№29 им. Н.Э. Баумана, Москва.

Введение. Первичные мочепузырно- или уретро-ректальные свищи у мужчин имеют высокий процент закрытия при применении фистулопластики промежностным или транссфинктерным доступами. В противоположность этому, данных по эффективности лечения рецидивных свищей в литературе недостаточно.
Цель исследования – оценить эффективность фистулопластики повторным промежностным доступом рецидивных свищей у мужчин.

Материалы и методы. Проспективному анализу были подвергнуты результаты лечения четырех мужчин оперированных (2015-2016гг) одним хирургом по поводу рецидивного мочевого свища. Двое пациентов имели пузырно-ректальные свищи после лапароскопической простатэктомии, один пациент – уретро(простато)-ректальный свищ после криоабляции предстательной железы и один уретро(простато)-ректальный свищ после неоднократных пластик уретры. Средний возраст пациентов составил 64 года. Всем пациентам перед первой попыткой фистулопластики была выполнена колостомия. M. Gracilis при первичной операции использовалась лишь у одного пациента.
Результаты. Всем четырем пациента была выполнена повторная фистулопластика промежностным доступом с использованием m.gracilis. У двоих пациентов имелась сопутствующая стриктура мембранозного и проксимальной части бульбозного отделов уретры. Это обстоятельство потребовало удаление всех рубцов, включая область наружного мочевого сфинктера и выполнения уретроцистоанастомоза. На этапе уретропластики одному пациенту пришлось рассекать межкавернозную перегородку с разведением ножек кавернозных тел, одному выполнять ре-рутинг уретры. Дренирование мочевого пузыря выполнялось цистостомическим дренажом и уретральным катетером 21 день.
Мочевой свищ удалось закрыть и восстановить пассаж мочи по нижним мочевым путям у всех четырех пациентов. У одного пациента рецидивировал дефект прямой кишки с образованием ректально-промежностного свища. У двух пациентов отмечается недержание мочи при напряжении.
Выводы. Повторная фистулопластика промежностным доступом с применением m.gracilis может применяться для закрытия рецидивных мочепузырно(уретро)-ректальных свищей. Подобные операции должны выполнять только в центрах, специализирующихся в реконструктивно-пластической урологии.

Гистоморфологическое обоснование сроков имплантации фаллопротезов пациентам перенесших хирургическое лечение рака предстательной железы

П.С. Кызласов, О.В. Паклина, А.Г. Мартов, И.Н. Орлов, Т.М. Топузов, А.А. Кажера, Г.Р. Сетдикова

Федеральное медико-биологическое агенство
(ФМБА России)
г. Москва

Фаллопротезирование является «золотым стандартом» лечения эректильной дисфункции у пациентов со стойкой утратой эрекции. Однако, при этом практически полностью отсутствуют какие-либо обоснованные подходы к определению оптимального временного диапазона и условий для выполнения такого хирургического вмешательства.
Цель. Объективизация сроков фаллопротезирования, по анализу гистоморфологического исследования кавернозной ткани у пациентов, перенесших РПЭ, через 3, 12 и более месяцев после операции.
Материалы и методы. 65 пациентам с подтвержденной нормальной эректильной функцией до операции (нервосберегающей лапароскопической РПЭ), у которых наступила стойкая утрата эрекции после, было произведено фаллопротезирование в разные сроки после РПЭ. В зависимости от сроков оперативного вмешательства пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группу вошло 33 пациента, фаллопротезирование выполнено через 3-5 месяцев после РПЭ, во 2 группу- 32 пациента, протезирование через 7-9 месяцев. До проведения операции все пациенты продолжали принимать ИФДЭ-5 в малых дозах.
Результаты. Интраоперационно у пациентов 1 группы кровенаполнение кавернозной ткани удовлетворительное, признаков фиброза не отмечалось, у пациентов 2 группы кровенаполнение снижено, признаки кавернофиброза. Длительность оперативного вмешательства в первой группе составила 49,6 (30-70) мин., во второй группе - 98,5 (89-120) мин. ($p<0,05$). По данным иммуногистохимического исследования в препаратах 1 группы преобладало образование волокон коллагена III типа, который легко поддается деградации. В препаратах 2 группы выявлено преобладание волокон коллагена Iтипа, образующий плотные соединительнотканные структуры и свидетельствующий о наличии кавернофиброза.
Вывод. Если в течение 5 месяцев после РПЭ не восстановились адекватные эрекции, то необходимо выполнять протезирование. Так как в последующем эректильная функция не восстанавливается, а образуется кавернофиброз, который приводит к увеличению длительности оперативного вмешательства, к возможным послеоперационным осложнениям.

Лечение недержания мочи у женщин методом TVT и TVT-o.

Ларин В.В., Ситников Р.И.
Липецкая областная клиническая больница
г. Липецк

В урологическом отделении ЛОКБ оперативное лечение стрессового недержания мочи у женщин методом TVT и TVT-o применяется с 2006г.
Данный метод хирургического лечения заключается в помещении синтетической петли TVT в зоне наивысшего давления – средней части уретры, без повышенного напряжения стенки влагалища и поднятия уретры. При возникновении нагрузки петля свободно поддерживает уретру и шейку мочевого пузыря в правильном положении.
Техника выполнения данных операций имеет свои особенности. Так при TVT операциях синтетическая петля проводится позадилонно, через паравезикальное пространство.

При TVT-o операциях через запирательные (обтураторные) отверстия.
Подход к оперативному лечению пациенток основан на нескольких основных, по нашему мнению, параметрах обследования:
- жалобы и анамнез заболевания,
- общеклинические анализы,
- влагалищное исследование,
- ультразвуковое исследование,
- кашлевая проба.
Преимущества данного оперативного пособия по сравнению с классическими операциями по устранению недержания очевидны.
Оперативное пособие выполняется под местной или регионарной анестезией. Мы использовали спинно-мозговую анестезию.
Длительность операции составляла от 20 до 40 мин.
Во время операции производится минимальное рассечение тканей. Пациенткам не требуется катетеризация. Болевые ощущения минимальны как во время операции, так и в послеоперационном периоде, в то время как после большинства классических операций болевые ощущения значительны. Женщины после операций возвращались к обычному образу жизни на 7-10 день.
За 10 лет сделано 416 операций. 110 операций методом TVT и 306 операций методом TVT-o. Опыт применения данных операций позволяет сделать нам некоторые выводы.
Данная операция показаны всем женщинам страдающим стрессовым недержанием мочи.
Противопоказаниями являются наличие острых воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы, а также предполагаемая беременность.
Операция TVT – o более предпочтительна, чем TVT, так как менее инвазивна, менее травматична, менее длительна. При проведении петли через запирательные отверстия полностью исключается возможность перфорации мочевого пузыря.
Осложнения:
1. Послеоперационная задержка мочи в 2 случаях, что связано с повышенным натяжением петли. Это потребовало в дальнейшем повторного вмешательства и «моделирования» петли.
2. Перфорация мочевого пузыря в 2 случаях. Данное осложнение наблюдалось при TVT операции. Разрешено катетеризацией мочевого пузыря в течение 10 дней катетером Фолея.
3. Гематома наблюдалась в 1 случае. Объем 300мл. Разрешена консервативно.
4. Интраоперационное кровотечение в 1 случае.
5. Образование свища и отторжение ленты в 1 случае.
Все женщины взяты на диспансерный учет. Сроки наблюдения от 1 месяца до 3-х лет. Симптомов недержания мочи нет.
Мы считаем, что операция TVT и TVT-o являются методом выбора у женщин со стрессовым недержанием мочи.

Лечение лучевых урогенитальных свищей у женщин: опыт клиники РМАНПО

О.Б. Лоран, А.В. Серегин, З.А. Довлатов

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России
г. Москва

Цель. Продемонстрировать возможности современных подходов к хирургическому лечению лучевых урогенитальных свищей у женщин.
Пациенты и методы. Хирургическое лечение проведено у 178 женщин 35-76 лет с лучевыми урогенитальными свищами: пузырно-влагалищный свищ был у 154 пациенток, пузырно-влагалищно-прямокишечный свищ – 9, пузырно-прямокишечный свищ – 6, резервуаро-влагалищный свищ – 6 и пузырно-сигмовидный свищ – 3. Свищи имели первичный характер в 102 случаях, рецидивный – 76. Лучевая терапия была проведена по поводу рака шейки матки у 120 пациенток, рака мочевого пузыря – 30, рака прямой кишки – 16, рака тела матки – 10, рака сигмовидной кишки – 1, сочетанного рака шейки матки и рака мочевого пузыря – 1. Диаметр свища составил менее 1,5 см у 51 (28,7%) пациентки, 1,5-3 см – 102 (57,3%) и более 3 см – 25 (14%).
Результаты. При первичных свищах операцию выполняли при медиане 14 месяцев с момента их образования, рецидивных – при медиане 13 месяцев после предыдущей операции. В 158 случаях произведена органосохраняющая операция, в 20 – экзентерация тазовых органов. Из 158 органосохраняющих операций в 112 (70,9%) случаях отмечен положительный эффект, в 46 (29,1%) – рецидив свища. При первичном свище негативный результат отмечен в 14,3%, рецидивном свище – 53,3%. При использовании трансплантата (лоскут Марциуса, «Коллост») рецидив свища отмечен в 22,6%, без использования – 46,5%. При предварительной колостомии при кишечных свищах рецидив отмечен в 20%, без нее – 100%. У 39 из 45 пациенток выполнена повторная операция с использованием трансплантата, а при вовлечении кишечника после предварительной колостомии. Положительный результат после повторной операции достигнут у 43,6% (17/39) пациенток. Среди 22 пациенток с двумя рецидивами в 14 случаях произведена третичная операция с использованием трансплантата, после которой заживление свища произошло в 42,9% (6/14) наблюдениях. Таким образом, общий показатель положительного результата лечения достиг уровня 85,4% (135/158).
Заключение. К основным факторам, повышающим эффективность лечения лучевых урогенитальных свищей, могут быть отнесены: соблюдение сроков лечения (не ранее 12 месяцев после возникновения свищей), использование трансплантатов для создания межсвищевого барьера и предварительное отведение кишечного содержимого при кишечных свищах.

Сетчатые имплантаты в лечении пролапса тазовых органов у женщин: отдаленные результаты

Лоран О.Б., Серегин А.В., Довлатов З.А.

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России
г. Москва

Введение. Малое число исследований, посвященных оценке отдаленных результатов использования сетчатых имплантатов для лечения пролапса тазовых органов (ПТО) у женщин, обусловили актуальность настоящего исследования.
Пациенты и методы. У 376 женщин 43-76 лет (медиана - 64 года) с ПТО II-IV стадии по классификации POP-Q выполнена коррекция ПТО с помощью сетчатых имплантатов. Система Prolift применена у 286 (76,1%) женщин, система Prolift+M – у 90 (23,9%). При этом полная реконструкция тазового дна выполнена в 220 случаях, переднего отдела тазового дна – в 69, заднего отдела – в 87. Выполнены следующие сочетанные операции по поводу сопутствующих заболеваний: влагалищная гистерэктомия в 64 случаях, абдоминальная гистерэктомия – в 4, ампутация шейки матки – в 24, кольпоперинеолеваторопластика – в 32, передняя кольпоррафия – в 2, установление TVT/TVT-O – в 149. Сроки послеоперационного наблюдения: 6-110 мес. (медиана - 52 мес.).
Результаты исследования. Эффективность коррекции ПТО с помощью сетчатых протезов составила 96,3%, при этом достоверных различий между Prolift и Prolift+M по данному критерию не выявлено. Поздние послеоперационные осложнения в различные периоды отмечены в 32 (8,5%) случаях: влагалищная эрозия – в 9 (2,4%), диспареуния – в 8 (2,1%), гиперактивный мочевой пузырь de novo – в 5 (1,3%), смещение протеза – в 4 (1,1%), ургентное недержание мочи de novo – в 3 (0,8%), стрессовое недержания мочи de novo – в 2 (0,5%) и рецидив стрессового недержания мочи – в 1 (0,3%). По частоте осложнений значимых различий между Prolift и Prolift+M не обнаружено.
Заключение. Достаточно высокую эффективность коррекции ПТО и низкую частоту послеоперационных осложнений можно объяснить прецизионной хирургической техникой и адекватным проведением послеоперационной реабилитации пациенток, которые стали сле

Реконструкция мочеточников при ятрогенных травмах после эндоурологических вмешательств.

Лоран О.Б.

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования»
г. Москва
ГБУЗ г.Москва, Городская клиническая больница имени С.П.Боткина
г. Москва

В отечественной и зарубежной литературе приводятся данные о частоте и характере осложнений при ретроградном доступе в мочеточник. Так, частота совокупных осложнений при эндоуретеральных вмешательствах колеблется от 0,6% до 13% (Аляев Ю.Г.,2012, Мартов А.Г.,2007; Grassco M. с соавт. 1998; Traxer O. с соавт. 2013). Интраоперационные осложнения, такие как отрыв мочеточника, не превышают 0,5% (Weinberg J.J.,1987; Schuster T.G., 2001), случаи перфорации мочеточников колеблются от 4,7% до 17% (Leveille R.G.,1966; Grasso M.,1997).
Однако, наиболее серьезную проблему представляют формирующиеся в позднем послеоперационном периоде стриктуры мочеточников, частота которых составляет 0,5% - 37% (Harmon W.J.,1997; Kramobowsky E.V.,1987)/
Известные методики лечения стриктур мочеточников предполагают эндоскопические или открытые методы оперативного лечения. Положительные результаты эндоскопического лечения стриктур мочеточников по данным различных авторов составляют 60% - 90,3% (Абоян И.А.,2010; Мартов А.Г., 2008; KouKouras D.,2010и др.)
В урологической клинике РМАНПО на базе ГКБ им.С.П.Боткина за период с 2008 по 2016 годы оперировано 49 пациентов с ятрогенными травмами мочеточников после эндоурологических вмешательств. Наиболее сложную для реконструктивных операций группу составили 14 пациентов с протяженными (от 5 до 15 см) стриктурами мочеточников и 4 больных – с тотальной деструкцией мочеточника. Операция Боари выполнена 20 пациентам (четырем в комбинации с уретероаппендикопластикой), уретероаппендикопластика в средней трети мочеточника – 4; кишечная пластика – 4.
У всех оперированных пациентов получены удовлетворительные анатомические и функциональные результаты, прослеженные в сроки от 1 года до 8 лет.

Применение эндоваскулярной суперселективной эмболизации при кровотечениях после урологических операций

С.Н.Нестеров, А.Г.Виллер, Б.В.Ханалиев, В.В.Володичев, В.Р.Васильев, А.А.Алымов

ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова»
г. Москва

Введение. Остановка кровотечений после оперативных вмешательств в урологической практике длительное время считалась инвазивным вмешательством, сопоставимым по технической сложности и объему с самой операцией (причиной кровотечений). Внедрение методики эндоваскулярной суперселективной эмболизации позволило локально и с наименьшим уровнем хирургического вмешательства ликвидировать кровотечения.
Цель. Оценить эффективность метода эндоваскулярной суперселективной эмболизации для остановки кровотечения из артерий на локальном уровне в урологической практике.
Материалы и методы. Проводился единовременный тематический ретроспективный анализ применения методики эндоваскулярной суперселективной эмболизации сегментарых артерий в урологическом отделении НМХЦ им. Н.И. Пирогова за период с 2010 по 2017 годы. Методика применялась при раке почки T1aNoMo после лапароскопической резекции почки, при доброкачественной гиперплазии предстательной железы после трансуретральной резекции предстательной железы, при мочекаменной болезни почек после перкутанной нефролитолапаксии. За данный период был зафиксирован 31 случай применения приведенной методики, из них 8 – после лапароскопической резекции почки, 4 – после трансуретральной резекции предстательной железы, 10 – после перкутанной нефролитолапаксии, 9 – после трансуретральной резекции мочевого пузыря. Интраоперационные осложнения отсутствовали во всех случаях.
Результаты. Всем пациентам была выполнена ангиография зоны оперативного вмешательства с одномоментным проведением эндоваскулярной суперселективной эмболизации артерий на уровне повреждения. Во всех случаях удалось добиться стойкого гемостаза, рецидивов кровотечения отмечено не было.
Выводы. Использование эндоваскулярной суперселективной эмболизации в качестве метода ликвидации послеоперационных кровотечений в урологической практике показало хорошие результаты, так как позволило быстро, эффективно и без осложнений устранить источник кровотечения. Однако для объективизации полученных результатов необходимо систематизировать показания и противопоказания к данной методике. С учетом того, что после некоторых операций для остановки кровотечений, возможны альтернативные методики, а для определенных видов хирургических вмешательств эндоваскулярная суперселективная эмболизация является основным эффективным способом ликвидации кровотечения.

Применение эндоваскулярной суперселективной эмболизации при кровотечениях после урологических операций

С.Н.Нестеров, А.Г.Виллер, Б.В.Ханалиев, В.В.Володичев, В.Р.Васильев, А.А.Алымов

ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова» Минздрава России
г. Москва

Введение. Остановка кровотечений после оперативных вмешательств в урологической практике длительное время считалась инвазивным вмешательством, сопоставимым по технической сложности и объему с самой операцией (причиной кровотечений). Внедрение методики эндоваскулярной суперселективной эмболизации позволило локально и с наименьшим уровнем хирургического вмешательства ликвидировать кровотечения.
Цель. Оценить эффективность метода эндоваскулярной суперселективной эмболизации для остановки кровотечения из артерий на локальном уровне в урологической практике.
Материалы и методы. Проводился единовременный тематический ретроспективный анализ применения методики эндоваскулярной суперселективной эмболизации сегментарых артерий в урологическом отделении НМХЦ им. Н.И. Пирогова за период с 2010 по 2017 годы. Методика применялась при раке почки T1aNoMo после лапароскопической резекции почки, при доброкачественной гиперплазии предстательной железы после трансуретральной резекции предстательной железы, при мочекаменной болезни почек после перкутанной нефролитолапаксии. За данный период был зафиксирован 31 случай применения приведенной методики, из них 8 – после лапароскопической резекции почки, 4 – после трансуретральной резекции предстательной железы, 10 – после перкутанной нефролитолапаксии, 9 – после трансуретральной резекции мочевого пузыря. Интраоперационные осложнения отсутствовали во всех случаях.
Результаты. Всем пациентам была выполнена ангиография зоны оперативного вмешательства с одномоментным проведением эндоваскулярной суперселективной эмболизации артерий на уровне повреждения. Во всех случаях удалось добиться стойкого гемостаза, рецидивов кровотечения отмечено не было.
Выводы. Использование эндоваскулярной суперселективной эмболизации в качестве метода ликвидации послеоперационных кровотечений в урологической практике показало хорошие результаты, так как позволило быстро, эффективно и без осложнений устранить источник кровотечения. Однако для объективизации полученных результа-

тов необходимо систематизировать показания и противопоказания к данной методике. С учетом того, что после некоторых операций для остановки кровотечений, возможны альтернативные методики, а для определенных видов хирургических вмешательств эндоваскулярная суперселективная эмболизация является основным эффективным способом ликвидации кровотечения.

Когерентная томография в диагностике протяженности спонгиофиброза при стриктурах уретры

В.Н. Павлов, А.А. Измайлов, А.Р. Фарганов, Р.А. Казихинуров, А.Р. Загитов

ФГБУ ВО «Башкирский Государственный Медицинский Университет»
г. Уфа

Цель исследования: Использование стандартных методов диагностики при стриктурах пенильной и бульбозной уретры (уретрография, мультиспиральная компьютерная томография) не всегда дают информацию об истинной протяженности спонгиофиброза, что некоторых случаях приводит к изменению запланированной перед операцией тактики и объема оперативного вмешательства. Мы изучили эффективность когерентной томографии в предоперационной диагностике протяженности спонгиофиброза.
Материалы и методы: в период с 2015 по 2017 годы 24 пациентам с диагнозом стриктура передней уретры перед оперативным лечением проводилась оптическая когерентная томография мочеиспускательного канала и окружающих тканей на системе ILUMIEN ARTRU100126317 (St. Jude Medical Australia Pty Limited). Данный метод позволил оценить гистологическую картину уретры, определить протяжённость спонгиофиброза и выбрать тактику оперативного вмешательства. У всех 24 пациентов протяженность спонгиофиброза определяемая с помощью когерентной томографии коррелировала с интраоперационными данными.
Выводы: Таким образом применение методики когерентной томографии в диагностике протяженности стриктуры уретры позволит улучшить результаты лечения данной категории больных.

Опыт первых четырех лет применения лапароскопических вмешательств.

Петряев А.В., Трифонов Е.Ю., Кузнецов Д.Н.

Урологическое отделение.
«Тульская областная клиническая больница»
г. Тула

Цель: оценить возможность широкого применения лапароскопических операций при заболеваниях органов мочеполовой системы, в условиях областного урологического отделения.
Материалы и методы: в нашем урологическом отделении, за период с января 2013г. по декабрь 2016 г. выполнено 380 лапароскопических операции. Методика внедрялась поэтапно от более простых, иссечение кисты почки, к более сложным: нефрэктомия, резекция почки. За указанный период выполнено: 159 нефрэктомий при раке почки, 110 операций по иссечению кист почек, 7 пиелолитотомий, 23 нефруретерэтомий с резекцией мочевого пузыря при раке почечной лоханки, 16 пластик лоханочно-мочеточникового сегмента при гидронефрозе, 9 резекций мочевого пузыря при раке, 29 резекции почки при раке, 10 уретеролитотомий, 2 пластики пузырно-влагалищного свища. Постепенно внедрялся ретроперитонеоскопический доступ при данных операциях. В 2016 г. начато освоение эндовидеохирургических операций на предстательной железе, совместно с коллегами из федеральных клиник выполнено 13 эндовидеохирургических радикальных простатэктомий, 2 - в самостоятельном исполнении и 7 эндовидеохирургических аденомэктомий, 2 - самостоятельно.
Результаты: в течение последних 2 лет операции выполняются полностью лапароскопическим способом, система мануальной ассистенции практически не применялась. При выполнении резекций почки первоначально применялась тепловая ишемия, в настоящее время все чаще выполняется резекция без тепловой ишемии.
Выводы: лапароскопический метод имеет множество преимуществ: меньшая травматичность, раннее восстановление физической активности, значительное сокращение периода планового обезболивания, заметное уменьшение срока пребывания в стационаре. При накоплении опыта практически все урологические операции могут осуществляться лапароскопическим доступом.

Эффективность лапароскопических вмешательств при стриктурах лоханочно-мочеточникового сегмента в зависимости от анатомо-функционального состояния почки.

Поляков Н.В., Кешишев Н.Г., Гурбанов Ш.Ш., Серебрянный С.А., Арустамов Л.Д., Казаченко А.В., Алексеев Б.Я.

НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина - филиал ФГБУ «НМИРЦ»
г. Москва

Целью данного исследования явилась оценка эффективности лапароскопической пластики стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) в зависимости от анатомо-функционального состояния ипсилатеральной почки.
Материалы и методы. Материалом для данного исследования послужили наши собственные результаты лечения 134 пациентов (78 женщин и 56 мужчин) которым за период с 2012 по 2015гг. были выполнены различные виды реконструктивных оперативных вмешательств по причине стриктуры ло-

ханочно-мочеточникового сегмента. Возраст пациентов варьировал от 18 до 58 лет (медиана 28,7). Все операции выполнялись лапароскопическим доступом и в зависимости от методики пластической реконструкции все пациенты были разделены на три группы: I группа (34 пациента) – лоскутная пластика ЛМС по Calp de Virde, II группа (59) – уретеропиелоанастомоз по Андерсену-Хайнцу, и III группа (41) – антевазальный уретеропиелоанастомоз. Все вмешательства заканчивались установкой внутреннего мочеточникового стента на 6-8 недель. По степени дефицита функции почки все пациенты также были разделены на три подгруппы в следующих интервалах: менее 25%, 25 – 50% и 51 – 75%. Контрольное обследование пациентов проводили в сроки 6, 12 месяцев и далее 1 раз в год. Максимальный срок наблюдения составил 3 года у 98 больных. Прогностическими критериями эффективности проведенного лечения явились следующие параметры: исчезновение болевого симптома, уменьшение степени пиелоэктазии, стабилизация или улучшение функционального состояния почечной паренхимы по данным радиоизотопной ренографии и отсутствие рецидива стриктуры ЛМС.

Результаты. Учитывая, что основным показателем эффективности оперативного вмешательства по поводу стриктуры ЛМС является улучшение либо стабилизация функционального состояния почки абсолютные и относительные показатели количества положительных результатов каждой из примененных методик представлены в зависимости от изначальных данных радиоизотопной ренографии. Отмечена отрицательная корреляция между эффективностью операции и степенью дефицита почки. Нами не удалось выявить корреляцию между числом положительных результатов и степенью пиелоэктазии так как не во всех случаях эффективность вмешательства зависела от размеров чашечно-лоханочной системы. Разница между результатами лечения в зависимости от метода операции была статистически недостоверна ($p<0.05$).

Заключение. Своевременно предпринятое оперативное вмешательство позволяет достигнуть максимального количества положительных результатов лечения у пациентов с гидронефротической трансформацией обусловленной стриктурой ЛМС либо наличием добавочного сосуда почки. Основным прогностическим критерием эффективности предстоящей операции следует считать степень дефицита функции почки.

Пункция и склерозирование простых кист почки под ультразвуковым наведением.

Д. П. Поляков, Ю.Ю Полякова

ГБУ «Шадринская ЦРБ», г. Шадринск.

В настоящее время при лечении больных с простой кистой почки используется чрескожная пункция под ультразвуковым наведением с эвакуацией ее содержимого, а в ряде случаев и с дренированием полости кисты. Пункционный метод лечения простой кисты почки является малоинвазивным хирургическим пособием, при этом весьма эффективным, простым и экономичным.

С 2012 по 2015 год мы применили пункционный метод лечения у 25 больных с простой кистой почки. Мужчин было - 8 женщин - 17, возраст пациентов 30 -77 года, средние размеры кист были 8.0 ± 2,0 см. У всех больных киста почки была диагностирована в ходе УЗИ или КТ. К лечению солитарной кисты почки мы прибегаем при наличии клинических ее проявлений, нарушениях уродинамики, явных нарушениях кровообращения в почке по данным эходопплерографии.

Техника операции. В своей работе нами используются: нефростомические наборы для двухшаговой техники нефростомии фирмы «RUSCH» или подобные , пункционная игла 17.5 G с маркировкой для ультразвукового обнаружения и глубиной пункции около 20 см; дренажный катетер WIRUTHAN Ch 6/8 длиной около 30 см; спиральный проводник. Для выполнения эндоурологических манипуляций мы используем ультразвуковой сканер Mindray M7. Предварительно с помощью ультразвука (конвексный датчик 2,5 - 5 MHz) в поперечной проекции выбирается участок с наименьшим расстоянием до центра кисты. Точка маркируется. Затем выполняется обработка операционного поля раствором, местное обезболивание кожи и нижележащих тканей по ходу пункционного канала 0,25% раствором новокаина. Затем, после рассечения кожи скальпелем, под серо-шкальным и доплеровским мониторингом пункционной иглой (Ch 8), имеющей УЗ-метки, осуществляется пункция кисты. Удалив стилет и получив кистозную жидкость убеждаемся в правильности пункции. Опорожняем кисту. Жидкость, полученная из кисты, направляется на цитологическое исследование. В полость кисты вводится 96 % спирт, для адекватного склерозирования рекомендуется вводить объем этилового спирта, равный 25% объема содержимого кисты, но не более 100 мл, с экспозицией 15 минут. При необходимости дренирования (в основном для кист 8 см и больше) по пункционной игле проводим спиральный проводник. Вторым этапом после удаления иглы по введенному проводнику устанавливаем дренажный катетер (Ch 8), по которому опорожняем кисту. Катетер фиксируется к коже двумя капроновыми узловыми швами. К адаптеру дренажной трубки подсоединяется закрытая пассивная дренажная система. На следующий день осуществляется ультразвуковой контроль, аспирация накопившегося отделяемого и введение склерозанта. В среднем в течении 2-х суток социрнация кистозной жидкости прекращается. Дренаж удаляется. Результаты: После операции осложнений, потребовавших открытой операции, не наблюдалось. У 1 пациента в течение 3-х суток после пункции наблюдалась гематома в полость кисты (медикаментозная терапия дала хороший эффект). При контрольном осмотре через месяц гематомы и кисты не обнаружено. Длительность пребывания пациентов в

стационаре после пункции кисты составляла 3-4 дня. Результаты лечения оценивались по данным ультразвукового мониторинга пациентов в течение трех лет после пункции кисты и алкоголизации ее полости. Контрольные осмотры проводили в сроки 1; 3; 6; 12 месяцев после лечения. Через месяц после пункции при УЗИ почек киста определялась только у 8 пациентов, но размеры ее были меньше, чем исходные. Через три месяца киста определялась у 5 человек, через 6 месяцев и через 1 год киста определялась у 2 человек, не превышала 20% первоначальной величины. Выводы: 1. Чрескожная пункция простой кисты почки под ультразвуковым наведением с эвакуацией содержимого и однократным введением в полость этилового спирта позволяет добиться полного излечения в 92% случаев. 2. После проведенного лечения простой кисты почки методом чрескожной пункции необходим ультразвуковой мониторинг пациентов для контроля эффективности терапии. Подводя итоги можно сказать, что тенденция современной урологии к расширению показаний к применению малоинвазивных оперативных пособий при многих заболеваниях вполне оправдана, поскольку их эффективность доказана практикой. Легкая переносимость пациентами, короткий послеоперационный период и сокращение сроков пребывания в стационаре должны делать малоинвазивные операции ведущими в нашей практике.

Сравнительная оценка хирургических доступов при стриктурах тазового отдела мочеточника

В.М. Попков, А.Н. Понукалин, А.В. Стативко,
Д.Н. Хотько, Е.А. Викторова

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского Минздрава РФ,
кафедра урологии, НИИ уронефрологии
г. Саратов

Изучены результаты лечения 50 пациентов со стриктурой тазового отдела мочеточника, проходивших лечение в клинике урологии в период с 2009 по 2016 гг. Всем больным выполнено предварительное дренирование полостной системы на стороне поражения. Врожденные стриктуры наблюдались в 12 (24%) случаях, постлучевые в 21 (42 %), послеоперационные в 7 (14 %), осложненные стриктуры после лечения МКБ в 10 (20 %) , посттуберкулезная в 1 (2%), стриктуры смешанной этиологии в 2 (4 %) случаях.
Результаты. Всего было произведено 54 операции. Из них 14 (26 %) операций прямого уретероцистоанастомоза (УЦА), 3 (5 %) пластики пузырно-мочеточникового сегмента (ПМС) по Боари, 14 (26 %) по Демелю, 23 (43 %) по Демелю-Боари.
Пациенты были ретроспективно разделены на две группы. В первой группе была выполнена 21 операция с применением трансперитонеального доступа к мочеточнику. Средняя длина стриктуры – 5 см. Во второй группе произведено 33 операции с применением экстраперитонеального доступа. Средняя длина стриктуры – 3,1 см. В первой группе максимальная длина замещаемого дефицита мочеточника составила 18 см., во второй -10 см. У всех больных нефростомы удалены, почечные свищи закрылись. Рецидив постлучевой стриктуры развился у 2 (6 %) больных второй группы через 9 и 37 мес. У пациентов первой группы рецидивов стриктур нет. Срок наблюдения от 10 до 36 месяцев.
Выводы. Выбор доступа зависит от срока наличия стриктуры, ее протяженности, характера предшествующих операций на органах брюшной полости и малого таза, стороны поражения мочеточника, предшествующего лечения стриктуры.
Применение трансперитонеального доступа эффективнее при протяженных стриктурах и одновременном вмешательстве на обоих мочеточниках, а также при повторной реимплантации мочеточника. Внебрюшинный доступ целесообразен при коротких стриктурах мочеточника и выраженном спаечном процессе в брюшной полости.

Сравнение степени недержания мочи и качества жизни у пациентов со стенозом везикоуретрального анастомоза после эндоскопической коррекции и пациентов с неосложненным течением послеоперационного периода после радикальной простатэктомии.

И.А. Рева, А.В. Живов, А.Н. Берников,
А.В. Окишев, Д.Ю. Пушкарь

ГБУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
кафедра урологии
г. Москва

Введение. Помимо послеоперационного недержания мочи (НМ) значительно ухудшить функциональные результаты радикальной простатэктомии (РПЭ) в послеоперационном периоде может развитие стеноза везикоуретрального анастомоза (ВУА). В настоящее время возможно эффективно выполнить коррекцию ВУА различными методиками, что позволяет надеяться на нивелирование последствий указанного послеоперационного осложнения.
Цель. Сравнить частоту и степень сопутствующего НМ и качество жизни пациентов со стенозом ВУА после эндоскопической коррекции и пациентов с неосложненным течением послеоперационного периода после РПЭ.
Материалы и методы. Проведено анкетирование пациентов, обратившихся клинику в связи со стенозом ВУА и перенесших в дальнейшем эндоскопическую коррекцию анастомоза (n=59) и пациентов с неосложненным течением послеоперационного периода после РПЭ (n=61). В ходе анкетирования получены данные о степени выраженности НМ и субъективной оценке качества жизни после эндоскопической коррекции ВУА.
Результаты. НМ после коррекции ВУА имело место у 81,4% пациентов, среднее количество используемых в сутки урологических прокладок со-

ставило 3,29 (диапазон - 1-12, σ= 2,74), средний балл по шкале QoL - 2,56 (диапазон - 0-6, σ= 1,62). В группе с неосложненным течением послеоперационного периода после РПЭ НМ имело место у 36% пациентов, среднее количество используемых в сутки урологических прокладок составило 2,1 (диапазон - 1-5, σ= 1,3), средний балл по шкале QoL - 1,43 (диапазон - 0-6, σ= 1,4). Выявленные различия в группах по степени недержания мочи (U-критерий Манна — Уитни = 387, p < 0,05) и субъективной оценке качества жизни (t-Стьюдент = 4,1, p < 0,01) являются статистически достоверными.
Выводы. Несмотря на доказанное в ряде исследований достоверное улучшение качества жизни пациентов после коррекции послеоперационного стеноза ВУА, не происходит восстановления качества жизни до уровня оценки пациентов, не страдавших стенозом ВУА после РПЭ. У пациентов со стенозом ВУА отмечается значимо большая частота и степень выраженности НМ. Этот факт возможно объяснить повреждением механизма удержания мочи при рубцово-склеротической трансформации ВУА и последующим его рассечением в ходе эндоскопической коррекции.
Работа выполнена при поддержке РНФ, соглашение № 16-15-00233.

Анализ периоперационных осложнений у пациентов с буккальной уретропластикой при ушитом и не ушитом донорском месте

Синельников Л.М., Карпущенко Е.Г., Шестаев А.Ю., Протощак В.В.

Кафедра урологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова
г. Санкт-Петербург.

Цель. Сравнить периоперационные осложнения донорского места у пациентов с буккальной уретропластикой с ушиванием раны щеки и без ее ушивания.
Материалы и методы. В исследовании приняли участие 176 пациентов со стриктурой передней уретры (средний возраст 58,4±17,9 лет), Пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа – 102 пациента, которым дефект слизистой щеки ушивался (кетгут 2/0); 2 группа – 74 пациента, у которых для достижения гемостаза ложа щеки использовали монополярную коагуляцию. Проводился анализ ранних и поздних послеоперационных осложнений. Сравнение полученных результатов в группах проводили с помощью критерия Манна-Уитни.
Результаты. На 1-е сутки после операции трудности при открывании рта встречались у 17,7% и 21,2% для 1-й и 2-й групп соответственно (p=0,117). Асимметрия лица, связанная с отеком мягких тканей на пятые сутки встречалась в 1 группе у 51,4%, во 2 группе у 90,2% пациентов (p<0,001). Онемение лица на пятые сутки в 1 группе встречалось у 11,7%, во 2 группе у 15,2% (p=0,924). К концу первой недели послеоперационного периода у всех оперированных элементы асимметрии лица, нарушения открывания рта, онемения отсутствовали. Возможным прием жидкой пищи на 1-е сутки после операции считали 97% пациентов 1 группы и 95,6%, пациентов 2-й группы (p=0,076). На 3-и сутки твердая пища была приемлема для 85,3% пациентов 1 группы и для 51,5% пациентов 2-й группы (p<0,001). Проблем со слюноотделением, связанных с пережатием выводного протока околоушной слюнной железы выявлено не было.
Выводы. Ушивание дефекта внутренней поверхности щеки является предпочтительным позволяет минимизировать послеоперационные осложнения и повысить качество жизни пациентов после буккальной уретропластики.

Морфологические изменения буккальной слизистой после аугментационной уретропластики

Синельников Л.М., Карпущенко Е.Г., Шестаев А.Ю., Протощак В.В.

Кафедра урологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова
г. Санкт-Петербург.

Введение. С начала 80-х годов началось широкое внедрение пластического материала в виде слизистой щеки для пересадки в уретру. При этом гистологические изменения в пересаженных лоскутах остаются мало изучены.
Цель. Оценить морфологические изменения в пересаженной слизистой щеки у пациентов после аугментационной уретропластики.
Материалы и методы. В исследовании приняли участие 7 пациентов с рецидивом стриктурной болезни уретры, у которых в анамнезе было проведено оперативное вмешательство в объеме увеличительной пластики уретры слизистой щеки. При повторном хирургическом лечении выполнялась биопсия ранее пересаженных лоскутов с последующим гистологическим анализом в автоматическом гистопроцессоре (изопропиловый спирт), окраска срезов – гематоксилин-эозин.
Результаты. Интервал между уретропластиками составил от 7,1 до 25,5 месяцев. Во всех гистологических образцах был выявлен слабовыраженный фиброз подслизистой оболочки пересаженной щеки с умеренно-выраженной очагово-диффузной инфильтрацией лимфоцитами. Сохранялся многослойный плоскоклеточный неороговевающий эпителий с формированием эпителиальных пластов в толще подслизистой оболочки расположенных параллельно базальной пластинке. Толщина эпителия была незначительно снижена с явлениями паракератоза и с слоистым десквамированием поверхностных пластов эпителия.
Выводы. Пересаженные лоскуты слизистой щеки сохраняют свои основные гистологические характеристики и хорошо адаптируются в несвойственной, агрессивной среде. Однако для оценки отдаленных результатов требуется более длительные сроки наблюдения.

Сравнительная оценка эффективности методов лечения рецидива недержания мочи

Р.В. Строганов [1], Н.В. Тупикина [1], Г.Р. Касян [1], А.В. Садченко [2], Д.Ю. Пушкарь [1]

[1] ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, кафедра урологии г. Москва
[2] ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого г. Москва

Цель. Изучить эффективность и безопасность методов лечения рецидива недержания мочи (РНМ).
Материалы и методы. Исследование поперечного среза включало анализ результатов обследования 47 пациенток, перенесших повторное оперативное лечение по поводу рецидива недержания мочи. Период наблюдения составил 12-36 месяцев. В качестве повторной операции субуретральная петлевая пластика трансобтураторным доступом выполнена у 18 пациенток (38,3%), позадилонным - у 11 (23,4%), имплантация минислинга - у 18 (38,3%). Объективный успех операции оценивался по результатам кашлевой пробы в гинекологическом кресле. Субъективный успех операции оценивался в ходе беседы, включающей ряд вопросов, позволяющих косвенно оценить степень их удовлетворенности результатами лечения и качеством жизни.
Результаты. Согласно результатам, наиболее эффективным методом повторного оперативного лечения оказалась субуретральная петлевая пластика позадилонным доступом, в среднем спустя 1,5 года после операции ни одна больная не теряла мочу при кашле, таким образом, объективный показатель эффективности составил 100%. Данные показатели после имплантации петли трансобтураторным доступом и минислинга составили 72,3% и 61,2%, соответственно. Отсутствие жалоб после петлевой пластики позадилонным доступом отметили 27,3%, трансобтураторным – 16,6%. Улучшение состояние после имплантации минислинга отметили 72,2%. Ожидания соответствовали результатам лечения в 81,8% после позадилонной операции, 57,1% - после трансобтураторной и лишь у 38,5% после установки минислинга. В большем проценте случаев отмечали жалобы на императивные позывы пациентки после повторных мини-слинговых и трансобтураторных операций в отличие от позадилонного доступа (44,4% и 38,9% vs 18,2%, соответственно).
Выводы. Позадилонный доступ является более эффективным при лечении больных с рецидивом недержания мочи при напряжении. При отсутствии противопоказаний он может быть рассмотрен в качестве метода выбора при выполнении повторных операций.
Работа выполнена при поддержке РНФ, соглашение № 17-75-20235.

Сравнительная эффективность выполнения первичной и повторной субуретральной петлевой пластики у больных недержанием мочи

Строганов Р.В.[1], Тупикина Н.В.[1], Садченко А.В.[2], Касян Г.Р.[1], Пушкарь Д.Ю.[1]

[1]ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, кафедра урологии
[2]ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого

Цель. Оценить результаты хирургического лечения недержания мочи при напряжении (НМПН) у первично и повторно оперированных больных.
Материалы и методы. Исследование поперечного среза включало анализ результатов обследования 96 больных, перенесших оперативное лечение по поводу недержания мочи. Из них первично операция выполнялась 49 больным, остальные 47 пациенток были прооперированы повторно. Период наблюдения составил 12-36 месяцев. Объективный успех операции оценивался по результатам кашлевой пробы в гинекологическом кресле с выполнение кашлевой пробы. Субъективный успех операции оценивался в ходе беседы с больной, включающей ряд вопросов, позволяющих косвенно оценить степень их удовлетворенности результатами лечения и качеством жизни.
Результаты. В группе повторно оперированных положительная кашлевая проба после операции отмечена у 25,5%, тогда как в группе первично оперированных больных лишь у 8,2% (p= 0,045). При этом больший процент пациенток из группы повторной операции отметил необходимость использования более 2 урологических прокладок в сутки (42,6 vs 24,5%, p=0,09). Субъективные показатели успеха были сопоставимы в обеих группах, отсутствие жалоб на недержание мочи и улучшение отметили 75,5% в группе первично оперированных больных и 68,8% в группе повторно оперированных больных (p>0,05). Однако, результат операции соответствовал ожиданиям в меньшем проценте случаев в группе повторной, нежели в группе первичной операции (46,8 vs 65,3%, p>0,05). При этом схожее число больных согласилось бы на операцию, если бы заранее знало результат (70,2 vs 71,4%, соответственно). Среди тех, у кого остались показания для повторной операции, на продолжение лечения согласились бы 41,6% и 50%, соответственно.
Выводы: при наличии сходных субъективных критериев успешности лечения, первично выполненная субуретральная петлевая пластика дает лучшие объективные результаты.
Работа выполнена при поддержке РНФ, соглашение № 17-75-20235

Распространенность расстройств мочеиспускания после первичной и повторной петлевой операции по поводу недержания мочи при напряжении.

Строганов Р.В., Тупикина Н.В., Касян Г.Р., Гвоздев М.Ю., Пушкарь Д.Ю.

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, кафедра урологии г. Москва

Цель: оценить частоту встречаемости расстройств у пациенток после первичной и повторной петлевой операции по поводу недержания мочи.
Материалы и методы: Исследование поперечного среза включало анализ результатов обследования 96 больных, перенесших оперативное лечение по поводу недержания мочи. Из них первично операция выполнялась 49 больным (группа контроля), остальные 47 пациенток были прооперированы повторно по поводу рецидива недержания мочи (группа РНМ). Период наблюдения составил 12-36 месяцев. Проведен сравнительный анализ наличия симптомов наполнения и опорожнения мочевого пузыря у данных групп пациенток.
Результаты: в группе РНМ после повторной операции пациенты чаще отмечали жалобы на учащенное мочеиспускание и ночное мочеиспускание более 2 раз по сравнению с группой контроля (40,4% vs 24,5% и 31,9% vs 18,4%, соответственно), в отличие от императивных позывов, частота которых была сходна в обеих группах (36,2% vs 36,7%, соответственно). Эффект от приема м-холинолитиков при наличии показаний был также сопоставим в обеих группах и составил 60-70%. При сравнении показателей, характерных для обструктивного мочеиспускания, наличие ослабления струи мочи в группе РНМ было значимо выше (61,7% vs 32,7%, соответственно). Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря также достоверно чаще отмечали больные в группе РНМ – 25,5% против 14,3% в группе контроля. Количество остаточной мочи более 100 мл несколько чаще наблюдалось в группе РНМ в сравнении с группой контроля (12,8% vs 8,2%, соответственно).
Выводы: выполнение повторной операции по поводу недержания мочи сопряжено с большим процентом возникновения расстройств мочеиспускания в сравнении с первично оперированными пациенткам. В связи с этим необходимо тщательное предоперационное информирование пациенток.

Работа выполнена при поддержке РНФ, соглашение № 17-75-20235

Рецидивное недержание мочи – изучение факторов риска

Строганов Р.В., Тупикина Н.В., Касян Г.Р., Гвоздев М.Ю., Пушкарь Д.Ю.

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, кафедра урологии г. Москва

Цель: выявить факторы, влияющие на развитие рецидива недержания мочи (РНМ).
Материалы и методы: Исследование поперечного среза включало анализ результатов обследования 96 больных, перенесших оперативное лечение по поводу недержания мочи. Из них первично операция выполнялась 49 больным (группа контроля), остальные 47 пациенток были прооперированы повторно по поводу рецидива (группа РНМ). Период наблюдения составил 12-36 месяцев. У данных групп пациенток было проведено сравнение возраста на момент первой операции, показателей индекса массы тела, гинекологического и хирургического анамнеза, инфекций нижних мочевых путей (ИНМП) в анамнезе. Проведен регрессионный логистический анализ наиболее значимых факторов риска развития РНМ.
Результаты: При анализе факторов риска развития РНМ неоспоримое влияние на исход операции оказывает опыт оперирующего хирурга. Однако в данном исследовании все повторные операции в группе РНМ и первичные в группе контроля выполнялись тремя наиболее опытными хирургами-экспертами. Накопленный опыт выполнения данного вида операций для каждого из хирургов на момент проведения исследования составлял несколько сот операций. При сравнении данных групп пациенток значимые различия были выявлены только в отношении количества беременностей (более 3) (66,6% в группе РНМ против 46,9% в группе контроля, p = 0,08), а также наличия ИНМП в анамнезе (72,3% против 49%, соответственно, p= 0,03). По данным регрессионного анализа наличие симультанных операций на влагалище по поводу пролапса гениталий в анамнезе увеличивало риск развития рецидива заболевания в 2,5 раза (p=0,05), а число беременностей более 3 – в 2,26 раза (p=0,08).
Выводы: Вероятность развития рецидивной формы недержания мочи обусловлена не только хирургическим доступом и опытом хирурга, но и особенностями гинекологического и хирургического анамнеза пациентки.

Работа выполнена при поддержке РНФ, соглашение № 17-75-20235

Применения децелюляризированного лоскута для замещения дефектов белочной оболочки

Трояков В.М., Кызласов П.С., Мартов А.Г.,
Кажера А.А., Боков А.И.

При анализе мировой литературы, встречается ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России , кафедра урологии и андрологии, заведующий кафедрой д.м.н., профессор Мартов А.Г.
г. Москва.
Применение большого количества разного материала для замещения дефектов белочной оболочки. Ведутся дискуссионные споры для определения идеального графта, что обуславливает актуальность поиска нового материала.
Цель: в эксперименте изучить возможность применения децелюляризированной трупной артерии человека для замещения дефектов белочной оболочки.
Материалы и методы. В исследование было включено 40 кроликов породы шиншилла. Кроликам проводилось замещение участка белочной оболочки протяженностью 1х0,5 см. Прооперированные животные были разделены на 2 группы в каждой по 20 животных. У кроликов в 1 группе результат оценивался через 14 дней после операции, во 2 группе через 4 месяца.
Результаты. За все время эксперимента ни у одного кролика не было отторжения трансплантата. По данным исследования, через 14 дней у всех кроликов в месте формирования заплатки при иммунногистохимическом исследовании отмечается прорастание матричного каркаса гладкомышечными волокнами, что свидетельствует о процессе «превращения» артерии в белочную оболочку. Во 2 группе через 4 месяца в зоне расположения децелюляризированного матрикса структура тканей не отличалась от естественной структуры.
Выводы. Замещение белочной оболочки децелюляризированным матриксом приводит к постепенному «заселению» матричного каркаса собственными клетками и как следствие восстановление структуры белочной оболочки. Использование данного материала может стать идеальным методом для замещения дефектов белочной оболочки. Однако необходимо дальнейшее изучение этого метода.

Результаты оперативного лечения больных гидронефрозом по оригинальной методике

Узденов М.А., Узденов А.М.

РГБ ЛПУ «КЧРКБ», г.Черкесск, Россия.

Введение. Золотым стандартом оперативного лечения больных гидронефрозом(ГН) является открытая уретеропиелопластика (операция Андерсена–Хайнса). Лапароскопическая пиелопластика (Schuessler и Kavoussi, 1993) получила всеобщее признание специалистов, имеет сопоставимые с открытыми операциями результаты и эффективность 90 -95 %. Однако, в результате расширенной резекции лоханки с восстановлением ее физиологического объема, могут возникать нарушения уродинамики обусловленные несоответствием объема почечной лоханки после резекции и, объемов остающихся расширенными почечных чашечек, при хорошей проходимости анастомоза. Особенно эта проблема актуальна при оперативном лечении больных по поводу гидронефроза при неполно–удвоенной лоханке.
Цель. Оценить результаты оперативного лечения больных гидронефрозом при применении метода: «Резекция лоханочно-мочеточникового сегмента, лоханки и продольная резекцией верхней и нижней чашечек».
Материалы и методы. С целью адекватной коррекции нарушенной уродинамики при ГН со значительным расширением почечных чашечек и гидронефрозе при неполно удвоенной лоханки, нами разработан оперативный метод: «Резекция лоханочно-мочеточникового сегмента, лоханки и продольная резекцией верхней и нижней чашечек»,-патент на изобретение № 2177738 от 10 января 2002г. Адекватная коррекция нарушенной уродинамики достигается резекцией в/3 мочеточника, субтотальной резекцией лоханки с созданием уретеропиелоанастомоза и, дополнительно, для уменьшения суммарного объёма остающихся расширенными чашечек производится их продольная резекция. Объём резекции лоханки и чашечек определялся, исходя из примерного расчёта 1:1 объёма сформированной лоханки к суммарному объему чашечек, после предполагаемой резекции. По данному методу с 2002 г по 2016 годы нами выполнено оперативное лечение 54 больных основной группы и, 38 контрольной группы, оперированных по методу Хайнес–Андерсена. Обе группы в возрастно-половом аспекте были однородными.
Результаты. В основной группе хорошие результаты–излечение от основного заболевания и его осложнений, улучшение функционального состояния почечной паренхимы и верхних мочевых путей получено у 52(96,26%), удовлетворительные результаты у 2(3,70%) больных В контрольной группе хорошие результаты получены у 28(73,68%), удовлетворительные у 7(18,42%), неудовлетворительный у 2(5,26%) больных.
Выводы. Значимое улучшение результатов оперативного лечения больных гидронефрозом основной группы, по сравнению с контрольной, достигнуто за счет адекватной коррекции нарушенной уродинамики при применении метода: «Резекция лоханочно-мочеточникового сегмента, лоханки и продольная резекцией верхней и нижней чашечек».

Внутрипочечная форма неполного удвоения почки норма или патология?

П.И. Чумаков, Ю.П. Редько

Ставропольский государственный медицинский университет
г. Ставрополь

Принято считать, что неполное удвоение почки, особенно её внутрипочечная форма, является незначительным отклонением развития чашечно-лоханочной системы почки, и рассматривается как вариант нормы. Мы считаем, что аномалия формы органа подразумевает и аномалию элементов, её составляющих.
Наблюдалось 127 больных с неполным удвоением почек. Пациентов мужского пола было - 61 в возрасте от 12 до 50 лет, женского пола - 66 в возрасте от 12 до 50 лет. Для снижения уровня систематических ошибок из исследования исключались больные: возраст свыше 50 лет, гломерулонефрит, интерстициальный нефрит в анамнезе, кистозные заболевания почек, эндокринопатии (гипертиреоз, феохромоцитома), хроническая почечная недостаточность. Больным проводилось экскреторная урография, УЗДГ почечных артерий, рентгеновская аортоангионефрография, компьютерная мультиспиральная томография (КМСТ), радиоизотопная нефросцинтиграфия.
У 45 пациентов (35,4%) внутрипочечная форма неполного удвоения почки сочеталась с артериальной гипертензией. У них были обнаружены добавочные прободающие артерии, кровоснабжающие верхний сегмент удвоенной почки. Эти добавочные артерии истончены, дисплазированы и обуславливали ишемизацию участка почечной паренхимы в зоне своего распределения. Оперировано 12 больных, (женщин – 5; детей – 7 (мальчиков -3, девочек – 4). Учитывая особенности кровоснабжения почки через добавочные прободные артерии, а именно, распространение их только по передней или задней поверхности верхнего сегмента почки и отсутствие анастомозов с аркадными артериями почки, выполняли плоскостную продольную резекцию ишемизированного участка почечной паренхимы, кровоснабжаемого дисплазированной добавочной артерией (Патент № 2014112701). У всех оперированных больных артериальное давление после операции нормализовалось.

Регулируемый трансобтураторный субуретральный слинг как новый стандарт лечения стрессового недержания мочи

Д.Д. Шкарупа, Н.Д. Кубин, О.Ю. Старосельцева, А.О. Зайцева, Е.А. Шаповалова

ФГБУ «Санкт-Петербургский Многопрофильный Центр» Минздрава России
г. Санкт-Петербург

Введение. Синтетические субуретральные слинги – наиболее распространенный метод лечения стрессового недержания мочи (СНМ). Некорректное натяжение слинга приводит к недостаточной результативности операции или, напротив, развитию инфравезикальной обструкции. Цель исследования - оценка результатов оперативного лечения СНМ с использованием регулируемого субуретрального слинга УроСлинг (Линтекс).
Материалы и методы. Имплантация регулируемого слинга трансобтураторным доступом была выполнена 157 пациенткам. Окончательная регулировка выполнялась на следующий день после операции. Увеличение натяжения достигалось путем подтягивания за концы слинга, а ослабление – путем тракции за специальные петли в центральной части импланта, выведенные через основной разрез на передней стенке влагалища. Средний срок наблюдения - 12,25±2,25 мес.
Результаты. На 1 сутки регулировка выполнялась у 65 (41,40%) пациенток. В 53 случаях (33,7%) потребовалось увеличение натяжения. У 12 (7,64%) пациенток наблюдались признаки инфравезикальной обструкции, которая была устранена путем ослабления натяжения слинга. Объективная эффективность составила 96,17% (n=151). Инфицирования и эрозий эндопротеза не наблюдалось. Через 12 мес наблюдения не было снижения Qmax (p=0,899). При анализе опросников наблюдалось улучшение показателей UDI-6, UIQ-7, ICIQ-SF (p<0,001). Большинство пациенток (98,09% (n = 154)) отметило значительное улучшение качества жизни после операции.
Заключение. Методика установки регулируемого субуретрального слинга не усложняет технику операции, позволяя достичь оптимального натяжения петли, получить максимальный результат и избежать развития обструкции. По мнению авторов, подобные системы в будущем могут стать новым стандартом лечения СНМ у женщин.

Гибридная методика реконструкции тазового дна при пролапсе органов малого таза III и IV стадии.

Шкарупа Д.Д., Кубин Н.Д., Шаповалова Е.А., Зайцева А.О., Старосельцева О.Ю.

Актуальность. Распространенность пролапса тазовых органов (ПТО) среди женщин старше 50 лет достигает 40%. Роль дефекта апикальной поддержки признана ведущей в развитии и прогрес-

сировании ПТО, что указывает на необходимость единовременной реконструкции эндопельвикальной фасции и апикального компартмента.
Цель. Изучить эффективность гибридной методики реконструкции тазового дна: билатеральной крестцово-остистой фиксации сетчатым эндопротезом (УроСлинг 1, Линтекс) в сочетании с субфасциальной кольпоррафией.
Материалы и методы. В исследование вошли 153 женщины, страдающие апикальным пролапсом сочетанным с опущением передней/задней стенок влагалища(III-IV стадии), прооперированные в соответствии с разработанной методикой. Для оценки результатов оперативного лечения использовались данные влагалищного осмотра (по системе POP-Q), урофлоуметрии, УЗИ мочевого пузыря. Оценка изменения качества жизни производилась сравнением баллов по валидизированным вопросникам.
Результаты. Средний срок наблюдения составил 20 месяцев. Сравнение до- и послеоперационных показателей POP-Q выявило статистически значимые улучшения у всех женщин. За время наблюдения анатомический рецидив в переднем, заднем и апикальном отделах выявлен у 4(3,1%), 1(8,3%) и 3(2,1%) пациенток, соответственно. Пролапс de novo был отмечен у 1 пациентки. У пациенток с цистоцеле выявлено улучшение показателей мочеиспускания. Осложнения: ургентность de novo и стрессовое недержание мочи de novo у 2(1,4%) и 3(2,1%) женщин, соответственно. Сравнение баллов по вопросникам выявило значимое улучшение качества жизни женщин в послеоперационном периоде.
Заключение. Гибридная технология реконструкции тазового дна обеспечивает высокие анатомические и функциональные результаты при коррекции апикального пролапса сочетанного с опущением передней/задней стенок влагалища.

Новый способ определения положения среднеуретрального слинга

Шкарупа Д.Д., Кубин Н.Д., Старосельцева О.Ю., Зайцева А.О., Шаповалова Е.А.

ФГБУ «Санкт-Петербургский Многопрофильный Центр» Минздрава России

Цель исследования. Апробирование нового метода визуализации среднеуретрального слинга с помощью стандартного мочеточникового катетера.
Материалы и методы. В исследовании 5 женщинам со стрессовым недержанием мочи (СНМ) устанавливался субуретральный слинг. Операции выполнялись по стандартной методике трансобтураторным (ТО) у 3 и позадилонным (ПЛ) доступом у 2 пациенток, под внутривенной анестезией. В качестве трассера использовался рентгенконтрастный мочеточниковый катетер 5Ch с гидрофильным покрытием, проведенный параллельно с имплантом. На 1 сутки после операции выполняли КТ малого таза. Для визуализации уретры в мочевой пузырь устанавливали катетер Фоли 12Ch, баллон и полость катетера заполнялись раствором Урографина. Исследование выполнялось на спиральном компьютерном томографе Toshiba Aquillion 64 с толщиной среза 0,5 мм. Изображения анализировали с помощью програмного обеспечения RadiAnt DICOM Viewer 3.4.2.13370.
Результаты. Средняя продолжительность операции 14,98 ± 2,82 мин для ТО и 30,51 ± 6,14 мин для ПЛ доступов. Катетер не вызывал дополнительных болевых ощущений у пациенток. После выполнения КТ, мочеточниковый катетер удаляли, вытягивая за один из его концов, что было технически просто и не требовало использования местной анестезии. Случаев интра- и послеоперационных осложнений не было. За счет своей гибкости катетер точно повторял ход имплантированного устройства. Изображения, полученные на коронарных и сагиттальных срезах, позволили определить расстояние между костями таза, уретрой и слингом у всех пациенток.
Заключение. Предложенная методика проста и универсальна для любого типа протеза. Катетер позволяет отчетливо визуализировать и описывать положение импланта. Дальнейшее накопление данных и их анализ в будущем могут улучшить результаты оперативного лечения СНМ.

Наш опыт лапароскопической пиелопластики

Щуренков Е.В., Варенцов Е.А., Лапшин И.С.
г.Иваново

Введение. В настоящее время лапароскопическая пиелопластика считается методом выбора для больных с сужениями пиелоуретерального сегмента и по эффективности не уступает открытой пластике.
Материалы и методы. С 2016 г в урологическом отделении ОБУЗ ГКБ 7 г.Иваново лапароскопическая пластика пиелоуретерального сегмента выполнена 12 пациентам. Среди них было 9 женщин, 3 мужчин. Средний возраст больных составил 32 года. В 10 случаях операция выполнялась справа, в 2-х - слева. В предоперационном периоде выполнялось стандартное обследование, включающее УЗИ, обзорную и экскреторную урографии, компьютерную томографию, динамическую нефросцинтиографию. Операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом с расположением эндопортов в эпигастральной области, на уровне пупка, под мечевидным отростком и боковой области живота в положении больного на боку противоположному вмешательству. Карбоксиперитонеум на уровне 12 мм рт. ст. Во всех случаях была выполнена лапароскопическая резекционная поперечная пиелопластика, в 3-х случаях в сочетании с антевазальным пиелоуретеральным анастамозом. В 11 случаях доступ в забрюшинное пространство осуществлялся по линии Толди, в одном случае был использован трансмезентериальный доступ. Дренирование ВМП внутренним стентом выполняли антеградно

интраоперационно. В 2-х случаях дренирование ВМП выполняли только внутренним стентом, в 10 случаях проводился двойной метод дренирования ВМП – внутренний стент и нефростома.
Результаты. Среднее время операции составило 220 минут. Конверсий доступа во время операций не было. Интраоперационная кровопотеря составила в среднем 70 мл. Средняя продолжительность лечения составила 11,5 койко-дней. Интраоперационных осложнений не отмечено. В послеоперационном периоде в одном случае потребовалось пункционное дренирование затёка забрюшинного пространства. Острый пиелонефрит отмечен у 2 пациентов. Нефростома удалялась на 10 сутки после выполнения антеградной пиелоуретерографии, стент через 4 недели. При контрольном обследовании через 4 месяца у всех больных отмечена хорошая проходимость лоханочно-мочеточникового сегмента без выраженного расширения ЧЛС.
Заключение. Полученные нами результаты лапароскопической пиелопластики демонстрируют высокую эффективность, минимальную травматичность, короткий восстановительный период и низкий уровень осложнений.

Эффективность Er:YAG лазерной коррекции IncontiLase при лечении стрессового недержания мочи у женщин.

Яковлева А.Ю.[1], Неймарк А.И.[2], Лапий Г.А.[1]

[1] ГУ НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАН, Новосибирск, Россия
[2] ГОУ ВПО Алтайский Государственный Медицинский Университет, Барнаул, Россия

Цель исследования. Изучить особенности изменения структуры ткани стенки влагалища после воздействия эрбиевого лазера Er:YAG Fotona (Словения) у женщин со стрессовым недержанием мочи.
Ключевые слова. Недержание мочи, опущение стенок влагалища, IncontiLase, морфология стенки влагалища
Материалы и методы. В течение 2х лет (2014-2016гг) нами было пролечено 98 женщин в возрасте от 37 до 62 лет со стрессовым недержанием мочи на фоне опущения стенок влагалища. Пациенткам проводилась технология IncontiLase (Er:YAG-лазер Fotona) по стандартной методики с двукратной обработкой (интервал 1-1,5мес). Для изучения терапевтического эффекта все женщины прошли комплексное клинико-лабораторное обследование, а также специальное морфологическое исследование биоптатов передней стенки влагалища до и после лечения. Данные патоморфологического анализа были сопоставлены с клиническими результатами.
Результаты. Характерными морфологическими изменениями в биоптатах до лечения отмечены: дистрофические изменения многослойного плоского эпителия, разрыхление коллагеновых пучков, снижение эластических волокон, их фрагментация и деформация, диффузная дезогранизация межклеточного матрикса (чередование разрыхления и фиброза), а также измененное микроциркуляторное русло (узкие, неправильной формы просветы микрососудов с явлениями застоя). Степень выраженности морфологичеких изменений коррелировала со степенью выраженности патологического процесса. При светооптическом анализе биоптатов стенки влагалища после обработки эрбиевым лазером отмечены значительные морфологические изменения: реорганизация ткани, увеличение насыщенности эпителиоцитов гликогеном, уплотнение и организация поверхностного слоя; на 64,5% увеличилась толщина эпителиального пласта; обнаружено разрастание нежных пучков коллагеновых волоком, увеличение стромальных сосочков, глубоко вдающихся в эпителий; коллагеновые волокна приобрели большую упорядоченность, в том числе за счет новообразования фибрилл, но без явлений фиброза; эластические волокна в части биоптатов подверглись значительному разрастанию в виде увеличения количества длинных эластических фибрилл в подэпителиальном слое или разрастание переплетающихся эластических волокон в глубоких слоях ткани; отмечен активный неоангиогенез и значительное уменьшение явлений стаза.
Заключение. Под воздействием эрбиевого лазера происходит реакция сокращения коллагеновых волокон, а также провоцируется неоколлагеногенез и неоангиогенез. Формирование каркаса эластических и коллагеновых волокон приводит к реорганизации ткани, повышению ее плотности и эластичности.
Выводы. Морфофункциональное восстановление передней стенка влагалища является патогенетическим фактором эффективности лазерной коррекции при лечении стрессового

Раздел VII:

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хирургическое лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы: гольмиевая энуклеация предстательной железы. Опыт КДЦ «Здоровье»

И.А. Абоян, И.В. Куликов, С.В. Грачев, А.Н. Толмачев

МБУЗ Клинико–диагностический центр «Здоровье» г. Ростов–на–Дону

Цель. Проанализировать результаты гольмиевой энуклеации предстательной железы.
Материалы и методы. В нашем центре с апреля 2012 по апрель 2017 года 635 пациентов получили лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы методом гольмиевой лазерной энуклеации простаты. Оценивались индекс IPSS, QoL, объем остаточной мочи, максимальная скорость мочеиспускания, объем простаты, PSA, состояние верхних мочевых путей.
Результаты. Средний возраст пациентов составил 71,4 года, средний дооперационный IPSS – 21, QoL – 4,5, средний объем остаточной мочи 131 мл, средний объем предстательной железы 92 см3, максимальная скорость мочеиспускания 6,7 мл\сек, среднее значение PSA – 4,6 нг\мл (по показаниям выполнялась биопсия предстательной железы). Время оперативного лечения в среднем составило 138 минут - на этапе освоения метода и 59 минут после прохождения кривой обучения. Уретральный катетер удалялся не позднее 2 – х суток после оперативного лечения. Послеоперационные показатели: IPSS– не превышал 4, QoL–1,6, объем остаточной мочи не превышал 30 мл, максимальная скорость мочеиспускания превышала 21 мл\сек.
35 Пациентов до проведения оперативного вмешательства находились на антикоагулянтной терапии (варфарин). Объем кровопотери у данной группы не превышал 200 мл.
Послеоперационные осложнения не превышают среднестатистических показателей метода других центров.
Выводы. Гольмиевая энуклеация предстательной железы является высокоэффективным и безопасным методом хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы, приемлема для всех категорий пациентов и, вероятно, является новым «золотым стандартом» хирургического лечения ДГПЖ.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

С.Н. Аль-Шукри

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ г. Санкт-Петербург

После хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) расстройства мочеиспускания сохраняются у 15-35% больных. Пациенты и методы. Нами обследовано 123 пациентов после трансуретральной резекции предстательной железы (ТУРП) и открытой аденомэктомии (ОА) больных, у которых сохранялись жалобы расстройства мочеиспускания. Средний возраст больных составил 64,2±2,3 года. 91 (73,9%) больным была выполнена ТУРП, 32 (21,1%) пациентам – ОА. Результаты. Лечение пациентов проводилось по результатам уродинамического исследования. 46 пациентов с гиперактивностью детрузора, ургентным недержанием мочи (НМ) и отсутствием инфравезикальной обструкции (ИВО) получали терапию м-холинолитиками (солифенацин 5 или 10 мг 1 раз в день, 3 месяца). Выраженное улучшение симптоматики было выявлено у 23 пациентов. 19 пациентам с сохранением симптоматики и неэффективностью солифенацина было проведено лечение селективным агонистом бета3-адренорецепторов (мирабегрон по 50 мг 1 раз в сутки 3 месяца) с положительным эффектом. При неэффективности консервативной терапии 4 пациентам внутридетрузорно был введен ботулотоксин (ботокс) в дозе 100 Ед. с хорошим симптоматическим результатом. 17 пациентам с гипоактивностью детрузора назначали альфа-адреноблокатор (тамсулозин, 400 мг 1 раз в день, 3 месяца), улучшение было достигнуто у 10 пациентов. 21 пациенту при сочетании гиперактивности детрузора в фазу наполнения мочевого пузыря и его гипоактивности в фазу опорожнения мочевого пузыря проводилась периферическая нейромодуляция N. tibialis posterior 1 раз в неделю в течение 3 месяцев. При ее неэффективности 10 больным был назначен селективный агонист бета3-адренорецепторов (мирабегрон по 50 мг 1 раз в сутки 3 месяца) с положительным эффектом. 20 пациентам, у которых была выявлена ИВО, выполняли внутреннюю оптическую уретротомию/трансуретральную резекцию шейки мочевого пузыря. 9 больным со стрессовым НМ назначали упражнения для мышц тазового дна и их электростимуляцию. При неэффективности 3 пациентам провели установку сетчатого слинга в бульбозном отделе уретры. Заключение Точная уродинамическая диагностика причин нарушения мочеиспускания у больных с неудовлетворительными результатами недержания мочи определяет выбор тактики лечения.

Распространенность симптомов нарушения функции нижних мочевых путей у мужчин по результатам популяционного исследования «Новохоперск»

О.И. Аполихин, А.В. Сивков, И.А. Шадеркин, Д.А. Войтко, М.Ю. Просянников

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
г. Москва

Актуальность. В последние годы регистрируют рост обращаемости пациентов по поводу симптомов нарушения функции нижних мочевых путей (СНМП). Однако, истинная распространенность СНМП в России не известна, так как популяционных исследований по этой теме опубликовано не было.
Материалы и методы. С 2013 года проходит популяционное исследование «Новохоперск» в одноименном городе Воронежской области, в ходе которого изучили распространенность СНМП у мужчин различных возрастных групп, с использованием анкеты IPSS. Всего в населенном пункте на момент исследования проживало 6684 мужчины старше 40 лет, в исследование удалось включить 5592(83,66%) из них.
Результаты. Распространенность СНМП > 8 баллов по IPSS в популяции оказалась равна 8,07%. Частота умеренных (IPSS 8-19) и выраженных (IPSS 20-35) симптомов, в зависимости от возраста, составила: у 40-49-летних – 4,32% и 0,07%; у 50-59-летних – 7,21% и 0,63%; у 60-69-летних – 9,90% и 1,36%; у мужчин > 70 лет – 12,03% и 1,50%, соответственно.
Выводы. Подтверждена прямая зависимость частоты и выраженности СНМП от возраста. Реальная частота СНМП, по результатам популяционного исследования, существенно ниже, чем заявлялось в ряде отечественных публикаций. Полученные данные распространенности СНМП сопоставимы с таковыми для Франции, но ниже, чем в США, Голландии и странах северной Европы (Drach 1979: Oishi 1997; Garraway 1991).

Сравнительная оценка распространенности симптомов нижних мочевых путей среди мужчин в России и на Кубе

Аполихин[1] О.И., Сивков[1] А.В., Катибов[1] М.И., Золотухин[2,3] О.В., Шадеркин[1] И.А., Просянников[1] М.Ю., Войтко[1] Д.А., Кастрикин[1] Ю.В.

[1]НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России,
г. Москва;
[2]БУЗ Воронежской области «Воронежская областная клиническая больница №1»
г. Воронеж
[3]ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко»
г. Воронеж

Введение. Распространенность доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) в мужской популяции принято оценивать по частоте симптомов нижних мочевых путей (СНМП), хотя клинические проявления ДГПЖ не всегда соответствуют морфологическим признакам заболевания.
Материалы и методы. Для оценки СНМП проанкетировано с помощью Международной системы суммарной оценки заболеваний предстательной железы (IPSS) 17263 мужчины 40–65 лет на территории Павловского, Бобровского и Новохоперского районов Воронежской области Российской Федерации и 3781 – г. Матансас Республики Куба. По степени нарушений мочеиспускания сформированы следующие группы: А (IPSS 0–7 баллов) – легкая степень, В (IPSS 8–19 баллов) – умеренная, С (IPSS 20–35 баллов) – тяжелая.
Результаты. По данным анкетирования получены следующие показатели: группа А – 3166 (83,7%) и 14559 (84,3%), группа В – 522 (13,8%) и 2148 (12,5%), группа С – 93 (2,5%) и 556 (3,2%) человек на Кубе и в России соответственно. При переводе этих абсолютных данных в относительный показатель частоты встречаемости на 1000 человек мужского населения полученные следующие значения: группа А – 837 и 843, группы В – 138 и 124, группы С – 25 и 32 человек на Кубе и в России соответственно. По всем этим показателям статистически значимых различий между кубинскими и российскими данными не установлено (p>0,05).
Заключение. Низкая частота тяжелых форм нарушений мочеиспускания на Кубе объясняется большими успехами по реализации мер первичной профилактики заболеваний в этой стране. Сопоставимые с кубинскими данными показатели распространенности СНМП в российской популяции стали следствием внедрения профилактических подходов в отмеченном регионе Российской Федерации. С 2011 года в Воронежской области внедрена программа «Урология», направленная на организацию медицинской помощи по активному выявлению и профилактике заболеваний (принцип «выявляемости») вместо традиционного варианта активации медицинской помощи с момента обращения пациента (принцип «обращаемости»).

Ранняя профилактика рубцовых и воспалительных осложнений после трансуретральной резекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы

К.М. Арбулиев, М.Г. Арбулиев, Ю.Д. Магомедов, Г.Д. Гаджиев

Дагестанский государственный медицинский университет, кафедра урологии
г. Махачкала

Для эффективной профилактики воспаления и рубцевого сужения ложа после ТУР аденомы простаты, и уриногенного и резорбтивного распространения инфекции нами будет использован метод, позволяющий вводить медикаменты непосредственно в очаг воспаления. С этой целью мы интраоперационно производим интубацию семявыносящего протока и в последующем вводим в ложе аденомы антибиотик и 5-фторурацил (флюороурацил) противоопухолевый препарат из группы антиметаболитов, ингибитор деления фибробластов.

Материалы и методы. Исследования основаны на результатах хирургического лечения 50 больных с ДГПЖ, находившихся на стационарном лечении в Республиканском Урологическом Центре г Махачкала с 2015 по 2017гг. Всем больным была произведена Тур-аденомы простаты. И в зависимости от способа проведения послеоперационного лечения, больные были разделены на две группы: основную и контрольную. Возраст больных включенных в группы исследования составил от 50-75лет. В основной группе было 30 пациентов. Им наряду с традиционным лечением, после операции в ложе аденомы через канюлированный семявыносящий проток вводился раствор фторурацила 2мл 500мг -7 дней на 0,9% р-ре NaCl 1 раз в день, и антибиотик 2 раза в день. В контрольную группу вошли 20 больных, которые получали только традиционное лечение. Контрольная группа пациентов была сопоставима с основной группой по возрасту, сопутствующей патологии, длительности и стадии заболевания. До операции проводилось стандартное обследование: общеклинические анализы, пальпация простаты, микционная цистография, УЗИ-простаты с определением количества остаточной мочи, анализ крови на простат-специфический антиген (ПСА), урофлоуметрия и др.

Результаты и обсуждение. Динамику воспалительного процесса оценивали в 1, 3 и 7 сутки после операции по следующим критериям: уровень средних молекул и лейкоцитарный индекс интоксикации. Изучение уровня средних молекул в крови позволяет адекватно оценивать степень тяжести и контролировать течение инфекционно-воспалительного процесса, оценивать эффективность проводимой терапии. Изучая степень интоксикации у больных с аденомой простаты после проведения ТУР, мы обнаружили лучшую динамику у больных основной группы, которым проводилась канюлирование семявыносящего протока с введением препарата.

Как видно из лабораторных данных, у больных с аденомой простаты в процессе послеоперационного введения фторурацила в раневое ложе, отмечено снижение уровня СМП к 3-7 суткам на 47.9%, что значительно опережает показатели СМП у больных контрольной группы 34,9%. Аналогично меняется и ЛИИ. К 7 дню послеоперационного периода он составил 3,4+6,43у.е.($p<0,05$), что значительно ниже чем в другой группе.

Предложенный нами сравнительный анализ выявил благоприятное влияние 5-фторурацила на течение раневого процесса.

Для объективизации жалоб и состояния больных, нами использована Международная система суммарной оценки простатических симптомов (IPSS) и система оценки качества жизни (QOL=0-6 баллов). По результатам анкетирования больные разделены на следующие группы:

0-7 баллов с легкой симптоматикой-3(6,2%);
8-19 баллов с умеренной симтоматикой-43(86,5%);
20-23 баллов с тяжелой симптоматикой-4(8,3%).

По нашим данным средние показатели IPSS и QOL в основной группе значительно лучше по сравнению с контрольной группой. Урофлоуметрические данные до операции, в послеоперационном периоде и через три месяца после выписки: средние показатели в основной группе превосходят таковые в контрольной группе.

Сравнительные результаты исследования клеточного состава раневого отделяемого из ложа аденомы показывают, что заживление раны в основной группе происходит значительно быстрее, чем в контрольной группе, а также значительно реже отмечается расстройство мочеиспускания, обусловленное рубцовыми изменениями в простатическом отделе уретры.

По данным авторов (Сергиенко Н.Ф., и соавт 2007 г), (Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. 1997 г) стрикура заднего отдела уретры в отдаленном послеоперационном периоде наблюдалась у 5-10% больных. По нашим данным, в отдаленном послеоперационном периоде стриктура заднего одела уретры развилась в основной группе у 2(6,6%) и в контрольной группе у 2(9,9%) больных.

Лапароскопическая аденомэктомия, в чем преимущество?

Р.Г. Биктимиров [1,2], А.Г. Мартов [2], Т.Р. Биктимиров [1,2], А.А. Капутовский [1]

[1] ФГБУ Федеральный клинический центр высоких медицинских технологий ФМБА России Московская область, Химки
[2] Кафедра урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России г. Москва

В соответствии с рекомендациями Европейского общества урологов текущие стандарты хирургического лечения аденомы простаты объемом более 80 куб. см открытая операция и гольмиевая энуклеация. Методы второй линии трансу-

ретральная резекция и лазерная вапоризация. Аденомэктомия лапароскопическим способом может быть вариантом выбора. С 2011 по 2016 годы 79 пациентов перенесли лапароскопическую аденомэктомию внебрюшинным доступом. У 35 (44%) симультанные вмешательства из того же хирургического доступа: герниопластика паховой грыжи двухсторонняя-3; односторонняя-10; цистолитотомия-16; цистолитотомия с уретеролитотомией-1; цистолитомия и герниопластика-3; дивертикулэктомия и цистолитотомия-1; дивертикулэктомия-1. Исследованы две группы. Группа I - только аденомэктомия. Группа II - симультанных вмешательств. Статистически значимых различий в среднем возрасте, объеме простаты, кровопотере между группами не обнаружено. Среднее время операции для группы I – 185 минут, для группы II – 230 минут. Таким образом, преимущество лапароскопической аденомэктомии в возможности одновременной и безопасной коррекции сопутствующей патологии.

Конституциональные особенности органометрических параметров простаты

Винник Ю.Ю., Максимов А.С., Николаев В.Г.

ФГБОУ ВО КрасГМУ
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
г. Красноярск

Конституцию мужчины, которая относится к эволюционно наиболее древним признакам и объясняет не только вариации строения тела, но и распространённость многих заболеваний, в последние десятилетия изучают учёные по многим направлениям медицины. Наличие внешних антропологических признаков, определяющих принадлежность мужчины к той или иной конституции, может сочетаться с особенностями строения внутренних органов человека, которые не могут быть обнаружены при внешнем осмотре. Поэтому, изучения предрасположенности к возникновению заболеваний конкретного мужчины в связи с принадлежностью его к определённой конституции является одной из актуальных проблем не только современной антропологии, но и клинической медицины.

Исходя из выше изложенного, целью нашего исследования стало изучение органометрических показателей простаты в зависимости от конституции мужчины первого периода зрелого возраста.

Для решения поставленной задачи нами было исследовано 60 трупов мужчин в возрасте от 22 до 35 лет. При осмотре 60 трупов во всех случаях изучались акты патологоанатомического или судебно – медицинского исследования для отбора материала по причинам смерти, не оказывающим прямого влияния на структуру простаты. Времени от предполагаемого часа смерти до изъятия исследуемого органокомплекса проходило не более суток. Простатомочепузырный комплекс после изъятия маркировался и фиксировался в 10% растворе нейтрального формалина.

Всем трупам проводилась антропометрия по методике В.В. Бунака, с использованием набора стандартизированных инструментов. Обследование основано на пятибалльной оценке трёх компонентов тела: жирового, мышечного и костного. При соматотипировании трупов мужчин определение соматотипа производилось по методике В.П. Чтецова. С помощью этой методики выделяли 4 варианта соматотипов: грудной, мускульный, брюшной и неопределенный..

Макроанатомические исследования простаты у 60 мужчин выявили большие размеры ($P<0,01$) (ширина (42,89±0,84 мм) и передне – задний размер (32,11±0,74 мм)) у брюшного соматотипа по сравнению с грудным (соответственно 34,33±0,56 мм и 28,33±0,74 мм), мускульным (соответственно 40,07±0,99 мм и 28,14±0,55 мм) и неопределенным (соответственно 39,81±1,13 мм и 26,87±0,46 мм). У мужчин грудного соматотипа наблюдалось уменьшение ширины, а у мужчины неопределёного – передне-заднего размеров простаты. Таким образом, размеры простаты имеют конституциональные особенности, что может быть использовано в клинической практике врача уролога.

Мониторинг качества жизни мужчин второго зрелого и пожилого возрастов, страдающих доброкачественной гиперплазией простаты

Винник Ю.Ю., Черняев Д.В.

ФГБОУ ВО КрасГМУ
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
г. Красноярск

Для изучения качества жизни больных ДГП зачастую используются различные анкеты, шкалы и опросники. С целью оптимизации мониторинга мужчин с ДГП нами в рамках настоящей работы была проведена оценка качества их жизни в зависимости от конституции и возрастного периода. Были обследованы мужчины, страдающие ДГП в количестве 84 человек. Всем исследуемым было предложено заполнить анкету, оценивающей их качество жизни. Анкета включала в себя квинтэссенцию опросников IPSS, МИЭФ, ШКОМКФ, SF-36. Кроме того, у пациентов были измерены антропометрические показатели – рост и поперечный диаметр грудной клетки с целью расчёта индекса L. Rees-H.J. Eisenck для последующего соматотипирования. Далее все исследуемые были разделены на две группы: первая группа – пациенты второго зрелого периода – от 55 до 65 лет (52 человек) и вторая группа – пациенты пожилого возраста – от 65 лет и более (32 человек). Данные анкет были проанализированы и обработаны программами Microsoft Excel и IBM SPSS Statistics 10 с учётом критерия Шапиро-Уилка.

В результате нашего исследования были получены следующие результаты: среди пациентов первой группы у 46 человек (88%) была выявлена пикниче-

ская конституция, а у 6 (12%) - нормостеническая. Все пациенты пожилого возраста имели пикнический тип конституции.
Анализирую тяжесть симптоматики, мы получили ниже приведённые данные: среди пациентов 2-го зрелого возрастного периода у 26 человек (50% опрошенных) отмечалась тяжёлая клиническая картина ДГПЖ (в среднем 29 балла согласно опроснику IPSS), у 19 человек (37% опрошенных) - умеренная симптоматика (в среднем 14 баллов согласно опроснику IPSS) и лишь у 7 человек (13% опрошенных) - лёгкая симптоматика (в среднем 6 баллов согласно опроснику IPSS). У пациентов пожилого возраста заболевание протекало с более тяжёлой симптоматикой у 28 человек (88% опрошенных), а с умеренной – у 4 (12% опрошенных).
После изучения степени эректильной дисфункции мы получили следующие результаты: среди пациентов 2-го зрелого периода у 26 человек (50% опрошенных 1-ой группы) наблюдалась тяжёлая степень эректильной дисфункции (в среднем 7 баллов по опроснику МИЭФ), у 16 человек (31% опрошенных 1-ой группы) - средняя степень эректильной дисфункции (в среднем 13 баллов по опроснику МИЭФ), а у 10 человек (19% опрошенных 1-ой группы) - отсутствие эректильной дисфункции (в среднем 52 балла по опроснику МИЭФ). Среди пациентов пожилого возраста у 28 человек (87% опрошенных 2-ой группы) наблюдалась тяжёлая степень эректильной дисфункции (в среднем 5 баллов по опроснику МИЭФ) и у 4 человек (13% опрошенных 2-ой группы) - средняя степень эректильной дисфункции (в среднем 15 баллов по опроснику МИЭФ).
Исследуя соответствие копулятивной функции возрасту пациентов, мы установили, что среди пациентов второго зрелого периода у 37 человек (72% опрошенных 1-ой группы) копулятивная функция не соответствовала их возрасту (в среднем 7 баллов по шкале КОМКФ), у 6 человек (11% опрошенных 1-ой группы) наблюдалась крайняя степень нарушения копулятивной функции (в среднем 2 балла по шкале КОМКФ), и только у 9 человек (17% опрошенных 1-ой группы) копулятивная функция соответствовала их возрасту (в среднем 31 балл по шкале КОМКФ). Среди пациентов пожилого возраста у 24 человек (75% опрошенных 2-ой группы) копулятивная функция не соответствовала их возрасту (в среднем 5 баллов по шкале КОМКФ) и лишь у 8 человек (25% опрошенных 2-ой группы) соответствовала (в среднем 33 балла по шкале КОМКФ).
При анализе показателей физического и психического здоровья опрошенных были получены следующие данные: согласно опроснику SF-36 показатель физического здоровья в первой группе пациентов был оценен как очень низкий (в среднем 23 балла по опроснику SF-36) у 35 человек (67% опрошенных первой группы), как низкий (в среднем 35 баллов по опроснику SF-36) у 13 человек (25% опрошенных первой группы) и лишь у 4 человек (8% опрошенных первой группы) он оказался среднестатистическим (в среднем 51 балл по опроснику SF-36). Показатель же психического здоровья в этой группе был оценен как очень низкий (в среднем 21 балл по опроснику SF-36) у 38 человек (73% опрошенных первой группы) и как низкий (в среднем 33 балла по опроснику SF-36) у 14 человек (27% опрошенных первой группы).
Исследуя вторую группу пациентов, мы выявили следующие результаты: у 27 человек (83% опрошенных второй группы) показатель физического здоровья был очень низким (в среднем 21 балл по опроснику SF-36), у 5 человек (17% опрошенных второй группы) наблюдался низкий показатель физического здоровья (в среднем 34 балла по опроснику SF-36). Уровень же психического здоровья был оценен как очень низкий (в среднем 22 балла по опроснику SF-36) у 28 человек (89% опрошенных второй группы) и как низкий (в среднем 34 балла по опроснику SF-36) у 4 человек (11% опрошенных второй группы).
Таким образом, после проведённого исследования установлено, что среди пациентов, страдающих ДГП после 55 лет чаще встречались мужчины пикнического телосложение (92%), у 74% обследованных пациентов заболевание сопровождается тяжёлой симптоматикой, у пациентов пикнического соматотипа эректильная дисфункция сочетается с ДГП в 91% случаев, степень сексуальных проявлений не соответствует возрасту, а качество жизни у всех мужчин с ДГП страдает, что обусловлено значительным снижением показателей психического и физического здоровья.

Сравнительный анализ эффективности медикаментозного лечения дизурического синдрома при доброкачественной гиперплазии простаты

Винник Ю.Ю.

ФГБОУ ВО КрасГМУ
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
г. Красноярск

На сегодняшний день доброкачественная гиперплазия простаты (ДГП) позицианируется как полиэтиологическое заболевание, возникающее вследствие разрастания периуретральной железистой зоны простаты. Основным синдромом заболевания является дизурический, связанный с нарушением пассажа мочи по нижним мочевым путям и ухудшением накопительной функции мочевого пузыря. Расстройства мочеиспускания при ДГП наблюдаются у большинства мужчин старше 50 лет.
Установлено, что и тадалафил 5 мг и силодозин 4 мг в отдельности существенно улучшают симптомы нижних мочевых путей. Исходя из выше изложенного, целью нашего исследования стало сравнение клинико – инструментальной эффективности тадалафила 5 мг и силодозина 4 мг в предотвращении прогрессирования симптомов у больных с начальными проявлениями ДГП и эректильной дисфункции (ЭД). Критериями включения в исследование были: возраст: от 45 до 60

лет, IPSS: от 8 до 15 баллов, объём простаты > 30 см^3, Qmax: 10-15 мл/с , Vост. мочи: менее 50 мл, ПСА в сыворотке крови < 4 нг/мл, отсутствие роста микрофлоры в посеве 3 порции мочи/ секрете простаты, а также письменное согласие пациента об участии в исследовании. Исследование проводилось в «Университетской клинике» КрасГМУ. I группе назначен тадалафил 5мг комплексном лечении ДГП и ЭД у 52 больных в возрасте от 45 до 58 лет (средний возраст 47,3±0,84 года – II зрелый возрастной период). II группе – солодозин 4 мг в комплексном лечении ДГП и ЭД у 48 больных в возрасте от 46 до 60 лет (средний возраст 49,8±0,72 лет – II зрелый возрастной период). Препараты назначались ежедневно во второй половине дня на протяжении 6 месяцев.

После проведённого лечения сумма баллов IPSS в I группе снизилась с 13,1±1,3 до 8,4±1,5, во II группе – с 12,8±1,1 до 8,4±1,3; сумма баллов QoL в I группе снизилась с 3,7±0,7 до 2,3±0,6, во II группе – с 4,3±1,0 до 2,7±0,8; Qmean в I группе повысилась с 5,6±1,1 мл/с до 7,4±0,8 мл/с, во II группе – с 5,9±1,1 мл/с до 7,8±1,0 мл/с; Vост.мочи в I группе снизился с 31,6±3,5 мл до 18,4±2,8 мл, во II группе – с 36,8±3,9 мл до 16,1±2,9 мл; Vпростаты в I группе снизился с 36,8±1,9 см^3 до 33,1±1,4 см^3, во II группе – с 37,9±2,1 см^3 до 34,2±1,2 см^3; сумма баллов IIEF EF в I группе увеличилась с 14,7±1,4 до 24,5±1,5, во II группе – с 16,2±1,0 до 18,9±1,5. Профиль нежелательных явлений выглядел следующим образом: при приёме тадалафил 5мг: головная боль - 1 пациент, боль в спине - 1 пациент, назофарингит - 1 пациент; при приёме солодозина 4 мг: головная боль - 2 пациента, ретроградная эякуляция - 8 пациентов.

Таким образом, по клинической эффективности препарат тадалафил 5 мг не уступает препарату солодозил 4 мг при лечении симптомов нижних мочевых путей при ДГП. Особо стоит отметить преимущественную целесообразность применение препарата тадалафил 5 мг у пациентов с ЭД и СНМП при ДГП.

Возможность контроля контрольной терапии доброкачественной гиперплазии простаты

Волков А.А.[1], Петричко М.И.[2], Будник Н.В.[1]

[1]Госпиталь Ветеранов войн
г. Ростов-на-Дону,
[2] ЦКБ № 2 им. Семашко ОАО "РЖД"
г. Москва

Цель исследования – оптимизация сроков лечения ДГПЖ. 570 пациентам поводилась консервативная терапия (КТ): дутастерид 0,5 мг + тамсулозин 0,4 мг 1 раз в сутки, в период 2007 – 2016 г. 267 пациентам КТ отменена в сроки 6 – 24 месяца. До начала КТ больные обследовались в стандартном объеме – IPSS-QOl, урофлоуметрия (УФМ), определение остаточной мочи (V res), определение объема простаты (ПЖ) методом ТРУЗИ, общий ПСА и общего тестостерон (Т общ.) крови. Полученные данные фиксировались и оценивались каждые 3 мес. На фоне КТ вычисляли лабораторный маркер эффективности терапии (ЛМЭТ), где $ПСА_1$ – показатель общего ПСА до лечения, $ПСА_2$ – показатель общего ПСА после лечения, T_1 – показатель Т общ. до лечения, T_2 – показатель Т общ. после лечения. У данной группы на фоне проводимой КТ к моменту ее отмены показатели IPSS уменьшились до легкой симптоматики, QoL достигло удовлетворительного значения, Q max увеличилось в 2 раза, V res достиг незначимых значений. Объем ПЖ в среднем уменьшился на 20%. Установлено, что при достижении клинической ремиссии ДГПЖ общий ПСА крови снизился в среднем на 54 %, уровень Т общ. вырос на 26%. Значение ЛМЭТ у всех пациентов на момент клинической ремиссии ДГПЖ было равно или больше 3. Таким образом, снижение ПСА и повышение уровня Т общ. свидетельствует об эффективности действия дутастерида – подавлении центров пролиферации в ПЖ. Значение ЛМЭТ может служить обоснованием отмены КТ и перевода больных на интермиттирующую терапию (ИТ). Критерии к переводу больных на ИТ следующие: IPSS ≤ 8 баллов, QOL ≤ 2 балла, уменьшение объема ПЖ на 20 % и более, Q max > 12 мл/сек; объем остаточной мочи < 10 см^3, значение ЛМЭТ ≥ 3. Совокупность этих критериев позволяет прекратить КТ ДГПЖ с возможностью ее возобновления.

Сравнительный анализ эффективности различных методик эндоскопической энуклеации простаты в условиях одного центра.

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт,
А.З. Винаров, М.Э. Еникеев, Д.В. Еникеев,
Д.Г. Цариченко, Н.И. Сорокин, Р.Б. Суханов,
А.М. Дымов, О.Х. Хамраев, М.С. Тараткин

НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ имени И.М. Сеченова.
г. Москва

Введение: эндоскопическая энуклеация простаты (ЭЭП) – новый термин, введенный для описания методов анатомически правильной трансуретральной энуклеации простаты. К нему относятся методики электро- и лазерной (гольмиевая и тулиевая) энуклеации. Европейская Ассоциация Урологов называет ЭЭП «методом выбора» при лечении ДГПЖ с объемом гиперплазии простаты более 80 см^3.

Цель работы. Сравнить методики электро- и лазерной (тулиевая, гольмиевая) энуклеации гиперплазии простаты.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 693 пациента с ДГПЖ; 489 перенесли гольмиевую энуклеацию (HoLEP), 51 - монополярную энуклеацию, 153 - тулиевую энуклеацию (ThuLEP). Средний возраст - 67,6 (54-87) лет. Объём простаты - 92,8 (50-280) см3. На дооперационном этапе нами не было выявлено статистически значимых различий между группами (p>0,05) в IPSS, QoL, Qmax и объеме остаточной мочи).

Результаты. Средняя длительность HoLEP составила 97,0±42,2 мин, монополярной энуклеации – 112,9± 36,3 мин; длительность ThuLEP была меньше - 77,4±36,3 мин (p<0,01). Эффективность всех 3 методов через 6 месяцев после операции была подтверждена статистически значимым (p<0,01) улучшением показателей IPSS, QoL, Qmax и объема остаточной мочи. Отметим, что частота осложнений была выше после монополярной энуклеации; так, после ее проведения в 5,9% наблюдений возникло кровотечение (HoLEP – 1,0%; ThuLEP – 0,6%), которое в 1,9% случаев потребовало переливания крови. Частота повторной катетеризации после монополярной энуклеации составила 5,9% , в то время как после HoLEP – 1,0%, а после ThuLEP – 1,3%. Частота кратковременного (менее 3 месяцев) стрессового недержания мочи после монополярной энуклеации составила – 9,8%, после HoLEP – 7,7%, а после ThuLEP –5,9%.
Выводы. Высокая эффективность ThuLEP и HoLEP по праву позволяет считать их «золотым стандартом» лечения гиперплазии простаты. Несмотря на более высокую частоту осложнений, эффективность монополярной энуклеации гиперплазии простаты сравнима с лазерными методиками.

Методы профилактики обструктивных осложнений чреспузырной аденомэктомии

Зубков Э.А., Ситдыкова М.Э., Зубков А.Ю.

ФБГОУ ВО «Казанский ГМУ», кафедра урологии
г. Казань

Введение. После открытых оперативных вмешательств по поводу аденомы предстательной железы (АПЖ) в послеоперационном периоде и в отдаленные сроки нередко возникают обструктивные осложнения со стороны нижних мочевых путей,-требующие проведения адекватного лечения.
Цель. Разработать методы профилактики обструктивных осложнений после аденомэктомии(АЭ).
Материалы и методы. Проанализированы результаты АЭ у 524 больных (83,3% в возрасте старше 60 лет). 297 пациентам АЭ выполнялась одномоментно с глухим швом мочевого пузыря(МП) и гемостазом ложа аденомы съемными лигатурами, гемостаз поперечными швами осуществлен у 12 пациентов.,двухэтапно операция выполнена 110 больным с восьмиобразным отсроченным швом МП и гемостазом съемными лигатурами ,у 27 больных гемостаз выполнен методом тампонады. У 78 пациентов операция была завершена эпицистостомой.
Результаты. Факторами, предрасполагающими к возникновению обструктивных осложнений являются длительное уретральное и надлобковое дренирование мочевого пузыря, травматичность и продолжительность хирургического вмешательства и методы гемостаза ложа АПЖ.При ушивании шейки мочевого пузыря стеноз пузырно-уретрального сегмента диагностирован у 75%, а стриктура простатического отдела уретры у 8,3% больных. В тоже время, ни у одного пациента, которым гемостаз ложа осуществлялся съемными гемостатическими лигатурами инфравезикальная обструкция не выявлена. Послеоперационные осложнения, в основном, связаны с нарушениями техники АЭ: повреждение тканей предстательной железы и семенных пузырьков при вылущении АПЖ за пределами хирургической капсулы,отрыв простатической части уретры и пересечение ее дистальнее апикальной зоны ПЖ. Основной причиной развития рубцового стенозирования пузырно-уретрального сегмента является сшивание краёв ложа АПЖ поперечными или продольными несъемными швами.Это ведет к репаративному воспалению и формированию грубой рубцовой ткани «предпузыря»,что создает условия для возникновения инфравезикальной обструкции.Необходимым условием комплексной профилактики обструктивных осложнений после АЭ является раннее (2-4 сутки) восстановление мочеиспускания.
Выводы.Таким образом,гемостаз ложа аденомы съемными лигатурами с глухим швом МП,обеспечивает профилактику обструктивных осложнений области пузырно-уретрального сегмента.

Противоишемическая терапия повышает частоту восстановления самостоятельного мочеиспускания и уменьшает повреждение клеток мочевого пузыря у больных ДГПЖ с острой задержкой мочи.

Кирпатовский В.И., Адамян Н.К., Иванов А.П., Голованов С.А., Дрожжева В.В., Надточий О.Н.

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина –филиал ФГБУ «НИРЦ» Минздрава России, Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России

Сравнивали влияние терапии а-адреноблокатором тамсулозином (60 б-ных, 1-я гр.) и сочетанием тамсулозина с комплексом препаратов с антиоксидантным и противоишемическим действием: а-токоферол 300 мг 1 раз в сутки, мексидол 125 мг 2 раза в сутки, пентоксифиллин 100 мг 2 раза в сутки и дилтиазем 60 мг 2 раза в сутки (30 б-ных, 2-я гр.),-.на частоту восстановления мочеиспускания у больных ДГПЖ, осложнившейся острой задержкой мочи (ОЗМ), на фоне 3-5-дневной периодической катетеризации мочевого пузыря. Самостоятельное мочеиспускание удалось восстановить у 25% больных 1-й группы и у 48% пациентов 2-й группы (p=0,032). При этом в группе пациентов с объемом остаточной мочи более 200 мл мочеиспускание восстановилось лишь у 9,5% больных в 1-й гр., тогда как во 2-й гр. мочеиспускание восстановилось у 66,7% больных (p<0,001)..Выраженность повреждения мочевого пузыря в результате ОЗМ определяемая по активности ферментов в моче (АСТ, АЛТ, ЛДГ, щелочной фосфатазы,

холинэстеразы и креатинфосфокиназы) также оказалась меньше у больных 2-й гр. Количество больных с повышенной активностью хотя бы одного фермента на 1-е и 5-е сутки после ликвидации ОЗМ составило 9 и 20 чел. в 1-й гр. соответственно, и 11 и 14 чел. во 2-й гр. соответственно. Средние значения активности всех ферментов с 1-го по 5-й день после ликвидации ОЗМ в 1-й гр. достоверно возрастали, тогда как во 2-й гр. активность ферментов достоверно не менялась, за исключением креатинфосфокиназы. То есть, если на фоне терапии тамсулозином повреждение клеток мочевого пузыря возрастало, то на фоне дополнительной противоишемической терапии оно практически стабилизировалось, что могло обуславливать более высокую частоту восстановления самостоятельного мочеиспускания.

Противоишемическая терапия повышает частоту восстановления самостоятельного мочеиспускания и уменьшает повреждение клеток мочевого пузыря у больных ДГПЖ с острой задержкой мочи

В.И. Кирпатовский[1], Н.К. Адамян[2], А.П. Иванов[2], С.А. Голованов[1], А.В. Сивков[1]

[1]НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» г. Москва
[2]Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России г. Ярославль

Актуальность: У 17-30% больных после оперативного лечения ДГПЖ сохраняются выраженные расстройства мочеиспускания с симптомами гиперактивности детрузора, что обусловлено хронической ишемией мочевого пузыря. Противоишемическая терапия может уменьшать функциональные расстройства мочеиспускания.
Материал и методы исследования. Сравнивали влияние терапии a1-адреноблокатором тамсулозином (n=60, I группа) и сочетанием тамсулозина с комплексом препаратов антиоксидантного и противоишемического действия (n=30, II группа), на частоту восстановления мочеиспускания у больных ДГПЖ, осложнившейся острой задержкой мочи (ОЗМ), на фоне катетеризации мочевого пузыря. Комплекс включал: a-токоферол (300 мг 1 раз/сут), мексидол (125 мг 2 раз/сут), пентоксифиллин (100 мг 2 раз/сут) и дилтиазем (60 мг 2 раз/сут).
Результаты. Самостоятельное мочеиспускание удалось восстановить у 25% больных I гр. и у 48% - II гр. (p=0,032). У пациентов с объемом остаточной мочи более 200 мл мочеиспускание восстановилось лишь у 9,5% больных I гр. и у 66,7% - II гр. (p<0,001). Выраженность повреждения мочевого пузыря при ОЗМ, определяемая по активности ферментов в моче (АСТ, АЛТ, ЛДГ, ЩФ, ХЭ и КФК), также оказалась меньше у больных II гр. Число больных с повышенной ферментативной активностью на 1-е и 5-е сутки после ликвидации ОЗМ составило: 9 и 20 чел. в I гр., и 11 и 14 чел. во II гр., соответственно. Средние значения активности всех ферментов с 1-го по 5-й день после ликвидации ОЗМ в I гр. достоверно возрастали, тогда как во II гр. активность ферментов достоверно не менялась, за исключением КФК.
Заключение. Комплекс противоишемической защиты, в комбинации с тамсулозином, способствовал стабилизации процесса повреждения клеток мочевого пузыря и достоверно более частому разрешению ОЗМ при ДГПЖ.

Особенности полового диморфизма у больных аденомой простаты

Н.Ю.Климов [1] , д.м.н. проф. Ю.Ю.Винник [2], д.м.н. проф. А.В. Андрейчиков

[1] КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского», Россия, Красноярский край, г.Красноярск.
[2] ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого г.Красноярск.

Актуальность. Доброкачественная гиперплазия простаты (ДГП) продолжает оставаться одной из важных проблем в современной урологии. Это связано, прежде всего, с высокой распространенностью данного заболевания, увеличением мужчин пожилого возраста в развитых странах, прогрессирующим течением, а также значительным ухудшением качества жизни пациента при данной патологии. Согласно данным статистики, в России большая половина пациентов, страдающих ДГПЖ, обращаются к урологу достаточно поздно, когда простата уже существенно увеличена в размерах.
Цель исследовния. Изучить особенности полового диморфизма у мужчин, страдающих ДГП.
Материал и методы исследования. Нами обследовано 150 больных с морфологически подтвержденным диагнозом ДГП, оперированных в урологических отделениях больниц г. Красноярска. Средний возраст больных - 67,7±1,3 г. Всем произведена стандартная антропометрия по 27 параметрам с подсчетом остеометрических индексов Rees-Eyshenck'a и Tanner'a по известным формулам.
Результаты. Распределяя больных на соматотипы по индексу Таннера было обнаружено, что гинекоморфы составляют 80,8% всех больных (мужчины популяции- 17,2%; p <0,05), мезоморфы 17,6% (мужчины популяции- 66,6%; p<0,05), а андроморфы 1,6% (мужчины популяции- 16,2%; p <0,05).
Выводы. Среди больных ДГП преимущественно встречаются гинекоморфы. Следовательно, баланс эстрогены/андрогены может иметь непосредственное отношение к этиологии этого заболевания.

Особенности восстановления мочеиспускания при операциях по поводу ДГПЖ

Корнев А.И., Борискин А.А.

ФГБОУ ВО РНИМУ, ГБУЗ ГВВ № 2 ДЗ
г.Москвы

Проведено сравнительное исследование трех групп больных. В первую группу вошли 26 больных, которым была выполнена трансуретральная электрорезекция предстательной железы (ТУРП), во вторую - 23 пациента, перенесших чреспузырную аденомэктомию (ЧПА). Третью группу составили 25 больных после операции позадилонной аденомэктомии (ПЛА).
Оценка симптомов заболевания и особенностей мочеиспускания в послеоперационном периоде проводилась с помощью международной шкалы оценки заболевания простаты в баллах (IPSS) и качества жизни (QL) проводилась до операции, после восстановления самостоятельного мочеиспускания и через 3-4 недели после операции.
Результаты проведенного исследования свидетельствуют об ухудшении качества мочеиспускания у пациентов, перенесших ТУРП и ЧПА, непосредственно после восстановления мочеиспускания, причем через месяц после операции оно улучшается незначительно по сравнению с исходным уровнем. Это наблюдается в основном за счет ирритативных расстройств мочеиспускания. Следствием этого является низкая оценка больными качества жизни. При позадилонной аденомэктомии наблюдается удовлетворительное качество мочеиспускания практически сразу после восстановления мочеиспускания, а в отдаленные сроки суммарный балл симптоматики очень низкий. Эти особенности восстановления мочеиспускания у больных после ТУРП и ЧПА связаны с травмой зоны шейки мочевого пузыря (ШМП). При ТУРП – это электротравма. При ЧПА – повреждение ШМП при вылущивании аденоматозных узлов, чего не происходит при ПЛА. Негативным моментом ЧПА является относительно длительное дренирование мочевого пузыря эпицистостомой в послеоперационном периоде, что повышает риск развития послеоперационной инфекции мочевыводящих путей. Это еще раз доказывает преимущество ПЛА перед ЧПА.

Оперативное лечение у больных ДГПЖ после применения ингибиторов 5-а-редуктазы

Корнев А.И., Борискин А.А.

ФГБОУ ВО РНИМУ, ГБУЗ ГВВ № 2 ДЗ
г.Москвы

С 2005 года в клинике урологии Госпиталя для ветеранов войн № 2 было прооперировано 543 пациента, принимавших ингибиторы 5-а-редуктазы (И5аР) в течение более 6 месяцев. В зависимости от объема предстательной железы (ПЖ) им выполнялась трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРП), чреспузырная (ЧПА) или позадилонная (ПЛА) аденомэктомия.
ТУРП выполнена 461 пациенту. По сравнению с больными, не получавшими терапии И5аР, субъективно отмечено некоторое уменьшение васкуляризации аденоматозных узлов. Поэтому оперативное вмешательство у этих пациентов протекало с меньшим объемом интраоперационной кровопотери.
Открытые операции произведены 82 пациентам. Из них у 27 – ЧПА. Необходимо отметить, что у данных больных операции протекали с рядом технических трудностей, которые были обусловлены склеротическими изменениями в ПЖ и образованием трудноразделимых сращений между гиперплазированной тканью и хирургической капсулой. Это приводило к значимому интраоперационному кровотечению, длительно сохраняющейся макрогематурии в послеоперационном периоде, анемизации пациентов. Несмотря на проводимую комплексную терапию, сроки дренирования мочевых путей значительно увеличивались. При активном наблюдении за данной группой больных в амбулаторных условиях у 5 пациентов выявлены склероз шейки мочевого пузыря и стриктура задней уретры, потребовавшие эндоскопической коррекции.
Позадилонная аденомэктомия выполнена 55 пациентам. Наблюдаемые интраоперационно рубцовые сращения между гиперплазированной тканью и хирургической капсулой разделялись острым путем под визуальным контролем с адекватным гемостазом. Ближайший послеоперационный период протекал гладко. При дальнейшем наблюдении отдаленных осложнений у этих пациентов не наблюдалось.
При гистологическом исследовании удаленной ткани у больных, получающих И5аР в течение более 6 месяцев, преобладала смешанная железисто-стромальная форма гиперплазии с выраженным склерозом.
Таким образом, ЧПА должна выполняться только при наличии явных противопоказаний к ТУРП и ПЛА, особенно у пациентов, длительно принимавших препараты И5аР.

Сравнение результатов лапароскопической и открытой позадилонной аденомэктомии

Котов С.В.[1,2], Мамаев И.Э[1,3]., Юсуфов А.Г[1,2], Гуспанов Р.И. [1,2], Перов Р.А. [2], Беломытцев С.В. [1,2], Гуспанов Р. И.[1,2], Кравец А.А.[3], Пронкин Е.А.[3]., Глинин К.И.[3], Сероухов А.Ю.[3], Макарченко А.В.[3], Ягудин Ш.Б.[3], Шоайдаров М.А.[3], Ахмедов К.К.[3]

[1]Кафедра урологии и андрологии
РНИМУ им. Н.И. Пирогова
[2]ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова
[3]ГКБ №12 им. В.М.Буянова

Цель исследования. В настоящее время ТУР предстательной железы, является золотым стандартом

хирургического лечения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, при объеме железы до 80 см3. Выбор варианта аденомэктомии при больших объемах предстательной железы всегда остается на усмотрение оперирующего хирурга. Цель нашей работы оценить результаты лапароскопической и открытой позадилонной аденомэктомии.

Материалы и методы. В первую группу вошли 24 пациента которым выполнена лапароскопическая аденомэктомия в период с 2014 по 2017г. в отделении урологии ГКБ №12 им В.М. Буянова. Во вторую группу 400 пациентов, которым С июня 2011 года по декабрь 2016 года в клинике урологии ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, выполнено более 400 позадилонных аденомэктомий (ПлАЭ). Средние значения перед операцией группах I и II составили: возраста мужчин 64,8 vs 70.5 лет; объема предстательной железы 117 vs 120 см^3; Qmax 12.4 vs 8.3 мл/с, IPSS 23 vs 21.6 баллов; QoL 4.5 vs 4.5 баллов. В группе I оперативные вмешательства выполнялись через трансперитонеальный (12 пациентов) и внебрюшинный (12 пациентов) доступы. У некоторых пациентов в группе 2 симультанно наряду с ПлАЭ выполнена цистолитоэкстракция, паховая герниопластика, дивертикулэктомия.

Результаты. Интраоперационная кровопотеря (min-max) в первой группе составила 350 мл (210-420), во второй 235 мл (0 -1500). Средняя продолжительность дренирования мочевого пузыря в I группе была 7,4 дня, в II группе 5,2 дня. Средний показатель Qmax после операции в группе I был 22,1±5,04 мл/сек, в группе II - 21,9 (7-53,2) мл/сек

Выводы. Руководствуясь полученными данными, можно сделать предварительный вывод о том, что по частоте и тяжести осложнений результаты открытой и лапароскопической аденомэктомии сопоставимы. Можно предположить, что лапароскопический доступ будет иметь преимущества при симультанных операциях на органах брюшной полости с точки зрения раневых осложнений. Для определения значимых различий двух методик необходимо большее число наблюдений в группе лапароскопических вмешательств.

позадилонная аденомэктомия - современный взгляд на операцию через призму 500 операций

[1,2]Котов С.В., [1,2]Юсуфов А.Г., [2]Перов Р.А., [1,2]Беломытцев С.В., [1,2]Суренков Д.Н., [1,2]Гуспанов Р.И., [1,2]Пульбере С.А., [2]Хачатрян А.Л., [1]Сапижук Е.Р., [1]Джохадзе Л.С., [1]Асриян Р.А., [1]Виллальба Винуэса Н. С.

[1]Кафедра урологии и андрологии
РНИМУ им. Н.И. Пирогова
г. Москва
[2]ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова
г. Москва

Введение. Проблема выбора метода хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы, несмотря на развитие современных технологий, остается весьма актуальной. Многообразие нашей страны, экономическая ситуация, а также явные преимущества медико-экономических показателей, по-прежнему диктуют необходимость выполнения открытых оперативных вмешательств при больших объемах предстательной железы.

Материалы и методы. С июня 2011 года по март 2017 года в клинике урологии ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, выполнено 517 позадилонных аденомэктомий (ПАЭ). У некоторых пациентов симультанно наряду с ПлАЭ выполнена цистолитоэкстракция, паховая герниопластика, дивертикулэктомия. Средние показатели составили: возраст 70,5 (53-87) лет, предоперационный уровень ПСА 7,7 (1,2 - 67,2) нг/мл, объем простаты 120 (60-312) мл, Qmax = 8,3 мл/мек (2,2 - 17,2), балл IPSS = 21,6 (5-35), QoL = 4,47 (2-6). У 20,5 % пациентов имелся цистостомический дренаж, либо уретральный катетер. Объем остаточной мочи 250 мл и более был у 174 пациентов.

Результаты. Оценены результаты 400 ПлАЭ. Интраоперационная кровопотеря отмечена у 275 пациентов, средний показатель которой составил 235 (0 -1500) мл. Гемотрансфузия потребовалась в 1,25 % случаев (n=5). Летальность составила 0,5% (n=2). У 8 пациентов диагностирован мочевой затек в связи с несостоятельностью швов на капсуле, в 7 случаях разрешившийся на фоне троакарной цистостомомии. У 1-го пациента развилась флегмона малого таза, потребовавшей неоднократных вмешательств с благоприятным исходом. Средняя продолжительность дренирования мочевого пузыря составила 5,2 (2-10) дней. В послеоперационном периоде мочеиспускание самостоятельное восстановлено у всех пациентов. Средний показатель скорости мочеиспускания после оперативного вмешательства составил Qmax = 21,9 (7-53,2) мл/сек.

У 270 пациентов из 400 пациентов перенесших ПлАЭ, проведен контрольный мониторинг показателей качества жизни после перенесенной аденомэктомии. Повторное вмешательство по поводу контрактур шейки мочевого пузыря, либо рецидива ДГПЖ потребовалось 10 пациентам (3,7%), Все остальные пациенты удовлетворены качеством мочеиспускания, отсутствием необходимости приема медикаментозной терапии.

Выводы. Позадилонная аденомэктомия является универсальной операцией у пациентов с объемом железы более 80 мл, в современных условиях развития урологической помощи, вне зависимости от оснащенности специализированных отделений. Кроме того, ПлАЭ позволяет сократить койко-день и развитие периоперационных осложнений, показывая отдаленные удовлетворительные результаты.

Сравнительная эффективность комбинированной терапии ДГПЖ/СНМП.

Кочеров А.А.[1], Кочерова Е.В., Золотухин О.В.[2]

[1]НУЗ ДКБ на ст. Воронеж-I ОАО «РЖД»

[2]БУЗ ВО ВОКБ № 1
г. Воронеж

Ведение. Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) встречается у 52–80% мужчин с инфравезикальной обструкцией вследствие гиперплазии простаты. В настоящий момент наиболее часто в лечении ГМП применяются М-холинолитики и бета-3-адреномиметики. Комбинированное лечение a_1-адреноблокатором и М-холинолитиком может быть целесообразным у пациентов с умеренными и тяжелыми СНМП с преобладанием симптомов наполнения, особенно если монотерапия оказалась недостаточно эффективной. Комбинированная терапия a1-блокатором и агонистом β_3-адренорецепторов призвана повысить эффективность лечения, особенно в случае развития побочных эффектов применения М-холинолитиков.

Материалы и методы. В исследование были включены 44 мужчины (56±2,2 года) с симптомами наполнения и опорожнения. Оценка по Международной шкале простатических симптомов (IPSS) ≥13 баллов, максимальная скорость потока мочи (Qmax) 4-12 мл/с, ≥2 эпизода ургентности и ≥8 мочеиспусканий за 24 ч. Пациент были разделены на две группы. Первая (24 человек) получала комбинацию тамсулозин 0,4 мг + солифенацин 10 мг. 8 нед. Вторая (20 чел)- тамсулозин 0,4 мг + мирабегрон 50 мг. в течение 8 нед. Эффективность терапии проводилась по изменению оценки по IPSS и оценки по Шкале ургентности и частоты мочеиспусканий (TUFS).

Результаты. В первой группе продемонстрировано снижение оценок по шкалам IPSS и TUFS (-6,4 и -7,3 балла соответственно). У 41,6% больных не было ожидаемого эффекта, 25% пациентов вынуждены отказаться от приема М-холиноблокаторов из-за выраженных побочных эффектов. Во второй группе отмечено более значимое снижение оценок по шкалам IPSS и TUFS (-7,2 и -8,1 балла соответственно). Побочных эффектов у данной группы зафиксировано не было. Таким образом, продемонстрирована более высокая эффективность комбинированной терапии мирабегрон+ тамсулозин у пациентов с ДГПЖ/СНМП, по сравнению с приемом комбинации a1-блокатора и М-холинолитика. От последнего мирабегрон также отличается лучшим профилем безопасности.

Ультразвуковые показатели предстательной железы и мочевого пузыря в диагностике инфравезикальной обструкции.

Кривобородов Г.Г., Ефремов Н.С.,
Болотов А.Д., Варенцов Г.И.

ОСП ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ
РНКЦ Геронтологии
Кафедра урологии и андрологии

Нарушения акта мочеиспускания у мужчин пожилого возраста нередко вызваны инфравезикальной обструкцией (ИВО) из-за доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Известно, что длительное наличие ИВО приводит к метаболическим нарушениям в детрузоре. Это может привести к снижению сократительной активности детрузора вплоть до ее отсутствия. На современном этапе исследование «давление-поток» является стандартным методом определения ИВО. Недостатком последнего является его инвазивность и значимые затраты. Поэтому ведется поиск более простых неинвазивных, в частности ультразвуковых, методов подтверждения ИВО.

Цель работы состояла в определении роли различных ультразвуковых показателей предстательной железы и мочевого пузыря в выявлении ИВО.

В исследование включено 46 мужчин с клинической формой ДГПЖ. Обследование включало ультразвуковое исследование предстательной железы и мочевого пузыря, исследование «давление-поток». ИВО была выявлена у 37 из 46 (80%). Установлена слабая корреляция ИВО с объемом предстательной железы, объемом транзиторной зоны, индексом транзиторной зоны, длиной уретры транзиторной зоны, простатическим уретральным углом, толщиной периферической зоны, весом мочевого пузыря, толщиной детрузора, объемом остаточной мочи. Наибольшая сила корреляции (r) достоверно установлена для показателя Presumed circle area ratio (PCAR) (r=0,51) и интравезикальной простатической протрузии (ИПП) (r=0,67) ($p<0,05$). Однако, следует отметить то, что показатель PCAR требует проведения математических расчетов. Это ограничивает его применение в рутинной практике.

Наши результаты показывают, что у мужчин с клинической формой ДГПЖ наиболее сильную корреляцию с ИВО имеет ультразвуковой показатель ИПП.

Когнитивные нарушения и симптомы нижних мочевыводящих путей у мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Кривобородов Г.Г., Ефремов Н.С.,
Болотов А.Д., Хачатурова Н.В.

ОСП ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ
РНКЦ Геронтологии
Кафедра урологии и андрологии

Симптомы нижних мочевыводящих путей (СНМП) часто встречаются к клинической практике уролога и имеют место примерно у 30% мужчин пожилого и старческого возраста с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Известно, что в возрасте старше 60 лет и при некоторых неврологических заболеваниях головного мозга имеют место когнитивные нарушения. Последние, в свою очередь, ограничивают возможность сбора объективной информации в отношении СНМП.

Цель работы состояла в определении роли снижения когнитивных функций в выявлении и оценке СНМП с клинической формой ДГПЖ.

76 мужчинам определяли балл IPSS и индекс качества жизни (QoL), уровень ПСА крови, выполняли урофлоуметрию (УФМ), УЗИ мочевыводящих путей, пальцевое ректальное исследование. Согласно результатам оценки когнитивных функций, на основании шкал MMSE и MoCA, пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 48 мужчин без снижения когнитивных функций, а вторую 28 со снижением когнитивных функций.

Обе группы были сопоставимы по возрасту, объему предстательной железы, объему транзиторной зоны, объему остаточной мочи, общему баллу IPSS, сумме ирритативных и сумме обструктивных баллов, индексу QoL, показателях УФМ. Медиана MMSE в первой группе составила 29 баллов, во второй 25, медиана MoCA в первой группе 28, во второй 21. У мужчин без снижения когнитивных функций преобладали обструктивные СНМП (медиана 56,7%), а у мужчин со снижением когнитивных функций – ирритативные (медиана 51%).

Результаты исследования показывают, что у мужчин со снижением когнитивных функций преобладают ирритативные СНМП, возможно, как проявление нейрогенной детрузорной гиперактивности.

Гистологические особенности доброкачественной гиперплазии предстательной железы в зависимости степени интравезикальной простатической протрузии.

Кривобородов Г.Г., Ефремов Н.С.,
Болотов А.Д., Сотникова Т.Н.

ОСП ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ
РНКЦ Геронтологии
Кафедра урологии и андрологии

Зачастую симптомы нижних мочевыводящих путей (СНМП) у мужчин связывают с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Одним из маркеров эффективности консервативной терапии СНМП α-адреноблокаторами является ультразвуковой показатель интравезикальной простатической протрузии (ИПП). Ряд работ свидетельствуют об отсутствии эффективности α-адреноблокаторов при ИПП более 10 мм.

Цель работы состояла в определении гистологического варианта ДГПЖ при различных значениях ИПП.

В исследование включено 19 мужчин с клинической формой ДГПЖ. Гистологический материал получали при трансуретральной резекции из центральной и транзиторных зон, а также из зоны ИПП. При окрашивании гематоксилин-эозином оценивали железистый и стромальный компонент. При окраске по Ван Гизону оценивали мышечный компонент стромы. Для оценки количественных показателей использовали методику морфометрии.

Больные были разделены на 2 группы: в первую группу включены мужчины с ИПП более 10 мм (12 человек), во вторую – менее 10 мм (7 человек). Не было выявлено различий в доле железистого, стромального и мышечного компонентов в центральной и транзиторных зонах предстательной железы в обеих группах. Выявлено достоверно более высокое содержание железистого компонента в зоне ИПП при его значении более 10 мм (30,2% в первой против 6,2% во второй группе). Также у мужчин первой группы отмечено меньшее содержание мышечного компонента стромы в зоне ИПП по сравнению со второй группой (57,9% и 75% соответственно) ($p<0,05$).

Таким образом, данные гистологического исследования ДГПЖ объясняют меньшую эффективность терапии СНМП α-адреноблокаторами при ИПП более 10 мм.

Комбинированное медикаментозное лечение пациентов с ДГПЖ

В.В.Кузьменко, И.А.Бырко, А.В.Кузьменко,
Н.В.Бырко

ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Минздрава России
г. Воронеж

Введение. Доброкачественная гиперплазия простаты – заболевание в 90% случаев у мужчин в

возрасте старше 70 лет проявляется СНМП и различной степенью инфравезикальной обструкции. Цель исследования. изучить клиническую эффективность и безопасность препарата «Сонирид Дуо» у больных ДГПЖ в возрасте старше 70 лет и объемом железы более 60 см3. Материалы и методы. Критерии исключения – пациенты с неврологическими и онкологическими заболеваниями. Осуществлялось наблюдения 26 больных в возрасте 71-82 года в течение 3 лет. Проведено предварительное обследование: анамнез, оценка выраженности СНМП, качества жизни, PSA, пальцевое ректальное исследование, УЗИ простаты, уродинамическое исследование в течение суток домашнего мониторинга урофлоуметрии (ДМ УФМ). До лечения показатели симптоматики по шкале IPSS–от 17 до 22 и качества жизни QOL 4-5 баллов, средний объем простаты – 40-100 куб. см., V остаточной мочи до 50-90 мл. Скорость мочеиспускания Qmax. от 8 до 11 мл/сек, V мочевого пузыря – 395 мл, время мочеиспускания – от 70 до 120 сек. Показанием к медикаментозной терапии было нежелание хирургического лечения и 10 пациентов имели противопоказания к хирургическому лечению т.к. имели выраженную соматическую патологию.
Результаты. Назначен комбинированный препарат «Сонирид Дуо». За время наблюдения через 6 мес., 1 года и через 3 года ни у одного из пациентов не отмечено острой задержки мочеиспускания. Через 6 месяцев и далее ежегодно - положительная динамика субъективных и объективных показателей. Через 5 лет: QOL –4, по шкале IPSS сумма баллов - 10-12, V простаты уменьшился в среднем и составил 61,5 см3, объем остаточной мочи от 20 до 50 мл. По данным уродинамического исследования ДМ УФМ Qmax. – 6,8-8 мл/сек, Qave – 9,5 мл/сек., t мочеиспускания – 35-40 сек. Нормальные показатели уродинамики отмечены в 66,7%.
Выводы. Таким образом, «Сонирид Дуо» является эффективным и безопасным препаратом выбора лечения у пациентов старшей возрастной группы с СНМП имеющих выраженную соматическую патологию и позволяет улучшить качество жизни больного.

Доброкачественная гиперплазия простаты

В.В. Кузьменко

ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Минздрава России

Введение. Доброкачественная гиперплазия простаты – заболевание в 90% случаев у мужчин в возрасте старше 70 лет проявляется СНМП и различной степенью инфравезикальной обструкции.
Цель исследования – изучить клиническую эффективность и безопасность препарата «Сонирид Дуо» у больных ДГПЖ в возрасте старше 70 лет и V железы более 60 см^3.
Материалы и методы. Критерии исключения – пациенты с неврологическими и онкологическими заболеваниями. 26 больных в возрасте 71-82 года наблюдались в течение 3 лет. Проведено предварительное обследование: анамнез, оценка выраженности СНМП, качества жизни, PSA, пальцевое ректальное исследование, УЗИ простаты, уродинамическое исследование в течение суток домашнего мониторинга урофлоуметрии. До лечения показатели симптоматики по шкале IPSS–от 17 до 22 и качества жизни QOL 4-5 баллов, средний V простаты – 40-100см^3, V ост. мочи до 50-90 мл. Скорость мочеиспускания Qmax. от 8 до 11 мл/сек, V мочевого пузыря – 395 мл, время мочеиспускания – от 70 до 120 сек. Показанием к медикаментозной терапии было нежелание хирургического лечения и 10 пациентов имели противопоказания к хирургическому лечению т.к. имели выраженную соматическую патологию.
Результаты. Назначен «Сонирид Дуо». За время наблюдения через 6 мес., 1 год и 3 года ни у одного из пациентов не отмечено острой задержки мочеиспускания. Через 6 месяцев и далее ежегодно - положительная динамика субъективных и объективных показателей. Через 5 лет: QOL –4, по шкале IPSS сумма баллов - 10-12, Vпростаты уменьшился в среднем и составил 61,5 см^3, объем остаточной мочи от 20 до 50 мл. По данным уродинамического исследования ДМ УФМ Qmax. – 6,8-8 мл/сек, Qave – 9,5 мл/сек., T – 35-40 сек. Нормальные показатели уродинамики отмечены в 66,7%.
Выводы. Таким образом, «Сонирид Дуо» является эффективным и безопасным препаратом выбора лечения у пациентов старшей возрастной группы с СНМП имеющих выраженную соматическую патологию и позволяет улучшить качество жизни больного.

Лапароскопическая позадилонная аденомэктомия. Хирургические и функциональные результаты.

Мамаев И.Э[1,2]., Кравец А.А[2]., Пронкин Е.А[2]., Глинин К.И.[2], Сероухов А.Ю.[2], Макарченко А.В.[2], Ягудин Ш.Б.[2], Шоайдаров М.А.[2], Ахмедов К.К.[2] и Котов С.В.[1]

[1]Кафедра урологии и андрологии л/ф РНИМУ им. Н.И. Пирогова
г. Москва
[2]ГБУЗ «ГКБ им. В.М.Буянова ДЗМ»
г.Москва

Цель исследования. Оценить результаты лапароскопической позадилонной аденомэктомии.
Материалы и методы. В исследование включено 24 пациента, которым выполнена лапароскопическая аденомэктомия в период с 2014 по 2017г. Средние дооперационные показатели представлены следующими данными: объем простаты 117,1±21,1 см^3, объем остаточной мочи 78 мл, Qmax 12,4±5,1 мл/сек, IPSS 23,07 и QoL 4,45. Оперативные вмешательства выполнялись трансперитонеальным и внебрюшинным доступом.
Результаты. Среднее время операции составило

164,6±61,3 мин. Интраоперационная кровопотеря составила 350±137,8 мл. Время госпитализации составило в среднем 9,4±3 дня. Послеоперационное пребывание пациентов составило 6,6±2,3 дня. Восстановление самостоятельного мочеиспускания осуществлялось в среднем через 7,4±3,3 дней. Послеоперационные осложнения отмечены в трех случаях (12,5%).
Отдаленные результаты оценивались в срок от 6 до 23 месяцев. Средние показатели выглядят следующим образом: остаточная моча 38 мл, Qmax 22,1±5,04 мл/сек, IPSS 6,8 и QoL 2,6.
Выводы. Лапароскопическая аденомэктомия является эффективной методикой хирургического лечения больных с аденомой простаты больших размеров. На основании полученных данных можно сделать вывод, что функциональные результаты и частота осложнений лапароскопической и открытой аденомэктомии сопоставимы. Можно предположить, что лапароскопический доступ будет иметь преимущества при симультанных операциях на органах брюшной полости и с точки зрения раневых осложнений.

Проспективное сравнительное исследование эффективности и безопасности фиксированной комбинации тамсулозина 0,4 мг и солифенацина 6 мг в ликвидации дизурии после оперативных вмешательств на предстательной железе.

А.Г. Мартов, Д.В. Ергаков

ИППО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России,
кафедра урологии и андрологии
г. Москва

Актуальность: выполнение оперативного лечения при больших размерах доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) приводит к развитию выраженной дизурии, которая заключается в позывах на мочеиспускание, эпизодах неудержания мочи, частом мочеиспускании. Традиционно данная симптоматика подвергается коррекции с помощью альфа-адреноблокаторов. В клинической практике появился комбинированный препарат, сочетающий в себе альфа-адреноблокатор и м-холиноблокатор, что может иметь дополнительные преимущества.
Целью данного исследования являлось определение сравнительной эффективности монотерапии и комбинированной терапии для ликвидации послеоперационной дизурии у пациентов после трансуретральных операций по поводу ДГПЖ больших размеров.
Пациенты и методы: с сентября 2016 г. по март 2017 г. в отделении урологии ГКБ имени Д.Д. Плетнева выполнены трансуретральные операции при размерах ДГПЖ свыше 100 куб.см. у 72 пациентов. В послеоперационном периоде 36 пациентов в течение месяца принимали тамсулозин с модифицированным высвобождением (Омник®) 0,4 мг, 36 пациентов принимали терапию комбинированным препаратом с фиксированной дозировкой тамсулозина 0,4 мг и солифенацина 6мг (Везомни®). Через 1 месяц пациентам предлагалось заполнить визуальную аналоговую шкалу (0-10), опросник I-PSS, QoL. Дооперационные показатели обеих групп соответственно составили: визуальная аналоговая шкала (ВАШ) 5,1 и 5,2 балла, I-PSS – 24 и 24,2 балла (обструктивные симптомы 13 против 13,1, ирритативные симптомы – 11 против 11,1), QoL – 4,5 балла в обеих группах, объем простаты – 114 и 118 куб.см., максимальная скорость мочеиспускания – 6,7 против 6,5 мл/сек, объем остаточной мочи 110 мл против 105 мл соответственно.
Результаты: показатели ВАШ составили 6,5 против 9,2 баллов, показатели I-PSS - 16,3 против 12,1 баллов, из них обструктивные симптомы составили 7,6 против 8,1 балла, а ирритативные показатели 8,7 против 4 баллов (p<0,05). QoL – 2,5 против 3,1 баллов. Показатели количества остаточной мочи были незначимы во всех группах.
Заключение: назначение препарата Везомни® позволяет достичь лучшего качества жизни в терапии симптомов учащенного мочеиспускания после трансуретральной резекции ДГПЖ больших размеров за счет лучшего устранения ургентности и уменьшения ноктурии.

Патоморфологические основы лечебного эффекта эмболизации артерий простаты у больных ДГПЖ крупных объемов

Б. А. Неймарк, А. И. Неймарк, Д. Д. Арзамасцев
Д. В.Торбик, Н. С. Шашев

Алтайский государственный университет
г. Барнаул

Введение. Эмболизация артерий простаты (ЭПА) - один из альтернативных методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Эффект устранения инфравезикальной обструкции происходит в связи с редукцией узла гиперплазии, лишенного артериального кровоснабжения.
Цель исследования. Изучить морфологические основы терапевтического ремоделирования ткани предстательной железы после выполненной ЭПА.
Материалы и методы. С сентября 2012 по март 2017 года трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРП) в период с 1 по 3-ий месяцы наблюдения после ЭПА была выполнена 35 пациентам. Резецированный материал был подвергнут гистологическому исследованию.
Результаты. Исходом выполненной ЭПА в ткани простаты является сосудистый некроз или инфаркт. Вследствие особенностей кровеносного русла не все ткани предстательной железы подвергаются одинаковой степени ишемии. В одном и том же гистологическом препарате могут встречаться разные стадии патоморфоза. Участ-

ки ткани железы, подвергнувшиеся критической ишемии, погибли в первые часы после прекращения перфузии и были представлены очагами новообразованной фиброзной ткани, как исход некроза. Другие, лишившись большей части своего питания, начинали погибать либо претерпевать свои изменения только на момент оперативного вмешательства, что проявлялось очагами полного некроза или участками дистрофических, погибающих желез. Граница зоны полного некроза, заместившегося фиброзной тканью, чаще всего была представлена зоной метаплазии железистого эпителия в плоский многослойный эпителий.
Выводы. Исходом нарушения перфузии является фиброз. Анатомия предстательной железы обусловливает констрикцию ткани простаты при фиброзе от центра к соединительно-тканной капсуле, что в итоге устраняет инфравезикальную обструкцию.

Лазерная доплеровская флоуметрия в прогнозе эффективности эмболизации артерий простаты у больных дгпж крупных объемов.

Неймарк А. И., Неймарк Б. А.,
Арзамасцев Д. Д. Торбик Д. В.
Барнаул 2017г.

Введение. Эмболизация артерий простаты (ЭПА) - завоевывающий популярность метод альтернативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Как и все другие оперативные методы, он в конечном итоге приводит к уменьшению объема ткани гиперплазии. Факторы роста же у конкретного больного остаются неизменными, и риск рецидива довольно велик.
Цель исследования. Изучить возможность прогнозирования кратко- и долгосрочного эффекта после ЭПА методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) в контрольные промежутки времени.
Материалы и методы. Необходимые показатели оценивали до выполнения ЭПА, на 3-и сутки после ЭПА, затем в 1-ый, 3-ий, 6-ой, 12-ый месяцы наблюдений. После выполнения исследования пациенты были разделены на 3 группы. В группу «a» были определены пациенты, объем предстательной железы которых на 12-ый месяц наблюдения не превышал объем простаты 6-го месяца наблюдения (n = 27). В группу «b» – пациенты, объем простаты которых к 12-му месяцу наблюдения достоверно увеличился. В группу «c» включены 3 пациента, у которых не произошло редукции объема предстательной железы после ЭПА.
Результаты. На основании проведенного исследования предложен следующий алгоритм действий с использованием метода ЛДФ. При значительном повышении на 3-и сутки показателя M, снижении коэффициента вариации Kv по сравнению с исходным значением признать ЭПА неэффективной, искать другие методы оперативного лечения. При стабильно высоком значении Kv на 3-ий и последующие месяцы наблюдения с целью предотвращения возобновления роста узла гиперплазии выполнить ТУРП либо назначить длительную терапию препаратами 5-альфа редуктазы.
Выводы. Метод ЛДФ возможно использовать в прогнозе эффективности ЭПА в ранней и долгосрочной перспективе для своевременной коррекции лечебной тактики.

Морфологические изменения в стенке мочевого пузыря в зависимости от сроков медикаментозной терапии у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Нуртдинов А.Р., Цыплаков Д.Э., Ситдыкова М.Э.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава РФ,
кафедра урологии
г. Казань

Введение. В связи с появлением лекарственных препаратов для лечения аденомы предстательной железы(АЭ)многие пациенты отдают предпочтение медикаментозной терапии, которая позволяет уменьшить симптоматику заболевания и откладывает хирургическое вмешательство на неопределенное время.В литературе нет данных,которые позволяют четко обосновать возможность проведения длительной симптоматической терапии на основании морфологических изменений мочевого пузыря.
Цель исследования. Изучить морфологические изменения стенки мочевого пузыря в зависимости от длительности медикаментозной терапии.
Материалы и методы исследования. Изучен гистологический материал стенки мочевого пузыря,150 больных во время аденомэктомии(АЭ) получавших медикаментозную терапию(альфа-1-АБ,блокаторы 5-альфа-редуктазы и их комбинация).Исследование проводилось в трех группах наблюдений:1)пациенты, не принимающие препараты,2) пациенты, принимающие препараты до 5 лет,3) пациенты, принимающие препараты от 6 до 10 лет.
Результаты. В 1 группе-гистологическая структура стенки мочевого пузыря мало отличалась от нормы.Иногда в мышечной оболочке выявлялся умеренный интерстициальный отек.Во 2-й группе отмечена гиперплазия переходного эпителия со значительным утолщением его пласта,мышечная оболочка значительно гипертрофирована,а также встречалась очаговая и диффузная лимфогистиоцитарная инфильтрация.В 3-й группе- переходный эпителий в большинстве наблюдений данной группы гипоплазирован с истончением эпителиальной выстилки,мышечная оболочка подвержена атрофии с выраженными склеротическими процессами.
Выводы. Как показали наши исследования, у пациентов, не принимавших препараты,а сразу подвергшихся АЭ, сохранялась нормальная гистологическая структура стенки мочевого пузыря.У больных, принимавших указанные препараты дли-

тельностью до 5 лет выявлены умеренные изменения морфологии детрузора.При более длительной медикаментозной терапии морфологические исследования выявили значительные склеротические изменения и атрофию мышечного слоя.

Эндовидеохирургическая аденомэктомия, наш выбор в лечении гиперплазии простаты больших размеров

А.В. Петряев, Е.Ю. Трифонов

. Тульская областная клиническая больница,
урологическое отделение
г. Тула

Введение. В настоящее время для лечения гиперплазии простаты больших размеров применяются 2 методики: трансуретральная лазерная энуклеация и эндовидеохирургическая аденомэктомия. Для проведения лазерных методик необходимо дорогостоящее оборудование, имеющееся не в каждом регионе, для эндовидеохирургической аденомэктомии – лапароскопическая стойка, использующаяся сейчас практически в каждом урологическом отделении.

Цель. Оценить возможность применения лапароскопических операций при гиперплазии простаты больших размеров, в условиях областного урологического отделения

Материалы и методы. Лапароскопический подход в урологии, возможен и имеет ряд заметных преимуществ: уменьшение операционной травмы, сокращение сроков госпитализации, улучшение возможностей обзора и пр.

В нашем урологическом отделении с 2013 года проходит внедрение и освоение лапароскопических операций. За 4 года выполнено 380 операций с постепенным совершенствованием и усложнением вмешательств, от иссечения кисты почки, до нефрэктомии, резекции почки и пластических операциях. К 2016г. мы подошли к операциям на предстательной железе, совместно с коллегами из федеральных клиник было выполнено 7 эндовидеохирургических аденомэктомий, 2 из которых выполнено самостоятельно.

Результаты. Ни в одном из случаев не потребовалось конверсии, среднее время операции составило 140±10 мин., интраоперационная кровопотеря не превышала 200мл, послеоперационных осложнений отмечено не было, уретральный катетер удалялся на 6-7 сутки после проведения цистограммы, все пациенты выписаны с восстановленным самостоятельным адекватным мочеиспусканием.

Выводы. Эндовидеохирургическая аденомэктомия сопоставима с современными лазерными эндохирургическими методиками по результатам, длительностью пребывания в стационаре и послеоперационным осложнениям.

Клиническое значение определения инсулиноподобного фактора роста I (IGFI) в сыворотке крови у пациентов с раком и доброкачественной гиперплазией предстательной железы

Повелица Э.А.[1], Доста Н.И.[2]

[1]Государственное учреждение Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека,
г. Гомель, Республика Беларусь
[2]Государственное учреждение образования Белорусская Медицинская Академия Последипломного Образования
г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования – определить влияние уровня содержания IGFI в сыворотке крови до начала проведения специального лечения на клиническое течение и исход заболевания у пациентов с раком предстательной железы РПЖ, доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) и простатической интраэпителиальной неоплазией (ПИН). Материал и методы. В исследование включены сопоставимые по возрасту три группы пациентов с патологией простаты и группа сравнения. Всем пациентам до проведения лечения произведено иммуноферментным методом определение уровня содержания в сыворотке крови IGFI. Через один и два года произведена оценка клинического течения и исход РПЖ, ДГПЖ, ДГПЖ в сочетании с ПИН с учетом уровня содержания в сыворотке крови IGFI до начала проведения специального лечения. Группа пациентов с РПЖ включала 21 человека с впервые установленным злокачественным процессом T3-4Nx-1M0. Группа пациентов с ДГПЖ состояла из 47 человек. Группа пациентов с ДГПЖ в сочетании с ПИН включала 19 человек. У всех пациентов диагноз верифицирован гистологическим методом. Группа контроля состояла из 19 здоровых мужчин (средний уровень общего и свободного простатспецифического антигена (ПСА) составлял 2,6±2,6 и 1,3±1,5 нг/мл соответственно, средний объем простаты 22,9±5,9 см^3). Результаты исследования. Установлено увеличение сывороточного уровня IGFI во всех группах исследования по сравнению с группой контроля. Содержание IGFI в сыворотке крови было статистически значимо выше у пациентов с ДГПЖ в сочетании с ПИН (152,0±51,4 нг/мл) по сравнению с пациентами с РПЖ (119,2±32,2 нг/мл) (p=0,02) и пациентами, у которых был установлен клинический диагноз ДГПЖ без ПИН (111,2±31,6 нг/мл) (p=0,002). По данным регрессионного анализа Кокса у пациентов группы ДГПЖ в сочетании с ПИН IGFI выступал в качестве независимого прогностического фактора, влияющего на время до наступления исхода (установлены показания к оперативному лечению и направлены на операцию, произведена операция по поводу ДГПЖ и прогрессирования заболевания (p=0,01). В группе пациентов с ДГПЖ без ПИН не выявлено влияния уровня IGFI в сыворотке крови на клиническое те-

чение и исход заболевания на протяжении двух лет наблюдения. Установлено, что у пациентов с РПЖ повышенные уровни содержания IGFI в сыворотке крови (>99,2 нг/мл) до начала специального лечения статистически значимо оказывали влияние на время до наступления прогрессирования РПЖ и серологического рецидива ПСА после лечения в течение первого года наблюдения. Медиана времени (M±SD) до наступления прогрессирования РПЖ и рецидива ПСА составляла 219,8±103,1 дней (p log-rank=0,02).
Выводы. Высокие концентрации IGFI (>99,2 нг/мл) в сыворотке крови пациентов ДГПЖ в сочетании с ПИН и РПЖ являются неблагоприятными факторами клинического течения заболевания. Определение уровня IGFI в сыворотке крови у этих пациентов может служить дополнительным объективным критерием, характеризующим клиническое течение РПЖ и ДГПЖ в сочетании с ПИН.

Опыт позадилонной аденомэктомии по Миллину у пациентов доброкачественной гиперплазией простаты.

Поляков Д. П.

ГБУ « Шадринская ЦРБ»
г. Шадринск.

Несмотря на успешное применение малоинвазивных технологий в лечении аденомы предстательной железы больших размеров в большинстве урологических клиник нашей страны открытую аденомэктомию признают методом выбора в лечении данной категории пациентов. Позадилонная аденомэктомия по Миллину находит все больше сторонников при хирургическом лечении аденомы предстательной железы больших размеров.
С июня 2013 года по декабрь 2015 года в урологическом отделении ГБУ «Шадринская ЦРБ» выполнено 23 позадилонных аденомэктомии. Средний возраст пациентов составил 74 года. Большинство пациентов наблюдались по поводу аденомы простаты 6 – 7 лет, принимали альфа- адреноблокаторы в монотерапии. Объемпредстательной железы перед операцией определялся методом трансабдоминального УЗИ, ТРУЗИ и составил от 80 грамм до 300грамм. Все операции выполнены под спинальной анестезией. При операции использовались ранорасширители, что обеспечивает хороший обзор раны. Устанавливался уретральный катетер Фолея, выполнялся нижне – срединный внебрюшинный доступ. Капсулу предстательной железы рассекали между двумя лигатурами. Латеральные участки рассеченной капсулы обрабатывали электрокоагулятором ФОТЕК Е 301. Мобилизацию узлов гиперплазии проводили с использованием биполярных ножниц, иногда использовалась пальцевая диссекция. Процесс выделения и удаления узлов гиперплазии осуществляли с сохранением простатического отдела уретры. После удаления аденоматозных узлов капсулу предстательной железы ушивали непрерывным однорядным швом (ПГА или викрил 2.0). Ретциево пространство дренировалось силиконовой трубкой через контрапертуру. Уретральный катетер удалялся на 6 – 8 сутки после операции и больной переводился на самостоятельной мочеиспускание. Ни в одном случае после операции мы не отмечали кровотечения, потребовавшего гемотрансфузии. Среднее пребывание в стационаре у данной группы пациентов составило 12 дней, послеоперационный койко - день 10. По нашему мнению позадилонная аденомэктомия по Миллину является операцией выбора при лечении больных аденомой предстательной железы 80 и больше грамм.

Анализ и оптимизация медицинской помощи пациентам с острой задержкой мочеиспускания, поступающим в стационары г. Москвы

Д.Ю. Пушкарь, П.И. Раснер, В.А. Малхасян, Ю.А. Куприянов, И.В. Семенякин.

МГМСУ им. А. И. Евдокимова, кафедра урологии
г. Москва

С целью анализа медицинской помощи пациентам с острой задержкой мочеиспускания (ОЗМ) во все урологические стационары города, находящиеся в ведении Департамента Здравоохранения г. Москвы, были разосланы анкеты, в которых содержались вопросы, касающиеся медицинских, технических и организационных аспектов лечения пациентов с ОЗМ.
Методы. Было разослано 1000 анкет, по всем 21 урологическим отделениям г. Москвы.
Результаты. Анализу было доступно 536 анкет. Выявлено, что в 91,6% ОЗМ была вызвана доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), Средний возраст составил 69,5 лет. 144 (26,9%) пациента ранее уже госпитализировались с ОЗМ. Средний объем ПЖ составил 69,5 см^3. В 106 случаях (20,0%) была выявлена двусторонняя пиелокаликэктазия, у 88 (16,4%) пациентов выявлены признаки почечной недостаточности. Среднее значение ПСА составило 6,5 нг/мл. 99 (18,6%) пациентов до госпитализации перенесли биопсию ПЖ и у 24 из них (24,2%) был верифицирован рак ПЖ. Подавляющему большинству пациентов – 461 (86,0%) до госпитализации не проводилось никакого оперативного лечения, 30 (5,6%) больным ранее выполнена трансуретральной резекции ПЖ. Сопутствующие заболевания были выявлены у 74% больных. 244 (45,5%) пациентов ранее наблюдались у уролога, а 364 (67,9%) пациентов не получали никакой медицинской помощи до госпи- тализации. Из 172 пациентов, получавших лечение до госпитали- зации, 159 (92,4%) принимало альфа-блокаторы, 14 (8,1%) – ингибиторы 5а-редуктазы и 27 (15,7%) - гомеопатические или растительные препараты. ОЗМ разрешилась консервативными методами у 306 (57%) пациентов. Наиболее часто назначаемым препаратом ока-

зался тамсулозин (31,9% больных). В стационаре 230 (43%) пациентам были выполнены различные оперативные пособия, 201 (87%) – троакарная цистостомия. Осложнения оперативного лечения зафиксированы у 17 (7,3%) пациентов.
Выводы. Данный анализ выявил недостаточный уровень курации пациентов с ДГПЖ урологами амбулаторно-поликлиниче- ского звена. Большинство пациентов с ОЗМ не получают адекватной терапии на догоспитальном этапе. Необходимо более активное выявление пациентов с ДГПЖ и вовлечение их в процесс динамического наблюдения и лечения, что позволит сократить количество пациентов, у которых развивается ОЗМ.

Оценка состояния и качества жизни пациентов с симптомами нижних мочевых путей на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы после ее трансуретральной резекции

Пушкарь Д.Ю., Берников А.Н., Ходырева Л.А., Дударева А.А.,Аль-Шукри С.Х., Амдий Р.Э., Абоян И.А., Ширанов К.А., Медведев В.Л., Ефремов М.Е.

На сегодняшний день «золотым стандартом» в хирургическом лечении ДГПЖ является трансуретральная резекция предстательной железы.
У большинства пациентов, перенесших ТУРП по поводу ДГПЖ, мочеиспускание восстанавливается до нормального, и мужчины далее не нуждаются в урологической помощи
Но существует категория пациентов, у которых оперативное лечение, прошедшее без осложнений, не приносит ожидаемого облегчения симптоматики со стороны нижних мочевых путей, что, в свою очередь, требует дополнительной терапии
Выполненное исследование проведено по методике анонимного анкетирования пациента на приёме у врача-уролога. На визите пациенту выдавались для заполнения 2 опросника: IPSS и SF-36. Также были заданы вопросы, касающиеся: социально-экономического статуса пациента; анамнеза заболевания ДГПЖ; выполнения оперативного лечения и послеоперационного периода вплоть до дня интервью; наличия или отсутствия симптомов нарушенного мочеиспускания и какой-либо лекарственной терапии на момент интервью или в период после оперативного лечения. При анкетировании пациенты также оценивали степень тяжести симптомов по опроснику IPSS.
В исследование были включены пациенты, перенесшие успешный ТУРП в сроки от 12 месяцев до 3 -х лет по поводу СНМП, обусловленных ДГПЖ.
Всего исследователям было роздано 1100 анкет для интервьюирования пациентов, перенёсших ТУРП по поводу гиперплазии предстательной железы. После сбора всех анкет и их анализа, валидной была признана 921 анкета. На основании этого количества анкет был составлен статистический отчёт.

Микробиологическое исследование при эндохирургических операциях в условиях применения монооксида азота

И.Г. Рагимов, А.В. Есипов

ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневского»
г. Красногорск, Московская область

Проблема снижения осложнений при эндохирургических операциях в урологии актуальна в настоящее время, когда наблюдается широкое внедрение в клиническую практику малоинвазивных технологий.
В урологической клинике Центрального госпиталя имени А.А.Вишневского, а также его филиалах, нами проводилось проспективное исследование с дальнейшим ретроспективным анализом полученных данных. В исследование были включены 95 пациентов, которым выполняли лапароскопические операции на органах мочеполовой системы. В 1 группу (контрольную) включено 56 пациентов, во вторую – 39.
Пациентам 2 группы проводили обработку операционного поля аппаратом «Плазон», при помощи лапароскопического манипулятора. Действие аппарата основывается на обработке поверхностей газовым потоком с температурой до 40°С, содержащим монооксид азота (N0). Манипулятор для лапароскопии вводится в полость через стандартный троакар диаметром 10 мм и работает в составе штатного лапароскопического оборудования.
У пациентов брали посевы тампоном: до, и после обработки аппаратом (в конце операции), а также на следующие сутки после операции (посев отделяемого из дренажа).
Пациентам контрольной группы, обработку монооксидом азота которым не выполняли, производили забор посевов из брюшной полости во время операции и на следующие сутки из дренажа.
Выявлено значительное превышение микробной числа в посевах через сутки у пациентов контрольной группы, обработка которым не проводилась. У большого количества пациентов обеих групп в посевах выявлены микстинфекции. Кроме того, у 21 пациента из 1 группы (37,5%) и 8 - из 2 группы (20,5%), обнаружены несколько возбудителей. По виду возбудителя в группах, при микробиологическом исследовании мочи, среди обнаруженной флоры доминировали ассоциации, а среди моноинфекции превалировала кишечная палочка и энтеробактерии.
Таким образом, нами выявлен положительный эффект в виде снижения бактериальной обсемененности операционного поля на фоне NO-терапии в лапароскопической урологии.

Данные эпидемиологического исследования «Особенности симптомов нижних мочевых путей у мужчин в РФ». Предварительные результаты

П.И. Раснер, И.М. Рохликов, А.В. Садченко, Т.К. Исаев, Д.Ю. Пушкарь

Московский Государственный Медико-Стоматологический университет им А.И. Евдокимова, кафедра урологии
г. Москва

Введение. Расстройства мочеиспускания у мужчин (СНМП) у мужчин – крайне актуальная проблема современной урологии, имеющая большое значение и распространенность. Лечению пациентов с СНМП последние годы уделяется много внимания. Несмотря на обилие различных данных по эффективности тех или иных лечебных методик, изучению эпидемиологии СНМП в мире посвящено всего 4 масштабных исследования. В настоящий момент мы не располагаем данными о реальной распространенности СНМП у мужчин в РФ.

Материалы и методы. С марта по июль 2017 года в 2017 в г. Москве стартовала первая фаза Российского мультицентрового исследования распространенности СНМП среди мужчин РФ. Пациенты в возрасте 18-80 лет, обращающиеся за медицинской помощью в амбулаторные и стационарные медицинские учреждения с жалобами на расстройства мочеиспускания, проходят анонимное анкетирование. Опросники затрагивают как показатели общего состояния здоровья, так и специфические инструменты и шкалы – МИЭФ, IPSS, вопросники AMS и ICS-male questionnaire short form, данные УЗИ и лабораторные показатели. Публикуемые данные описывают результаты статистической обработки опроса первых 88 респондентов. Средний возраст включенных в исследование пациентов составил 65,5±8 года. ИМТ – 27,2±3,2. Средние показатели объема предстательной железы – 59,5±18 см^3, ПСА 3,8±1,6 нг/мл, суммарный балл IPSS – 12.9±6,1, QoL 3,0±1,3, балл МИЭФ домена эректильной функции – 13,3±7,4, балл AMS 38,1±10,4.

Результаты. Наиболее популярными препаратами для лечения СНМП у мужчин в РФ являются альфаадреноблокаторы. Их получает 63,6% респондентов. Средняя продолжительность курса лечения этими препаратами составила 3,3 г. (максимально – 12 лет). Удовлетворены результатами лечения – 91% пациентов. Ингибиторы 5АРИ принимают 13,6% опрошенных, при этом все они были удовлетворены эффектом лечения. М-холинолитики не принимает никто из 88 респондентов. Ингибиторы ФДЭ5 – всего 4 пациента (4,5%). Лишь 6 пациентов (6,8%) получают комбинированную медикаментозную терапию, причем в 5 случаях из 6 это сочетание альфа-АБ и 5АРИ.

Уровень ПСА был известен у 83 из 88 респондентов, при этом средний возраст первого определения уровня общего ПСА составил 57,8 года. Об отсутствии у них сексуальной активности заявили 42 из 88 пациентов (47,7%). При этом средний возраст прекращения половой жизни составил 62,2±9,2 г. 36 пациентов (40,9%) регулярно употребляют алкоголь (в среднем 189 мл крепкого алкоголя и 718 мл не крепкого). 25 респондентов (28,4%) сообщили, что регулярно испытывают немотивированную усталость. Среди сексуально активных мужчин частота сексуальной активности составила 2,2 эпизода в неделю.

Вывод. Данные по эпидемиологии СНМП среди мужчин в РФ представляют большой научно-практический интерес и демонстрируют существенные отличия от международных. Общий процент пациентов, получающих лечение, выше чем в большинстве международных исследований. При этом объем простаты больше, уровень ПСА и IPSS выше, чем в США и Европе. Обращает на себя внимание низкий уровень сексуальной активности и раннее прекращение половой жизни. Следует отметить, что публикуемые данные являются предварительными и будут уточнены после получения большего количества опросных листов.

Опыт позадилонной аденомэктомии при лечении ДГПЖ крупных размеров.

Сайидов Т.Н, [2] Новоселов В.Г[2]., Зырянов А.В[1]., Попов И.Б[2]., Бузолин Д.В[2]., Кривощапов В.В. [2], Павлова И.В. [2]

ГБОУ ВПО ТГМУ [1], АО МСЧ «Нефтяник», Областной урологический центр, отделение урологии № 2
г. Тюмень

Введение: ДГПЖ является часто встречаемым заболеванием у мужчин старше 55 лет и составляет более 45% нашего урологического отделения. Позадилонная аденомэктомия, в настоящее время, является методикой выбора в лечении ДГПЖ больших размеров. Материал и методы: В урологическом отделении №2 МСЧ"НЕФТЯНИК" за период 2015-2016 выполнена 31 позадилонная аденомэктомия. Размеры аденомы варьировали от 100 см до 160 см (средний объем железы составил 130 см). Минимальное время операции составило 40 мин, максимальное 1ч 45 мин.(среднее время 1ч 10 мин.). Операция осуществлялась по традиционной методике: выделяется передняя поверхность простаты, после наложения гемостатических швов на капсулу аденомы - последняя рассекается в поперечном направлении на протяжении 3-4см. Интенсивность кровотечения зависела от количества наложенных гемостатических швов, кровопотеря составляла от 50 до 450мл (средняя кровопотеря 130 мл). Биполярными ножницами или мануально выделялись доли аденомы, при технической возможности выполнялась тригонизация шейки мочевого пузыря, после чего капсула ушивалась непрерывно. Мочевой пузырь дренировался катетером Фоли №20-22. Уретральный катетер удалялся на 5-6 сутки, после чего пациент выписывался на амбулаторное лечение. У

всех пациентов восстановилось самостоятельное адекватное мочеиспускание. Средний койко-день составил 7.8.
Выводы: позадилонная аденомэктомия является безопасной и высокоэффективной методикой в лечении ДГПЖ, представляя собой альтернативу «традиционной» чрезпузырной аденомэктомии. При этом отмечены следующие преимущества: сохранятся шейка мочевого пузыря, меньшая травматичность, менее выраженная гематурия, и дизурия, более короткие сроки ирригации мочевого пузыря и сроки госпитализации. Хорошие функциональные результаты в отдаленном послеоперационном периоде.

Лечения дгпж у пациентов с повышеным риском кровотечения.

Семёнычев Д.В., д.м.н., проф. Севрюков Ф.А., Сорокин Д.А., Карпухин И.В., Пучкин А.Б., к.м.н. Кочкин А.Д., Кнутов А.В., Крупин А.В.

Дорожная клиническая больница на ст. Нижний Новгород ОАО «РЖД».
г. Нижний Новгород

Введение. Пациенты с ДГПЖ и высоким риском кровотечения (прием антикоагулянтов, коагулопатии, длительное дренирование мочевого пузыря) считаются наиболее сложными. Биполярная вапорезекция метод позволяющий снизить количество осложнений у таких пациентов. Материалы и методы. Применяемый электрод для вапорезекции в силу конструктивных изменений кроме резекции дает прекрасный вапоризирующий эффект. Основным критерием оценки была интраоперационная кровопотеря. В нашей клинике выполнено 152 биполярных вапорезекций простаты таким пациентам. 42 пациента были с цистостомическими дренажами, 40 пациентов имели кардиостимулятор, у 70 были установлены коронарные стенты. IPSS и QOL составили в среднем 21,6±0,7 и 4,8±0,1 соответственно. Среднее значение Qmax 8,1±0,4. Объем простаты до операции в среднем составил 62,1±2,5, а объем остаточной мочи 70,1±7,1.
Результаты. Время операции в среднем составило 44,5±4,2, средний расход используемого во время операции физиологического раствора был 14,5±0,8. Уровень интраоперационной кровопотери был минимальным от 15 мл до 75 мл, среднее значение составило 40,9±2,1мл. Снижение уровня гемоглобина в первые послеоперационные сутки составило в среднем 1,1±0,2 г/л. Уретральный катетер удалялся в наиболее ранние сроки, либо в первые, либо на вторые сутки послеоперационного периода, что в среднем составило 2,3±0,1 дней. Кровотечение во вторые послеоперационные сутки было у одного пациента, которое было купировано консервативно, натяжением уретрального катетера и усилением гемостатической терапии. Средний послеоперационный койкодень составил 3,9±1,2 дня. Наблюдение за пациентами проводилось в течение года, с контрольными осмотрами через один, три, шесть и двенадцать месяцев. IPSS и QOL достигли минимального значения к 12 месяцам. Основной показатель урофлоуметрии Qmax вырос до 18,4±0,3 мл/сек через 1 месяц наблюдений и достиг максимума к 3 месяцу- 20,1±0,3мл/сек. В дальнейшем оставаясь практически без изменений.

Эффективность медикаментозной терапии и хирургического лечения аденомы предстательной железы

Ситдыкова М.Э., Зубков А.Ю., Шайдуллин Р.М.

Казанский ГМУ
г. Казань

Введение. Эффективность медикаментозной терапии (МТ) в устранении симптомов нижних мочевых путей, обусловленных аденомой предстательной железы (АПЖ) составляет 30-40%. В то же время, неудачи МТ АПЖ могут достигать 29-39%. Длительная МТ АПЖ на фоне инфравезикальной обструкции ведет к необратимым изменениям детрузора и утрате его функции. В этой связи, вопрос оперативного лечения АПЖ является актуальным. Несмотря на появление новых эндоурологических вариантов хирургии АПЖ, открытая аденомэктомия (АЭ) и трансуретральная резекция (ТУР) являются наиболее распространенными методами оперативного лечения данного заболевания.
Цель работы. Оценка эффективности МТ и хирургического лечения АПЖ.
Материалы и методы. Нами проанализированы результаты МТ и хирургического лечения 352 больных АПЖ в урологической клинике КМУ. В 1-ой группе (n=60) назначалась МТ сроком от 3-х до 12-ти мес., во 2-ой группе (n=40) методом лечения была ТУР, а в 3-ей группе (n=252) - чреспузырная АЭ. Больные 1-ой группы были разделены на 2 подгруппы. В 1-ой подгруппе (n=30) назначалась монотерапия a1-адреноблокаторами (АБ) на 3 мес., а во 2-ой (n=30) - комбинированная МТ АБ с ингибитором 5a-редуктазы (5АРИ) на 12 мес. Критериями сравнения были средняя (Qav) и максимальная (Qmax) скорости потока, а также симптоматика по шкале I-PSS и индекс качества жизни (QoL).
Результаты. Монотерапия АБ привела к увеличению Qmax на 24,4%, Qav на - 25% и уменьшению значения I-PSS - на 30%, а QoL - на 22,2%. МТ АБ+5А-РИ на сроке 3 мес. выявила увеличение Qmax на 27,8%, Qav - на 28,5%, снижение балла I-PSS на 32%, а индекса QoL – на 30%. Значения показателей сравнения на сроках 3 и 12 мес. достоверно не отличались. В группе ТУР Qmax увеличилась 117,7%, Qav - на 185%, значение I-PSS снизилось на 74,3%, QoL - на 47,7%. В группе АЭ прирост Qmax составил 228,2%, Qav - 308,3%, снижение балла I-PSS - на 94,4%, индекса QoL – на 72,9%.
Выводы. Эффективность комбинированной и моно- МТ АПЖ составляет 22,2-32% и на сроках 3 и

12 мес. достоверно не отличается. Определение целесообразности дальнейшей МТ возможно на сроке 3 мес. АЭ является радикальным и эффективным методом лечения АПЖ.

Показания к выбору метода оперативного лечения аденомы предстательной железы

Ситдыкова М.Э., Зубков А.Ю.,Шайдуллин Р.М. Зубков Э.А.

ФБГОУ ВО «Казанский ГМУ», кафедра урологии г. Казань

Введение. Аденома предстательной железы (АПЖ) на сегодняшний день является наиболее часто возникающей доброкачественной опухолью у мужчин. Частота осложнений при данной патологии высока.ХПН наблюдается у 28,7% пациентов,-макрогематурия в 15-18% случаев, острая задержка мочи у 10-50% больных.
Цель исследования. Улучшение результатов оперативного лечения больных АПЖ.
Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 72 больных АПЖ в возрастной категории от 53 до 79 лет в урологической клинике КГМУ.44 больным была проведена чреспузырна аденомэктомия с глухим швом мочевого пузыря, 28 пациентам с объемом предстательной железы до 60 мл-трансуретральная резекция (ТУР) АПЖ.Показаниями к операции служили следующие условия: Qcp.<10мл/сек, суммарный балл IPSS>19, наличие остаточной мочи>50 мл. Объем предстательной железы был от 29 до 150 мл.Все вмешательства производились под регионарной анестезией. Самостятельное мочеиспускание в обеих группах восстанавливалось на 2-3 сутки. Эффективность оперативного лечения оценивалась через 3 месяца.
Результаты. Результатом лечения явилось отсутствие остаточной мочи, увеличение показателя Qmax в группе пациентов после аденомэктомии:Qmax 24±1,3 мл/сек, Qcp. 11,6±1,1 мл/сек, в группе после ТУР Qmax -17,2±0,8 мл/сек.,Qcp.-11,4±1,2 мл/сек. Уменьшение индекса IPSS в группе после аденомэктомии до 2,3 баллов(ср.), в группе после ТУР до 9,7 баллов(ср.). Анализируя результаты IPSS, установлено, что в группе после ТУР у пациентов превалировала ирритативная симптоматика. После назначения a1-адреноблокаторов 23 (82%) пациента этой группы через 1 месяц отметили улучшение.
Выводы. Таким образом чреспузырная аденомэктомия с глухим швом мочевого пузыря является радикальным и эффективным методом хирургического лечения аденомы предстательной железы. ТУР является эффективным методом при объеме предстательной железы менее 60 мл и требует дополнительной медикаментозной коррекции ирритативных симптомов в послеоперационном периоде.

Лечение симптомов нарушенного мочеиспускания в связи с аденомой простаты – взгляд пациента

Цуканов А.Ю., Рудченко Н.В., Хлебов А.О., Шкабарня С.Б. Щеткин А.И.

ФГБОУВО Омский государственный медицинский университет. Кафедра хирургических болезней и урологии ДПО БУЗОО Госпиталь ветеранов войн; БУЗОО «КМХЦ МЗОО»

Введение. Проблема лечения пациентов с аденомой простаты (АП) неизменно актуальна. Несмотря на наличие клинических рекомендаций представляет интерес отношение пациентов к выбору лечения.
Цель исследования: оценить приверженность пациентов к оперативному лечению по поводу АП
Материалы и методы: в исследовании участвовали 63 мужчины. Обследование включило заполнение опросника IPSS и индекса качества жизни (QoL), исследование общего ПСА крови, объема простаты и остаточной мочи. В опрос были включены вопросы, касающиеся осложнений АП, наблюдения у уролога и специфического лечения. Пациенты разделены на 2 группы. Группа1 – 31 не оперированный пациент, Группа2 - 32 пациента, после выполнения ТУРП.
Результаты. Все пациенты Группы1 наблюдались у уролога и на постоянной основе получали терапию: адреноблокаторы 80,6%, комбинированая терапия 19,4%, фитотерапия 29,0%. Несмотря на это балл IPSS составил 13,3±3,8, но QoL 2,9±1,1. Объем железы – 56,5±6,8 мл. Эпизодов ОЗМ не было. В Группе2 68,8% пациентов не наблюдались у уролога и не лечились, Остальные принимали фитотерапию и адреноблокаторы короткими курсами по совету знакомых/фармацевта. Объем железы не отличался от Группы1 62,4±7,8 мл ($p<0,05$). Поводом обращению к урологу явилась ОЗМ. Пациенты группы1 находились в относительно замкнутом круге общения.
Заключение. Общепринятые медицинские критерии не является для пациентов значимым фактом для выбора оперативного лечения. Приверженными к оперативному лечению являются пациенты с эпизодом ОЗМ. Наличие сходных проблем у сверстников, воздерживающихся от операции, создает мнимые положительно отношение к болезни.

Результаты ТУР предстательной железы.

С.В. Шкодкин [1,2], Ю.Б. Идашкин [1], А.В. Полищук [2], С.В. Чирков [2], А.А. Невский [2]

[1] ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
[2] «НИУ БелГУ»
г. Белгород

Остается категория пациентов с прогрессией синдрома инфравезикальной обструкции на

фоне консервативного лечения, что требует хирургического подхода.

Материал и методы. Нами проведен анализ эффективности ТУР аденомы простаты в отдаленном периоде у 52 пациентов. Показанием к операции у которых выступила неэффективность консервативной терапии. Средний возраст пациентов составил 58,5±6,4 года. Объем простаты до операции находился в пределах 42,7±13,5 см3, объем остаточной мочи – 27,1±17,6 мл. Пациентам в сроки более года после ТУР выполнены УЗИ нижних мочевых путей и урофлоуметрия.

Результаты и обсуждение. Уровень ПСА до операции определен у 41 (78,8%) пациентов и составил 3,8±2,1 нг/мл. Объем резецированной ткани, согласно протоколов операций, достигал 30,4±10,9 см3. Морфологически у всех пациентов определялась аденома простаты, 34 (65,4%) гистологических заключений указывали на наличие воспалительной инфильтрации. ПИН низкой степени выявлена у 24 (46,2%), ПИН высокой степени – у 13 (25%) пациентов.

Данные ультразвукового исследования указывают на достоверное снижение объема простаты 19,4±7,7 $см^3$ относительно исходных данных ($p<0,05$), тогда как объем остаточной мочи статистически не значимо возрос и составил 47,5±28,3 мл ($p>0,05$).

Урофлоуметрическое обследование пациентов не выявило обструктивного мочеиспускания у 44 (84,6%) пациентов. В этой группе средняя скорость микции составила 17,4±3,1 мл/с. Обструктивный тип мочеиспускания зарегистрирован у 8 (15,4%) пациентов. Причем только половина больных из этой группы негативно расценивали результаты ТУР, трое высказались лишь о частичном сохранении симптоматики, а один был полностью удовлетворен лечением.

Нами не отмечено корреляций между воспалительными изменениями и простатической интраэпителиальной неоплазией и частотой возвратных СНМП.

Таким образом, радикальный ТУР аденомы простаты не всегда является залогом адекватной микции.

Стриктуры уретры после ТУР простаты

С.В. Шкодкин [1,2], Ю.Б. Идашкин [1], А.А. Невский [2], Елисеев В.И. [2]

[1] ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» г. Белгород
[2] «НИУ БелГУ» г. Белгород

ТУР сохраняет лидерство в хирургическом лечении аденомы предстательной железы. Однако, процент неудач остается достаточно большим и частота персистенции СНМП после ТУР может составлять более 30%.

Материал и методы. Нами проведен анализ эффективности ТУР аденомы простаты в отдаленном периоде у 52 пациентов. Показанием к операции у которых выступила неэффективность консервативной терапии. Средний возраст пациентов составил 58,5±6,4 года. Объем простаты до операции находился в пределах 42,7±13,5 см3, объем остаточной мочи – 27,1±17,6 мл. Выраженность СНМП оценена по результатам анкетирования по шкале IPSS, результатов УЗИ нижних мочевых путей и урофлоуметрии. В случае наличия признаков инфравезикальной обструкции пациентам выполняли уретрографию.

Результаты и обсуждение. Объем резецированной ткани, согласно протоколов операций, достигал 30,4±10,9 см3. Морфологически у всех пациентов определялась аденома простаты. УЗИ указывает на достоверное снижение объема простаты после ТУР (19,4±7,7 см3, $p<0,05$), тогда как объем остаточной мочи хоть и статистически не значимо, но возрос и составил 47,5±28,3 мл ($p>0,05$).

Урофлоуметрическое обследование пациентов выявило обструктивный тип мочеиспускания у 8 (15,4%) пациентов, при этом у всех по данным уретрографии диагностированы стриктуры бульбозной уретры. Причем только половина больных из этой группы негативно расценивали результаты ТУР, трое высказались лишь о частичном сохранении симптоматики, а один был полностью удовлетворен лечением.

Таким образом, молодые пациенты с небольшим объемом остаточной мочи являются достаточно сложной группой в плане проведения хирургического лечения аденомы простаты. ТУР в данном случае может не только не избавить от СНМП, но и стать причиной развития стриктуры уретры.

Наш опыт позадидонной аденомэктомии

Шкодкин С.В.[1,2], Золотухин Д.А.[3], Идашкин Ю.Б.[1], Фиронов С.А.[4], Невский А.А.[1,2], Ивлев С.Б.[5]

[1] Россия, Белгород, ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
[2] Россия, Белгород, НИУ БелГУ
[3] Россия, Ростов-на-Дону, ФГКУ «1602 ВКГ» Минобороны РФ
[4] Россия, Ростов-на-Дону, МБУЗ ГБСМП

Совершенствованию хирургической техники на этапах позадилонной аденомэктомии многие авторы уделяют большое внимание и предлагают разные модификации профилактики геморрагических осложнений. Проанализированные нами работы указывают на различия взглядов на анатомию Сартолиниевого сплетения и предлагаемые способы хирургического гемостаза. Обозначена необходимость дальнейшего изучения хирургической анатомии сосудистой архитектоники предстательной железы, как важного фактора снижения периоперационных осложнений и летальности.

Материал и методы. С 2005 по 2016 г. нами выполнена позадилонная аденомэктомия 35 пациентам в возрасте от 65 до 82 лет, используя раз-

работанную нами методику гемостатического шва, включающая прошивание простатических артерий, ретригонизацию шейки мочевого пузыря и ушивание разреза капсулы, отличающаяся тем. В контрольную, сопоставимую по возрасту и объему предстательной железы группу включено 30 пациентов, которым была выполнена чреспузырная аденомэктомия.

Результаты и обсуждение. Оценивая результаты лечения данных пациентов можно заключить, что визуальный контроль во время прошивания простатических сосудов и тригонизации шейки мочевого пузыря показал, что удалось сократить объем кровопотери до 254±73 мл против 482±153 в контроле. Пациенты активизировались со вторых суток, а самостоятельное мочеиспускание восстанавливалось к 3-5 суткам послеоперационного периода. Способ позволяет сократить пребывание больных с данной патологией с 22,3±5,4 до 9,4±1,5 суток.

Выводы. Используемый нами метод гемостатического шва значительно снизил объем кровопотери и обеспечил адекватный герметизм шва капсулы простаты при выполнении позадилонной аденомэктомии.

Симптомы нижних мочевых путей после ТУР простаты

Шкодкин С.В.[1,2], Идашкин Ю.Б.[1], Полищук А.В.[2], Чирков С.В.[2], Ивлев С.Б.[2], Невский А.А.[2]

[1)] Россия, Белгород,
ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
[2)] Россия, Белгород, «НИУ БелГУ»

ТУР простаты длительное время признается «золотым стандартом» в лечении аденомы предстательной железы.

Материал и методы. Нами проведен анализ эффективности ТУР аденомы простаты в отдаленном периоде у 52 пациентов. Показанием к операции у которых выступила неэффективность консервативной терапии. Средний возраст пациентов составил 58,5±6,4 года. Объем простаты до операции находился в пределах 42,7±13,5 см^3, объем остаточной мочи – 27,1±17,6 мл. Выраженность СНМП оценена по результатам анкетирования по шкале IPSS.

Результаты и обсуждение. Анкетирование по шкале IPSS показало, что средний балл, спустя более года после ТУР, составил 14,2±8,5. Только 15 (28,8%) пациентов предъявляли жалобы на легкую симптоматику со стороны нижних мочевых путей, у 28 (53,8%) регистрировали умеренную, а у 9 (17,3%) пациентов тяжелую симптоматику по IPSS.

Вместо вопроса в отношении качества жизни мы попросили наших респондентов дать ответ на следующий вопрос: «Как Вы оцениваете эффект хирургического лечения?». И предложили следующие варианты ответов: «я удовлетворен», «у меня частично сохраняются симптомы болезни», «мне стало хуже после операции». Несмотря на сохраняющуюся симптоматику со стороны нижних мочевых путей более половины, а именно, 29 (55,8%) пациентов, были удовлетворены эффектом после ТУР простаты. Еще 11 (21,2%) высказались о том, что симптоматика, имевшая место до операции, регрессировала. Нужно отметить, что 12 (23,1%) пациентов негативно отнеслись к результату выполненной им операции.

Таким образом, ТУР не избавила наших пациентов от СНМП, а умеренная и тяжелая симптоматика выявлена у 71,1% респондентов опросника IPSS. Несколько лучшие показатели демонстрирует субъективная оценка результатов операции, но процент частичной и полной неудовлетворенности результатами все же составляет 44,3%

Медикаментозная терапия до и после ТУР простаты

Шкодкин С.В.[1,2], Идашкин Ю.Б.[1], Невский А.А.[2], Елисеев В.И.[2]

Россия, Белгород, ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
Россия, Белгород, «НИУ БелГУ»

У большинства больных с СНМП консервативная терапия обеспечивает хорошее качество жизни. У части пациентов прогрессирует симптоматика, что требует оперативного лечения, которое не всегда обеспечивает желаемый эффект.

Материал и методы. Нами проведен анализ необходимости медикаментозной терапии после ТУР аденомы простаты в отдаленном периоде у 52 пациентов. Показанием к операции у которых выступила неэффективность консервативной терапии. Средний возраст пациентов составил 58,5±6,4 года. Объем простаты до операции находился в пределах 42,7±13,5 см^3, объем остаточной мочи – 27,1±17,6 мл.

Результаты и обсуждение. Перед операцией 47 (90,4%) пациентов получали медикаментозное лечение, при этом 45 (86,5%) в виде монотерапии и только двоим (3,8%) была назначена комбинированная терапия, включавшая альфа-1-адреноблокатор и ингибитор 5-альфаредуктазы. Среди препаратов, рекомендованных в монотерапии безоговорочными лидерами стали альфа-1-адреноблокаторы, которые были назначены 38 (73,1%) пациентов, трое (5,8%) пациентов получали ингибитор 5-альфаредуктазы и шестеро (11,5%) использовали препараты растительного происхождения. Продолжительность использования ингибиторов 5-альфаредуктазы составила 3,6±2,4 месяца.

Частичная или полная неудовлетворенность результатами ТУР требовала назначения фармакологических препаратов для купирования СНМП как в монотерапии, так и в комбинации у 42,3% пациентов. При этом 15 (28,8%) продолжали получать альфа-1-адреноблокаторы и 5 (9,6%) пациентам назначена комбинация последних с селективными M_1-холинолитиками, а двоим (3,8%) был назна-

чен бета-3-адреномиметик. Хотелось бы обратить внимание на достаточно молодой возраст пациентов с одной стороны и достаточно небольшой объем простаты с другой. Кроме того, обращает на себя внимание непродолжительность лекарственной терапии и приверженность одно векторного воздействия на СНМП, а именно на альфа-1-адренорецепторы.
Таким образом, проведенная ТУР не исключает необходимость фармакологической коррекции СНМП.

Метаболический синдром как фактор развития симптомов нижних мочевых путей (СНМП)

Шкодкин С.В.[1,2], Полищук А.В.[2,3], Чирков С.В.[2], Шушпанова К.Д.[2]

[1] Россия, г. Белгород ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
[2] Россия, г. Белгород НИУ БелГУ
[3] Россия, г. Белгород ОГБУЗ «Городская больница № 2»

СНМП являются полиэтиологичным синдромом, который провоцируется влиянием не только местных факторов, но и системными нарушениями.
Материал и методы. В исследовании приняли участие 29 мужчин от 40 до 50 лет. Пациенты были разделены на 2 группы. В основную (n=16) включены пациенты с достоверными антропометрическими и лабораторными признаками МС (p<0,05). В контрольную вошли пациенты без МС (n=13). Критерии исключения: инфекция мочевых путей и нейрогенные расстройства мочеиспускания. Выраженность СНМП оценивали на основании IPSS, урофлоуметрии, УЗИ мочевого пузыря и простаты.
Результаты. Суммарный балл по опроснику IPSS в основной группе был достоверно больше по сравнению с контролем и составил 24,6±2,7 против 16,9±2,6 (p<0,05). Подобная картина была связана с ростом ирритативных симптомов, что достоверно снизило качество жизни в основной группе наблюдения. При этом в группах исследования отсутствовали различия по объему простаты (28,4±1,2см^3 в основной группе против 24,1±0,9см^3 в контрольной, p>0,05) и пациенты практически не имели остаточной мочи (основная группа 15,7±2,1мл; контрольная группа 7,2±1,8мл, p>0,05). При интерпретации урофлоурограмм выявили следующее: показатели максимального потока достоверно не различались, но средняя скорость мочеиспускания была ниже у пациентов с МС, что связано с увеличением времени мочеиспускания. Средний поток в основной группе был достоверно ниже 12,1±1,4 мл/с, чем в контрольной 18,2±2,5 мл/с (p<0,05). При этом длительность мочеиспускания в группе с МС составляла 32,1±1,2 секунды, в контрольной – 21,8±1,8, соответственно (p<0,05).
Выводы. МС увеличивает частоту развития СНМП у мужчин.

Раздел VIII:

НЕЙРОУРОЛОГИЯ

Сравнительный анализ результатов тренировки мышц тазового дна с использованием разных методик

В.Э. Абоян, Т.С. Бойко, Р.Г. Цатурян, О.В. Зиньковская, С.В. Павлов

МБУЗ Клинико–диагностический центр «Здоровье» г. Ростов–на–Дону

Введение и цель. Стрессовое недержание мочи (СНМ) является самой частой формой недержания мочи у женщин. Консервативная терапия, согласно рекомендациям ICS, должна быть лечением первой линии и заключается в тренировке мышц тазового дна (ТМТД). Согласно многим исследованиям, эффективность ТМТД выше при использовании биологической обратной связи (БОС). Мы провели сравнительный анализ результатов БОС-терапии с использованием только вагинального датчика давления (ВДД), ВДД плюс электромиография (ЭМГ) тазового дна и ВДД плюс ЭМГ мышц передней брюшной стенки (ПБС).
Материалы и методы. В исследовании участвовали 42 женщины с СНМ, которые были разделены на 3 группы: гр.1 – БОС с ВДД, гр.2 – БОС с ВДД+ЭМГ ТД, гр.3 – БОС с ВДД+ЭМГ ПБС. Средний возраст составил 56±5,3 года (45-65 лет). Во всех группах выполнялось 10 сеансов БОС 2 раза в неделю с самостоятельным выполнением ТМТД ежедневно. Оценка результатов производилась спустя 30 дней ежедневных упражнений с помощью заполнения опросника ICIQ-SF и измерения силы мышц ТД с помощью вагинального датчика давления.
Результаты. Значимое улучшение удержания мочи наблюдалось во всех группах, однако в группе 1 снижение симптоматики по ICIQ-SF достигло 9 баллов, в то время как в группе 2 – 6 баллов, в группе 3 - 7 ($p<0,05$). Результат по силе и длительности сокращений оказался несколько выше в группе 2, однако разница не была достоверной ($p>0,1$).
Выводы. Результаты выполненного исследования показывают лучшие результаты удержания мочи в группах с использованием ЭМГ на ряду с ВДД, хотя сила сокращений в группах не имела статистически достоверной разницы. По нашему мнению, это связано с лучшей координацией сокращений мышц ТД и ПБС у пациенток групп 2 и 3.

Гидродистензия мочевого пузыря в лечении интерстициального цистита/синдрома болезненного мочевого пузыря у женщин

С.Х. Аль-Шукри, И.В. Кузьмин, М.Н. Слесаревская, Ю.А. Игнашов

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ
г. Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить эффективность гидродистензии мочевого пузыря (ГДМП) у больных с интерстициальным циститом/синдромом болезненного мочевого пузыря (ИЦ/СБМП) в зависимости от длительности процедуры.
Материалы и методы. Под наблюдением находились 64 женщины с ИЦ/СБМП (средний возраст 53,1 ± 6,2 года). Всем больным под внутривенной анестезией выполняли ГДМП. В зависимости от длительности данной процедуры пациенты были разделены на 4 группы. Длительность ГДМП у 16 больных 1-й составила 1 минуту, у 17 больных 2-й группы — 2 минуты, у 15 больных 3-й группы — 4 минуты и у 16 больных 4-й группы — 6 минут.
Результаты. Через 1 месяц после ГДМП у 29 (45,3 %) больных произошло снижение выраженности симптоматики заболевания по сравнению с исходными данными. При этом выявлена неравномерность динамики клинических показателей в зависимости от лечебной группы. В 1-й группе положительный эффект отметили 4 (25 %), во 2-й группе — 9 (52,9 %), в 3-й группе — 8 (53,3 %), в 4-й группе — 8 (50,0 %) больных. Таким образом, у больных 2-й, 3-й, 4-й групп клинические результаты существенно не различались, в то время как у пациентов 1-й группы эффективность лечения оказалась ниже ($p<0,05$).
Выводы. Результаты проведенного исследования подтвердили, что ГДМП является методом выбора при лечении больных ИЦ/СБМП. Клиническая эффективность ГДМП при длительности процедуры 2, 4 и 6 минут сопоставима, в то время как при длительности процедуры 1 минута - существенно ниже. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что длительность ГДМП 2 минуты является оптимальной с точки зрения клинической эффективности. Большая длительность процедуры представляется избыточной.

Применение ботулинического токсина типа А в лечении женщин с интерстициальным циститом/ синдромом болезненного мочевого пузыря

С.Х. Аль-Шукри, И.В. Кузьмин, М.Н. Слесаревская, Р.Э. Амдий, Н.О. Шабудина, Ю.А.Игнашов

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ
г. Санкт-Петербург

Целью исследования явилась оценка эффективности и переносимости внутрипузырных инъекций ботулинического токсина А у больных с интерстициальным циститом/синдромом болезненного мочевого пузыря (ИЦ/СБМП).
Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 58 женщин в возрасте 47,4±3,6 года, у которых был диагностирован ИЦ/СБМП. Продолжительность болезни составляла 4,2±2,3 года. Критериями включения в настоящее исследование было отсутствие признаков мочевой инфекции и неэффективность стандартной терапии ИЦ/СБМП. Всем 58 пациентам под местной анестезией были выполнены инъекции ботулини-

ческого токсина типа А ((Ботокс) в 20 точек подслизистого слоя стенки мочевого пузыря. Суммарная доза препарата составляла 100 Ед. Оценку эффективности лечения через 1, 3 и 12 месяцев после процедуры.

Результаты. Через 1 месяц после выполнения внутрипузырных инъекций ботулотоксина 50 (86,2%) из 58 женщин отметили положительный эффект, выражающийся в уменьшении выраженности болевого синдрома и снижении интенсивности ирритативных симптомов. В среднем в эти сроки частота мочеиспусканий снизилась в 2,8 раза по сравнению с исходными показателями, а интенсивность болевого синдрома уменьшилась в 2,3 раза. Сохранение положительного эффекта через 3 месяца после лечения отметили 46 (79,3%) больных, а через 12 месяцев после лечения – 24 (41,3%) пациента. Ни в одном случае мы не отметили существенного ухудшения эвакуаторной функции мочевого пузыря.

Заключение. Внутрипузырные инъекции ботулотоксина являются эффективным и хорошо переносимым методом лечения ИЦ/СБМП, рефрактерного к стандартной терапии.

Мембранные механизмы рефрактерности к медикаментозной терапии у пациентов с дисфункцией нижних мочевых путей

В.Б. Бердичевский, Б.А. Бердичевский, Н.И. Казеко

Клиника урологии ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ»
г. Тюмень

По данным ЕАУ от 15 до 20% рефрактерность к медикаментозной терапии у пациентов с дисфункций нижних мочевых путей, связана с неправильной постановкой диагноза, либо отсутствием индивидуальной чувствительности конкретного пациента к химической формуле назначаемого препарата. Ряд исследователей считает, что основная причина неэффективности общепринятой стандартной терапии обусловлена длительностью заболевания более 2 лет и переходу функциональных нарушений на уровне детрузора в органические. В клинике урологии в период с 2005 по 2016 год обследовано 511 пациентов с различными проявлениями дисфункции нижних мочевых путей не связанными с наличием органического обструктивного компонента. После углубленного урологического обследования и проведения комплексных уродинамических исследований установлено, что в 45% наблюдений, нарушение мочеиспускания носило идиопатический и в 55% нейрогенный характер. Эффективность стандартной медикаментозной терапии составила в группе ИГАМП- 84%, а при ННМ -72%. Изучение структурно-функционального состояния мембран на примере эритроцитов этих пациентов, показало, что во всех случаях имело место нарушение микровязкости мембран с падением активости мембранорецепции. Сравнительный анализ этих процессов на уровне мембран пациентов с ИГАМП и ННМ, выявил достоверно более выраженные изменения при нейрогенном нарушении мочеиспускания. Одновременно в обеих группах пациентов с рефрактерностью к проводимой стандартной медикаментозной терапии, эти показатели статистически значимо отличались и превышали уровень больных, адекватно отреагировавших на проводимое лечение. Таким образом, проведенное исследование позволило заключить, что одним из механизмов неэффективности стандартной медикаментозной терапии пациентов с дисфункцией нижних мочевых путей, может быть несостоятельность цитомембран в отношении адекватной мембранорецепции. Повышение дозы назначаемых препаратов и длительности их приема, частично нивелирует тропность миоцитов детрузора к химической формуле медикаментов, одновременно встает вопрос о проведении дополнительной мембранопротекции с помощью назначения препаратов улучающих структурно-функциональное состояние цитомембран.

Использование ультразвуковой допплерографии для объективной оценки изменений пенильной гемодинамики в генезе эректильной дисфункции у больных рассеянным склерозом.

К. А. Бурдин, П.С. Кызласов, А.А. Кажера

ДЦГБ Медсанчасть г. Домодедово

Ультразвуковая допплерография (УЗДГ) сосудов полового члена является одним из самых объективных методов диагностики сосудистой эректильной дисфункции.

Цель исследования. Оценить частоту возникновения и характер нарушений пенильной гемодинамики в генезе эректильной дисфункции при рассеянном склерозе.

Материалы и методы. Были обследованы 101 пациент с рассеянным склерозом. Пациенты были разделены на 2 группы (52 пациента - с легкой степенью неврологических нарушений и вторая группа - 49 мужчин – со средней степенью тяжести неврологических нарушений). В качестве контрольной группы пользовались данными, полученными при обследовании здоровых мужчин с функциональными половыми расстройствами. Всем пациентам было выполнено УЗДГ дорсальных и глубоких артерий полового члена в состоянии покоя и в состоянии фармакологически индуцированной эрекции путем интракавернозной инъекции 40-60 мг папаверина (ИКФН).

Результаты. УЗДГ-СА у больных 1 группы выявлено повышение тонуса артерий полового члена в состоянии покоя. Однако при ИКФН получен адекватный ответ с их стороны и со стороны кавернозных тел. Это свидетельствует о меньшей заинтересованности артериального русла в генезе эректильных нарушений у пациентов этой группы. У больных во 2 группе нарушения артериальной гемодинамики имели место в 22,5% слу-

чаев. При сопоставлении полученных показателей этой группы пациентов с аналогичными показателями здоровых мужчин отмечено, что линейная скорость кровотока по артериям полового члена в состоянии покоя ниже, чем у здоровых мужчин ($p < 0,2$), а индекс пульсационности отличается незначительно ($p > 0,5$).
При ИКФН у больных второй группы отмечается типичная реакция сосудов полового члена и кавернозных тел, индекс пульсационности после ИКФН у пациентов 2 группы ниже, чем у больных в 1 группе, а резистивный параметр у мужчин второй группы после нагрузки – выше, чем у мужчин первой группы.
Выводы. Таким образом, на основании ультразвуковой допплерографии и спектрального анализа у больных рассеянным склерозом средней степени тяжести неврологического дефицита установлено существенное снижение кровотока по артериям полового члена при сохраненных функциональных возможностях кавернозных тел.

К вопросу о консервативной терапии СНМП

Каган О.Ф., Хейфец В.Х., Сосновский С.О.

Госпиталь Оркли,
г. Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить эффективность препарта растительного происхождения Простагут-форте у больных с симптомами нижних мочевых путей связанных с ДГПЖ.
Материалы и методы: В исследование было включено 75 больных с СНМП связанных с ДГПЖ (средний возраст 55,5 ± 4,8 года). В группе исследуемых пациентов преобладали симптомы раздраженя. Симптомы обструкции были выражены не значительно. Препарат Простагут-форте назначали в виде монотерапии по 1 капсуле (280 мг) 2 раза в сутки на протяжении 6 месяцев. Контроль осуществлялся через 1, 3 и 6месяцев.
Результаты: На улучшение симптоматики к концу 1-го месяца лечения указали 51 (68,0%) больных, к концу 3-го месяца — 60 (80,0 %) больных, а концу 6-го месяца — 63 (84,0 %) больных. В указанные сроки уменьшение суммы баллов по шкале I-PSS составило соответственно — 27,1 %, 34,5 % и 39,7 %. Субъективное улучшение сопровождалось улучшением показателей, характеризующих опорожнение мочевого пузыря. К окончанию лечения максимальная скорость потока мочи выросла в среднем на 23,7 %, а объем остаточной мочи уменьшился на 29,6 %. Достоверного изменения размеров предстательной железы и уровня ПСА в процессе лечения не отмечено.Максимально эффективный период наблюдения составил 3 месяца терапии.
Заключение: назначение простагут-форте в виде монотерапии способствует уменьшению интенсивности клинических проявлений СНМП связанных с ДГПЖ.

Применеие ботулотоксина тип А в лечении гиперактивного мочевого пузыря

Каган О.Ф., Хейфец В.Х., Сосновский С.О.

Госпиталь Оркли,
г. Санкт-Петербург.

Цель исследования: оценить перспективы использования ботулотоксина тип А (БтА) у пациентов с гиперактивным мочевым пузырём (ГМП) резистентных к терапии антихолиненергическими препаратами.
Материалы и методы: под наблюдением находилось 35 пациентов, 28 женщин и 7 мужчин (средний возраст: 56 лет, диапазон: 45-67), с диагнозом гиперактивный мочевой пузырь, анамнестически продолжительность заболевания составляла от 1 до 7 лет. которым было введено по 500 Ед БтА в подслизистый слой задней стенки мочевого пузыря. Эффективность оценивалась по данным стационарного уродинамического мониторинга, а также по изменениям данных анкет ICS, и дневников мочеиспускания. Средняя продолжительность наблюдения составила 4 месяца (диапазон: 2-7 мес.)
Результаты и обсуждение: анализ результатов проведённого лечения оценивался по данным стационарного уродинамического мониторинга, а также по изменениям данных анкет ICS. Улучшение общего состояния отметили 22 (63,0%) пациентов (ICS). Наилучшие результаты отмечены у пациентов с сохранённой резервуарной функцией мочевого пузыря, у 12 (34,3%) пациентов отмечено значительное уменьшение ирритативной симптоматики, в среднем на 76%, также отмечена тенденция к увеличению резервуарной функции, в среднем за время наблюдения на 65 мл Серьезных негативных явлений не отмечалось.
Выводы: Применение БтА в виде интрапузырных инъекций у пациентов с ГМП, может расцениваться как эффективная и безопасная терапия. Внедрение в алгоритм лечения пациентов с ГМП БтА является перспективным и современным методом , применяемым в условиях стационара.

Роль психоэмоциональных нарушений в патогенезе эректильной дисфункции при цереброваскулярной патологии.

Кажера А.А, Кызласов П.С., Мартов А.Г., Бурдин К.А.

ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России , кафедра урологии и андрологии.

Эректильная дисфункция (ЭД) у больных с цереброваскулярной патологией является актуальной проблемой в силу высокой частоты этого заболевания среди мужчин молодого и среднего возраста.
Цель исследования: оценить роль психоэмоциональных нарушений в генезе ЭД у пациентов с цереброваскулярной патологией.

Материалы и методы: было произведено анкетирование 1086 мужчин в возрасте 36–71 года. В 1группу вошли 347 человек с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения (НПНМК), 2 группа528 пациентов – больные с дисциркуляторной энцефалопатией 2-й стадии (ДЭ). И 3 группу составили 163 пациента с перенесенным ишемическим инсультом (ИИ).
Результаты: расстройство эрекции отмечено у 43,2% больных в 1 группе, 87,7% больных во 2 группе, и 93,1% случаев у пациентов 3 группы. Психологические изменения личности у больных 1 и 2 групп не являлись ведущими в формировании эректильных нарушений, а служили лишь отражением наличия патологического процесса. В группе больных с ишемическим инсультом в зависимости от состояния эрекции было отмечено усиление психологических особенностей личности вплоть до патологических у больных с нарушенной эрекцией. Это обусловлено тем, что уход в болезнь, создает «порочный круг», многократно усиливая возникшие труднокорригируемые сдвиги, характерные для профиля личности данной категории больных.
Заключение: тестирование показало различную степень участия личностных изменений в формировании и развитии ЭД. У больных 1 и 2 групп профиль личности сочетает в себе черты, характерные как для больных цереброваскулярными заболеваниями, так и для больных с ЭД, тем самым подчеркивая взаимное влияние этих нарушений друг на друга. У больных ишемическим инсультом выявляются ярко выраженные сдвиги личности, что само по себе может явиться причиной нарушения эрекции.

Влияние симптомов гиперактивного мочевого пузыря на психо-эмоциональное состояние больных

Е.С. Коршунова [1,2,3], Д.А. Мазуренко [4], Е.В. Бриль [4,5]

[1] ФГБУ «НМИРЦ» МЗ РФ
г. Москва
[2] ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
г. Москва
[3] ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ
г. Москва
[4] ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА РФ
г. Москва
[5] ФГБОУ ДПО «РМАПО» МЗ РФ
г. Москва

Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) оказывает значительное влияние на качество жизни больных. К урологической симптоматике часто присоединяются такие состояния, как тревога и депрессия.
Цель. Оценка психического статуса больных идиопатическим и нейрогенным ГМП
В исследование вошли 30 женщин, страдающих ГМП не менее года. Средний возраст - 61,2±3,4 года. Больные были разделены на две группы: I - с идиопатическим (15), II – с нейрогенным ГМП вследствие болезни Паркинсона (БП) (15). Для оценки симптоматики использовали шкалы Homma (ГМП), Тейлора (тревога) и Гамильтона (депрессия). Во II группе психодиагностика проводилась дважды – при постановке БП (V1) и на первом визите у уролога (V2). Группы были статистически сопоставимы по выраженности урологических симптомов.
I группа - суммарный балл по шкалам: Homma составил 9,9±2,9 (6 – 14), Тейлора – 11,0±4,2 (4 – 17), Гамильтона – 7,6±2,6 (9 – 18). Во II - шкала Homma - 11,3±2,8 (6 – 15), показатели психодиагностики изменились по опросникам: Тейлора – 9,1±2,9 (5 – 15) до 18,3±3,7 (10 – 25) ($p<0,005$), Гамильтона – с 13,6±3,2 (9 – 18) до 16,8±2,1 (13 – 20) ($p<0,005$).
ГМП негативно влияет на психо-эмоциональное состояние больных. В группе пациентов с БП тревога и депрессия появлялись раньше нарушений мочеиспускания, были более выражены и усиливались при появлении симптомов ГМП. Мы связываем этот факт с тем, что при неврологическом заболевании депрессия связана как с эндогенным (нарушение выработки норадреналина и серотонина), так и экзогенным факторами (симптомам ГМП). Часть пациентов требует междисциплинарного подхода и комбинированного лечения. Необходимы исследования для выяснения основных патофизиологических путей, лежащих в основе ГМП, тревоги и депрессии.

Мирабегрон в лечении больных с нейрогенной детрузорной гиперактивностью.

Г.Г. Кривобородов, Н.С. Ефремов, Е.И. Тур

ОСП ФГБОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова МЗ РФ РНКЦ Геронтологии
Кафедра урологии и андрологии
г. Москва

Поиск эффективных методов медикаментозного лечения больных с нейрогенной детрузорной гиперактивностью (НДГ) остаётся актуальным до настоящего времени. Лечение такой категории больных заключается в устранении или снижении непроизвольных сокращений детрузора, что приводит к коррекции симптомов ургентного мочеиспускания и улучшению качества жизни.
Мирабегрон является новым препаратом в лечении пациентов с ургентным мочеиспусканием. Механизм действия мирабегрона заключается в стимулировании 3-адренорецепторов мочевого пузыря, что приводит к увеличению его накопительной способности. В исследование включили 18 пациентов (12 женщин и 6 мужчин) с различными неврологическими заболеваниями - рассеянный склероз (5), спинальная травма (9), болезнь Паркинсона (4). Все больные с спинальной травмой и 2 с рассеянным склерозом выполняли периодическую катетеризацию мочевого пузыря. Пациентам назначали мирабегрон 50 мг один раз в день на протяжении 3 мес. По данным уродинамического исследования у всех пациентов отмечали сниже-

ние максимальной цистометрической емкости (202 ± 19,3 мл) и непроизвольные сокращения детрузора амплитудой более 15 см водн. ст.
Через 3 мес лечения отмечали значимое улучшение симптомов ургентного мочеиспускания, а также качества жизни больных. Так, среднее количество эпизодов ургентного недержания мочи уменьшилось с 3,3 ± 0,4 до 0,9 ±0,1 ($p \leq 0,05$), средний балл по шкале качества жизни EQ-5D увеличился в среднем с 45,6 ± 6,3 до 76,3 ± 5,9 ($p \leq 0,05$). Лечение мирабегроном не вызывало значимых побочных эффектов.
Таким образом, мирабегрон – может являться новым эффективным препаратом в лечении симптомов ургентного мочеиспускания вследствие НДГ.

Комплексный подход к лечению больных с симптомами нижних мочевых путей (СНМП) у мужчин с рассеяным склерозом.

М.Д. Кузьмин, А.М. Кузьмин

Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза Уральского отделения РАН, ГБУЗ «ООКБ» г. Оренбург.

Актуальность темы. Рассеяным склерозом страдают молодые люди в расцвете сил и сексуальных возможностей. Чаще всего заболевают мужчины в возрасте 20-40 лет. Часто наблюдается у этой группы больных нейрогенная гиперактивность мочевого пузыря, симптомы со стороны нижних мочевыводящих путей. Широкий диапазон медикаментозных средств терапии СНМП у этой группы больных прежде всего свидетельствует об их недостаточной эффективности. Большинство больных отмечают сексуальную дисфункцию.
Цель и задачи исследования. Улучшить качество жизни больных с рассеяным склерозом с СНМП.
Материалы и методы. В исследование были включены 20 пациентов с рассеяным склерозом в возрасте от 24-42 лет с СНМП. Обследование начинали с исключения других заболеваний, которые могли вызвать сходные проявления (опухоли, камни мочевого пузыря, хронический простатит, инородные тела и т. д.) Проводили обследование в соответствии с рекомендациями ICS включающий в себя сбор анамнеза, физикальное обследование, включая ректальный осмотр, оценку неврологического статуса, анализы мочи, ультразвукового исследования предстательной железы, мочевого пузыря с измерением объема остаточной мочи, дневники мочеиспусканий и опросник качества жизни.
Лечение мы проводили с учетом нейрогенной гиперактивности мочевого пузыря и сексуальных дисфункций. Одновременно больные получали лечение по основному заболеванию. Наиболее частым проявлением рассеянного склероза служит нарастающий нижний спастический парапарез. С учетом этих данных и тех изменений, которые были выявлены в предстательной железе, не специфический простатит был выявлен в 42% случаев у 58% пациентов — хронический абактериальный простатит. Лечение было разделено на два этапа. На первом этапе лечение проводили с учетом нейрогенной гиперактивности мочевого пузыря и тех нарушений, которые были выявлены в предстательной железе.
На этом этапе мы использовали следующую схему лечения: селективные a1-адреноблокаторы в течение 3 месяцев в дозе 0,4 мг х 1 раз в день, НейроДоз 1 кап.х2 раза в день во время еды в течение 3 месяцев, ПростаНорм по 1т.х3 раза в день в течение 3 месяцев. Применение селективных a1-адреноблокаторов снимает или существенно ослабляет симптомы нижних мочевых путей. В состав НейроДоза входит ряд ингредиентов, в той или иной степени способных оказывать влияние на уровне высших центров нервной системы ответственных за накопительную способность мочевого пузыря, а так же на уровне проводящих путей. Препарат рекомендован для лечения сексуальных нарушений. ПростаНорм препарат который обладает антимикробным, противовоспалительным действием, улучшает микроциркуляцию тканей предстательной железы. Есть данные, что препарат эфективно снимает ирритативную симптоматику и регулирующее влияние оказывает на детрузор.
Второй этап лечения проводили с учетом сексуальных дисфункций. Пациенты получали Тадалафил в дозе 5 мг ежедневно в течение 84 дней.
Эффективность всего комплекса лечения оценивали на основании ответов по шкале IPSS, QOL и МИЭФ-5.
Полное исчезновение СНМП наблюдалось у 6 больных, значительное улучшение отмечено у 12 пациентов. Лишь у 2-пациентов было улучшение незначительное. Из 20 пациентов 17 отметили улучшение эректильной дисфункции.
Выводы. Данный подход к лечению СНМП и сексуальных дисфункций у пациентов с рассеяным склерозом улучшает качество жизни.

Характеристики иннервации мышц тазового дна у больных стрессовым недержанием мочи

Т.Г. Маркосян, Н.Б. Корчажкина, С.С. Никитин

Кафедра восстановительной медицины, спортивной медицины, курортологии и физиотерапии ФМБА России г. Москва

Цель исследования. Оценить сократительную способность мышц тазового дна и проводимость кортикоспинального тракта у больных стрессовым недержанием мочи.
Материал и методы. Обследовано 42 женщины со стрессовым недержанием мочи. В исследуемую группу включены пациентки с отсутствием травматических изменений гениталий, воспалительных заболеваний мочевых путей и полового тракта и допустимым опущением стенок влагалища I ст. Всем пациенткам выполнена игольчатая

ЭМГ мышц промежности, в сочетании с транскраниальной магнитной стимуляцией (ТМС). В ходе исследования оценена амплитуда и длительность потенциалов двигательных единиц, спонтанная активность, время центрального моторного проведения. КУДИ выполнено всем пациентам.

Результаты. При нейрофизиологическом обследовании во всех наблюдениях обнаружены признаки текущего денервационно-реиннервационного процесса мышц тазового дна. При обследовании у всех пациентов обнаружено снижение проводимости по периферическими нервам, увеличение продолжительности и снижение амплитуды мышечных сокращений. В 19 (45%) наблюдениях, по данным неврологического обследования, изучения дермографизма и кожно-гальванического рефлекса, обнаружены признаки вегетопатии по типу гиперсимпатикотонии. В комплексной лекарственной терапии всем пациенткам назначены препараты, улучшающие проводимость и питание нервной ткани. Весьма перспективными оказались сеансы комплексной транскраниальной и транперинеальной магнитной стимуляции.

Заключение. Игольчатая ЭМГ является ценным методом оценки функционального состояния мышц тазового дна. Полученные нами данные позволили выявить признаки текущего денервационного процесса мышц промежности у женщин со стрессовым недержанием мочи. Своевременное назначение терапии, направленной на улучшение нервной проводимости и питания тканей, позволяет в значительной степени улучшить результаты лечения пациентов данной категории.

Нейрофизиологическая оценка иннервации промежности у пациентов хронической тазовой болью

Т.Г. Маркосян, С.С. Никитин, Н.Б. Корчажкина
г. Москва

Цель работы: изучить нейрофункциональные характеристики мышц тазового дна, проводимость кортикоспинального тракта и состояние вегетативной нервной системы у пациентов хронической тазовой болью.

Материал и методы. Обследовано 140 мужчин в возрасте 20 – 76 лет с синдромом хронической тазовой боли, ранее не подвергавшихся оперативным пособиям на тазовых органах с отсутствием дисметаболической или травматической невропатии. Всем больным выполнена игольчатая ЭМГ промежности и нижних конечностей, в сочетании с транскраниальной магнитной стимуляцией (ТМС), а также кардиоинтервалография с оценкой показателей по Баевскому.

Результаты. При ЭМГ дна выявлено снижение средней длительности и амплитуды потенциала действия мышечных волокон тазового дна. Очевидна связь боли и с процессами реиннервации, о чем свидетельствуют острофазные, высокочастотные, полифазные ПДЕ, а также потенциалы фибрилляции. В ходе ТМС выявлено повышение латентности коркового и сегментарного моторного ответа в 1, 27 и 1, 58 раза соответственно и удлинение времени центрального моторного проведения. В 91,7% наблюдений в ходе кардиоинтервалографии отмечена гиперсимпатикотония, что проявлялось достоверным снижением моды и вариационного размаха в 1,34 раза и 1,42 раза на фоне достоверно значимого повышения амплитуды моды и интегрального показателя вегетативной нервной системы – индекса напряжения в 1,34 раза и 2 раза соответственно.

Заключение. Исследование выявило признаки текущего денервационно-реиннервационного процесса мышц промежности и периферической невропатии у всех обследованных пациентов, а также вегетопапию по гиперсимпатикотоническому типу. Указанные данные крайне важны в отношении течения и выраженности болевого синдрома и изменений личностных характеристик пациентов хронической тазовой болью. Игольчатую ЭМГ следует рекомендовать в качестве обязательного метода обследования всем больным данной категории.

Диагностики и лечения нарушений мочеиспускания у больных миелопатиями

Т.Г. Маркосян, С.С. Никитин
г. Москва

Цель исследования. Оценить функциональное состояние мышц тазового дна и кортико-спинального тракта у пациентов с миелопатиями, повысить информативность обследования и лечения больных данной категории.

Материал и методы. Изучена группа пациентов с поясничной травматической и спондилогенной миолопатиями (n=66). Помимо оценки характера и степени нарушений мочеиспускания с целью определения состояния кортикоспинального тракта оценено время вызванного моторного ответа (ВМО) с мышц промежностей (волокна m. levator ani, m. transversus perinei) при транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС), а также состояние мышечных волокон и двигательных единиц игольчатыми электродами. При ТМС оценена латентность коркового и сегментарного ВМО, с последующим вычислением времени центрального моторного проведения (ВЦМП); при ЭМГ оценивалась выраженность денервационной активности мышечных волокон и параметры ПДЕ.

Результаты. У всех пациентов отмечены выраженная обструктивные и императивные симптомы нижних мочевых путей (Q max - 9,3 ±0,6, Q ave - 5,3 ±1,6, объем остаточной мочи в среднем до 140 ±1,0 мл), при этом в ходе лучевых и эндоскопических исследований, проходимость уретры не нарушена. При ТМС выявлены симметричные нарушения ВЦМП и амплитудных характеристик при тестировании мышц тазового дна (латентность коркового ВМО 52,1 ±1,8; латентность сегментарного ВМО, 24,3 ±4,0 мс; ВЦМП, 26,8 ±1,5 мс). При

ЭМГ отмечено достоверное увеличение ВЦМП и прямая корреляция последнего со степенью и тяжестью расстройств мочеиспускания. Таким образом анализируемые нарушения микции связаны с реализацией проведения по кортикоспинальному тракту, а не с денервационными изменениями мышц дна таза.

Заключение. Полученные результаты подчеркивают необходимость изучения функционального состояния мышц тазового дна у пациентов нейрогенными расстройствами мочеиспускания. В группе пациентов с миелопатиями выявлены нарушения ВЦМП соответствующие уровню поражения. Выявленные изменения следует учитывать при выработке лечебной тактики и дальнейшем динамическом наблюдении пациентов данной категории.

Характеристики иннервации мышц тазового дна у больных стрессовым недержанием мочи

Т.Г. Маркосян, Н.Б. Корчажкина, С.С. Никитин
г. Москва

Цель исследования. Оценить сократительную способность мышц тазового дна и проводимость кортикоспинального тракта у больных стрессовым недержанием мочи.

Материал и методы. Обследовано 42 женщины со стрессовым недержанием мочи. В исследуемую группу включены пациентки с отсутствием травматических изменений гениталий, воспалительных заболеваний мочевых путей и полового тракта и допустимым опущением стенок влагалища I ст. Всем пациенткам выполнена игольчатая ЭМГ мышц промежности, в сочетании с транскраниальной магнитной стимуляцией (ТМС). В ходе исследования оценена амплитуда и длительность потенциалов двигательных единиц, спонтанная активность, время центрального моторного проведения. КУДИ выполнено всем пациентам.

Результаты. При нейрофизиологическом обследовании во всех наблюдениях обнаружены признаки текущего денервационно-реиннервационного процесса мышц тазового дна. При обследовании у всех пациентов обнаружено снижение проводимости по периферическими нервам, увеличение продолжительности и снижение амплитуды мышечных сокращений. В 19 (45%) наблюдениях, по данным неврологического обследования, изучения дермографизма и кожно-гальванического рефлекса, обнаружены признаки вегетопатии по типу гиперсимпатикотонии. В комплексной лекарственной терапии всем пациенткам назначены препараты, улучшающие проводимость и питание нервной ткани. Весьма перспективными оказались сеансы комплексной транскраниальной и транперинеальной магнитной стимуляции.

Заключение. Игольчатая ЭМГ является ценным методом оценки функционального состояния мышц тазового дна. Полученные нами данные позволили выявить признаки текущего денервационного процесса мышц промежности у женщин со стрессовым недержанием мочи. Своевременное назначение терапии, направленной на улучшение нервной проводимости и питания тканей, позволяет в значительной степени улучшить результаты лечения пациентов данной категории.

Выбор медикаментозной коррекции нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей на клиническом примере

Павлова И.В. [2], Новоселов В.Г[2]., Зырянов А.В[1]., Попов И.Б[2]., Бузолин Д.В[2]., Кривощапов В.В. [2], Сайидов Т.Н, [2]

[1] ГБОУ ВПО ТГМУ , ОАО МСЧ «Нефтяник», Областной урологический центр, отделение урологии № 2
г. Тюмень

Введение. Нарушение акта мочеиспускания у больных с верифицированными неврологическими заболеваниями и повреждениями определяют как Нейрогенную дисфункцию нижних мочевыводящих путей.

НДНМП может быть вызвана различными заболеваниями и патологическими состояниями, характеризующимися нарушениями нервной регуляции нижних мочевых путей. Вид дисфункции мочевыводящих путей главным образом зависит от локализации и степени выраженности неврологических нарушений. (EAU)

Среди нарушений функции тазовых органов ведущее место занимают расстройства функции нижних мочевых путей (НМП), наблюдающиеся у 60–96% больных. Каждый случай нейрогенной дисфункции мочевого пузыря требует особого подхода, поскольку нарушения индивидуальны даже при одной и той же патологии. Blaivas J.G (1981) считал, что детрузорно-сфинктерная диссинергия является результатом увеличения внутрипузырного давления, которое появляется при наличии детрузорных сокращений. Выбор метода лечения и интенсивность последующего наблюдения за пациентом зависят от формы НДНМП и ее причины. Приоритетными задачами при лечении пациентов с нейрогенной дисфункцией нижних мочевых путей являются: защита верхних мочевых путей, восстановление (хотя бы частичное) функций нижних мочевых путей, улучшение качества жизни больных. (EAU,2011) Своевременная диагностика и лечение необходимы для предотвращения поражения верхних и нижних мочевыводящих путей. Клиническая оценка должна быть всесторонней и включает комплексное уродинамическое исследование. Материалы и методы.

Проанализирован клинический случай пациентки К.А. 27 лет, обратившейся в клинику в июле 2016 г с жалобами на недержание мочи, частые трудносдерживаемые позывы, ночное мочеиспускание до 4 раз, натуживание при мочеиспускании. Из анамнеза: В 2013 г перенесла острый миелит на уровне Th5-8. Нарушение проводниковой чувствительности Th 8-10. Начало заболевания с острой задержки мочеиспускания, отсутствие

позывов. Длительное время находилась на уретральном катетере. Получала гормональную, патогенетическую терапию. После перевода на самостоятельное мочеиспускание отмечает появление вышеперечисленных жалоб. Периодически наблюдается у уролога, невролога амбулаторно. Специального лечения в настоящий момент не получает. Поступила в МСЧ Нефтяник для дообследования, решения дальнейшей тактики лечения. Анамнез жизни: ВИЧ, инсульты, сахарный диабет - отрицает. Травм, операций не было. Мочится самостоятельно, затруднительно, путем надавливания на низ живота. Моча светлая. Часто запоры. При гинекологическом исследовании на кресле: влагалище нерожавшей женщины, выделений нет. Проба Маршалла отрицательная. По данным лабораторного исследования бактериурии нет, в моче роста микрофлоры не обнаружено. По данным УЗИ почек: конкремент правой почки 4 мм. УЗИ малого таза: без патологии. При УЗИ мочевого пузыря: стенка умеренно утолщена. Далее пациентке выполнено комплексное уродинамическое исследование.

Результаты. При УФМ: максим скорость потока мочи 12 мл/сек, средний
поток 5 мл/сек, объём выделенной мочи 66 мл, объем остаточной мочи 5 мл. Определяется обструктивно- прерывистый тип мочеиспускания. Использует прием Креде. При цистометрии наполнения первый позыв на мочеиспускание возник при объеме 20 мл, средний позыв не зарегистрирован, на 95 мл возникла ургентность, утечка. Цистометрическая емкость 95 мл. При первом позыве отмечается подъем детрузорного давления до 23 см водн ст., с дальнейшим подъемом до 148 см водн.ст. Резко снижена комплаентность мочевого пузыря. Гиперсенсорный, гиперрефлекторный мочевой пузырь. Исследование давление поток показало повышение микционного внутрипузырного давления до 128 см водн. ст., давление открытия шейки мочевого пузыря повышено до 85 см водн. ст., максимальное детрузорное давление во время микции достигает148 см вод. ст. На ЭМГ тазового дня с использованием накожных электродов регистрируется повышенная активность мышц тазового дна. Профилометрия уретры: максимальное давление в наружном сфинктере уретры повышено до 115 см водн.ст. При пробе Вальсальвы депрессии максимального запирательного давления нет. Данная уродинамическая картина соответствует детрузорно-сфинктерной диссинергии.

Больной назначена медикаментозная терапия в виде комбинации солифенацина 6 мг и тамсулозина 0,4 мг (везомни), сосудистые препараты, анксиолитик. Данное лечение позволило добиться улучшения состояния. Через два месяца императивизм, интенсивность позывов значительно уменьшились, неудержания мочи нет. Количество суточных микций уменьшилось до 8, увеличились объемы мочи при мочеиспускании, ноктурии нет. Прием Креде применяет редко. Улучшилось качество мочеиспускания, повысилось качество жизни. Показатели урофлоуметрии увеличились, хотя прерывистость мочеиспускания сохраняется. Инвазивное уродинамическое исследование повторно не проводилось. Выводы. Комплексное уродинамическое исследование является единственным методом, позволяющим объективно оценить (дис-)функцию нижних мочевых путей. Ранняя диагностика уродинамических нарушений помогает в постановке диагноза, уточнении характера нарушений, и в подборе индивидуальной программы лечения. Данная комбинация терапии позволяет улучшить качество жизни пациентки и предотвратить осложнения со стороны верхних мочевых путей.

Коррекция смешанного недержания мочи у пациенток с неврологическими расстройствами.

М.В. Раздорская, И.В. Снегирев, Б.А. Неймарк, А.В. Мазырко, М.А. Тачалов, Н.А. Ноздрачев, А.В. Дзюба

НУЗ ОКБ на ст. Барнаул ОАО РЖД
г. Барнаул

Нами обследовано более 2000 женщин с жалобами на недержание мочи. Из данных анамнеза, проведенных клинико – лабораторных методов обследования, урофлоуметрии и цистоманометрии, измерения объема остаточной мочи, было выявлено, что более 40% пациенток страдают смешанным недержанием мочи. Для смешанного недержания мочи характерны частые позывы на мочеиспускание, после которых не всегда можно удержать мочу – состояние гиперактивного мочевого пузыря и подтекание мочи при напряжении передней брюшной стенки – стрессовое недержание мочи. Более тщательный сбор анамнеза выявил наличие у 80% пациенток неврологической патологии (болезнь Паркинсона, сосудистые заболевания головного мозга, рассеянный склероз, патология спинного мозга, нейропатии при сахарном диабете и опоясывающем лишае, грыжи или протрузии межпозвоночных дисков, опухоли головного мозга и т.д.). Одна из теорий патогенеза развития смешанного недержания мочи - нейрогенная, т.е. нарушение функции, обусловленное поражением различных уровней нервных путей и центров, иннервирующих мочевой пузырь и обеспечивающих функцию произвольного мочеиспускания. Этим больным выставлялся диагноз «Нейрогенный мочевой пузырь» или нарушение функции тазовых органов по типу недержания мочи, совместно с неврологами проводилось специфическое обследование и лечение. Наряду с комплексом неврологических препаратов, физиопроцедур, лечебных блокад (паравертебральных и эпидуральных), использовались и урологические препараты, причем особое место отводилось антимускариновым препаратам, урежающим мочеиспускание и снижающим количество императивных позывов, сопровождающихся неудержанием мочи. Назначались аль-

фа-адреноблокаторы с целью расслабления шейки мочевого пузыря, уменьшением симптомов обструктивного мочеиспускания, с последующим снижением объема остаточной мочи. Также пациентки получали инстилляции в мочевой пузырь димексида с целью лечения хронического цистита. Нами отмечено, что при назначении больным со смешанным недержанием мочи и неврологической патологией, комплексного лечения, недержание мочи исчезает или становится менее выраженным, особенно подтекание мочи в положении лежа, характерное для этих больных. Это объясняется спазмолитическим и нейротрофическим действием препаратов на стенку детрузора, что улучшает его адаптационную функцию. При проведении контрольной урофлоуметрии, кривая мочеиспускания имела менее зигзагообразный характер, максимальная скорость тока мочи увеличивалась до 28,4 мл/с – нормальных показателей, а время мочеиспускания укорачивалось до 15с, приближаясь к норме. Объем остаточной мочи в среднем до лечения составил 250, мл, после лечения – 50, мл. Клинический эффект был достигнут у 70% больных.
Тщательный сбор анамнеза, обследование больных с нарушениями мочеиспускания неврологом, назначение комплексного лечения, дает хорошие результаты и улучшает качество жизни пациенток.

Результаты тренировки мышц таза при недержании после высокоинтенсивной фокусированной ультразвуковой аблации рака простаты (ВИФУ)

Л.М. Рапопорт, Е.А. Безруков, Г.Е. Крупинов, Ю.Л. Демидко, В.А. Терещенко

Клиника урологии,
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова»
г. Москва

Введение. Частота недержания мочи после высокоинтенсивной фокусированной ультразвуковой абляции (ВИФУ), применяемой при раке простаты составляет до – 13,7%. Тренировка мышц таза направлена на повышение силы, тонуса и развитие перинеального рефлекса – способности сокращать мышцы в ответ на внезапное повышение внутрибрюшного давления.
Материалы и методы. Тренировка мышц тазового дна под контролем биологической обратной связи по электромиограмме применена у 19 пациентов, перенесших трансуретральную резекцию простаты и сеанс ВИФУ. Возраст группы составил 68±8 лет.
Сумма баллов по шкале недержания ICIQ-SF после ТУР и ВИФУ составила 15 (10-20). Медиана времени недержания мочи после ТУР и ВИФУ – 2 (0,6-63) месяцев.
Результаты. Среднее время лечения с применение тренировки мышц таза под контролем БОС составило 6,4±1,2 мес. В концу первого месяца лечения 6(31,6%) пациентов отметили улучшение состояния, а у 4(21,1%) изменений не было. К концу третьего месяца лечения 3 (15,8%) пациента отметили улучшение, а у 3(15,8%) изменений состояния не отмечено. К 12 месяцу у 3(15,8%) пациентов изменений состояния не отмечено.
Интерпретация результатов. Восстановление удержания мочи у пациентов после ТУР и ВИФУ связано со спецификой оперативного воздействия. При ВИФУ происходит коагуляционный некроз тканей. Тем не менее, изменения, происходящие под влиянием ТУР и ВИФУ носят, по-видимому обратимый характер у части пациентов.
Заключение. В основе тренировки лежит пластичность нервной и мышечной системы, а также способность их к переобучению и закреплению нового двигательного навыка.

Урологические проблемы» женской сексологии

П.П.Салов

«ОН - Клиник»
г. Москва

Секс – это единственная парная функция человека. Прекращает функционировать один из партнеров, так сразу же это отражается на другом, что особенно ярко проявляется в семье. Это диктует необходимость , для оптимизации функции ,оказывать одновременно помощь обеим половым партнерам. Если импотенцией у мужчин активно занимаются врачи различного профиля: урологи - андрологи, сексологи-психиатры, эндокринологи и мн.др., то вопросами женской сексологии в России и в странах СНГ сейчас не занимается практически никто(Т.С.Агарков,2008). Более 50% импотенции у мужчины в семье зависит от женщины. «Мужчина-импотент в доме в не меньшей степени характеризует хозяйку, как и грязные полы, неубранные постели и т.д. - полагает сексолог д-р Джордж Бэлхэм. Ожирение - прямой путь к импотенции, но число людей, страдающих ожирением, растет неуклонно Хотя, как говорят, путь к сердцу мужчины лежит через желудок, перекармливать партнера - не в женских интересах. Перед женщиной и стоит задача на стыке кулинарии, медицины, физиологии, психологии и сексологии - дозировано кормить мужей, чтобы поддерживать их в хорошей сексуальной форме. Семейному сексу всегда мешает отсутствие желания или «женская головная боль», которая обусловлена многими причинами : физиологией или нарушениями менструального цикла, не соответствием циркадного ритма выброса гормонов желания (жаворонок-сова) и мн.др. Женщина - Луна с ее циклами, а мужчина - Солнце которое встает каждое утро. Их желания и возможности часто не совпадают. Актуальность проблемы в частоте женской патологии препятствующей нормальным сексуальным взаимоотношениям.
Синдром хронической тазовой боли — одна из наиболее таинственных проблем современной акушерско-гинекологической науки. Сегодня из-

вестно около 40 причин этой боли: и заболевания непосредственно внутренних половых органов (а также их пороки развития и травмы), и поражение органов мочевыделительной системы, и патологические состояния кишечника, и даже психосоматические расстройства. Все это отражается на сексуальной активности женщины. Больным женщинам секс не нужен! Столь сложная дифференциальная диагностика обусловливает отсутствие диагноза у 60% предъявляющих жалобы пациенток. Тем временем примерно у трети женщин, испытывающих постоянную — на протяжении не менее 6 мес — боль в нижних отделах живота, рано или поздно (чаще, к сожалению, поздно) диагностируют тазовое венозное полнокровие. Варикозное расширение вен малого таза, захватывающее промежность и вульву, отмечается у 30% женщин во время беременности. «Тазовый конгестивный синдром» встречается у 5,4% условно здоровых женщин и у 15,7% женщин с выявленной гинекологической патологией. Одним из частых (54%) симптомов тазовых болей является диспареуния – или комплекс жалоб, обуславливающих неприятие половой жизни. Диспареуния - это боль в области малого таза или наружных половых органов, испытываемая во время полового сношения и имеющая психическую природу. У. Мастерс и В. Джонсон под диспареунией понимали болезненность полового сношения, как для женщины, так и для мужчины. Нет женщины на свете, которая никогда не испытывала боли или неприятных ощущений во время полового акта.

Статус секс женщины у многих народов зависит от их репродуктивной функции, которая на прямую зависит от эволюционного сексуального договора и мужчины. «Статус - секс» женщины - это «хранительница очага»- «семьи»(создание, сохранение, рождение , воспитание детей). Договор следует выполнять, используя секс-взятку» и эволюционную «гиперсексуальность» женщины, что способствует сохранению семьи. Сексуальное возбуждение зависит от целенаправленного регионального прилива крови к половым органам и тазового венозного констрикторного рефлекса. «Вены таза- барометр сексуальности». Отсутствие физиологической конгестии (депонирования крови) в области малого таза, перед половым актом у мужчин, делает неполноценной эрекцию, а у женщин недостаточным возбуждение(эрекция клитора и влагалища), что в последующем половом цикле может отразиться на формировании оргазма. Оргазм у женщины формируется за счет двух важных факторов: повышения тонуса интимных мышц и повышенного кровенаполнения эрогенных зон (клитора, влагалища, сосков и др., что повышает их чувствительность).

«Оргазм - есть прекрасная премия природы живым существам за то, что они размножаются!» З. Фрейд). Ученые выяснили, что женщины, не испытывающие оргазм во время полового акта, испытывают серьезный стресс, влияющий на их здоровье – физиологическое и психологическое. Большая часть заболеваний начинается в сфере психологии. Недаром предки считали, что от плохих мыслей рождаются болезни. Ученые пришли к выводу, что отсутствие оргазма во время секса у женщин является причиной некоторых их заболеваний. Дело в том, что организм женщины, которая не испытывает оргазм, подвергается серьезному стрессу по той причине, что при возникновении возбуждения усиленно вырабатывается эстроген, попадающий в кровь. Кровь, насыщенная эстрогеном, приливает к половым органам, а также молочным железам. Если женщина во время секса испытывает оргазм, в течение десяти минут все процессы в ее организме приходят в норму, в противном случае происходит застой крови. А это, в свою очередь, прямая дорога к мастопатии и развитию миомы матки.

Отсутствие либидо и оргазма (фригидность) наблюдается у 40% женщин в России. Это заставляет их отказываться от секса. «Отказ от секса в любом возрасте символизирует отказ от жизни вообще!»(Е.Дуглас Уайтхед, Нью-Йорк). Половое воздержание является причиной 60-80% всех неврозов. Кроме того у 70% женщин и у 30% мужчин возникает резкий спад трудоспособности на почве сексуального воздержания или неудовлетворения. В результате полового воздержания женщина становится фригидной. Термин «фригидность» применяется врачами, психологами, сексологами много лет для обозначения отсутствия сексуального желания у женщин. В наши дни к фригидности относят также аноргазмию – невозможность испытывать сексуальное удовольствие. Неумелых мужчин не бывает, просто бывают действительно фригидные женщины. Очень часто бывает, что женщины уступают желанию мужчин, соглашаясь на близость, но это не доставляет им никакого удовольствия. И тогда они чувствуют себя так, словно их используют. Часто женская фригидность развивается из-за мужской грубости: женщина чувствует себе униженной. Объявленная секс-голодовка может оборачивается для женщин многими болезнями. Сексуальное возбуждение начинает съедать организм изнутри. Во время сексуального возбуждения, как известно, кровь приливает к малому тазу. Если не наступает оргазм, она застаивается, что и приводит к воспалительным заболеваниям (аднекситу), мастопатии и другим болезням. Так возникает синдром «тётки» вы не прочтете о нем ни в одном медицинском справочнике. Хотя в жизни он обозначает вполне реальное явление: состояние уныния, ворчания, усталости, умноженное на потухший взгляд, асексуальность и нежелание мечтать. Эдакий коктейль негатива. Неудовлетворенная женщина это фурия в семье и в обществе. Затруднения в личных отношениях и сексе провоцируют стенокардию, вегето- сосудистую дистонию, гипертонию, мигрени и расстройство аппетита: от его полного отсутствия до булемии (заедание стресса). Не удовлетворенные по жизни женщины- это сварливые женщины - мигеры. Чаще всего сексуально не удовлетворенные женщины, понимают жизнь как боксерскую встречу. Они сражаются грудью, задом, влагалищем, мозгами, и они всегда делают ложные выпады (Э.Берн,1990). Сексологи гово-

рят: «Используй или потеряешь!» И женщины а с ними и мужчины теряют… . Мужчины просто любят секс и оргазмирующих женщин. При этом удовлетворяется непомерное ЭГО мужчины… . Некоторые сексологи считают, что Оргазм – только часть интимной близости, не всегда кульминация и не всегда обязателен!!! Как говорят мудрые: "Главное не цель, а дорога к ней!" Но, с другой стороны , отсутствие оргазма способствует застою крови - патологической конгестии, диспареунии и фрустрации. До 75% сексуально неудовлетворенных женщин имеют дизурические расстройства и психоэмоциональными нарушения, обусловленные патологической конгестией.

В результате сексуальной революции «Девушка, которая никому не дает превратилась в женщину, которая сама всех берет»! С одной стороны жить стало «радостней и веселей». Общество преодолело моральные и церковные догмы. Но, при этом женщина утратила те черты характера, которые в девушке больше всего привлекали мужчин: мягкость, женственность, неискушенность. А теперь она уже многое знает…и умеет ?! Как сказал когда то английский офицер, увидев совокупление слонов: «Такое вряд ли можно повторить!» К сожалению на всех слонов не хватает… . «Прокатившись» однажды на слоне или на жеребце, девушка уже не в состоянии его забыть…А это в последствии приводит к нарушению личных взаимоотношений в семье и создает проблему «малого полового члена».

По данным S. Schnabl, почти в двух третях случаев у мужчин эякуляция происходит раньше, чем оргазм у женщин. Быстрый половой акт - самая частая сексуальная патология у мужчин и дисфункция со стороны половых партнеров, которая составляет примерно 35%. Биологически мужчина «запрограммирован» на выброс семени через несколько секунд после возбуждения. Однако если происходит именно так, считается, что у него преждевременное семяизвержение. Почему в таком случае не говорят, что у женщины «запоздалый» оргазм? А если она вообще фригидно?! Попробуй ее удовлетвори !? Проблему по моему нужно решать, проводя парную реабилитацию. У женщины нужно активировать, а у мужчин подавлять сексуальные реакции.

Секс – это естественный наркотик. Психолог из Concordia University (Монреаль, Канада) Джим Пфаус говорит, что состояние после полового акта с оргазменной разрядкой напоминает состояние, вызываемое действием наркотических средств. В химии любви и секса важное значение имеют: эндорфины, допамин, окситоцин, вазопрессин, адреналин, норадреналин, тестостерон, эстрогены и др. Их комбинация, при раздражении эрогенных зон, и дает ощущения «оргазма – мозга». Оргазм мозга - тот, кто способен его испытывать, получает удовольствие, а тот, кто не способен, вынужден имитировать. Но вирус романтической любви действует в зависимости от «химии мозга» и «химии любви и секса» кратковременно от 1,5 до 3-4 лет (Х.Фишер). Биохимические реакции не могут протекать бесконечно. Проблемы семейного секса связаны , как с временными параметрами, так и «синдромом привыкания» и полигамией, как мужчин, так и женщин.. Секс, который не позволяет женщине раскрыть себя в интимной сфере, получить удовлетворение, физиологическую разрядку, вызывает у нее негативные эмоции, апатию, депрессии, снижение либидо. У женщин, здоровье всего организма базируется на состоянии сексуальной сферы. Для женщины нет необходимости разделять понятия «женское здоровье» и «общее здоровье». При сексуальной неудовлетворенности возникает фрустрация. Фрустрация – (лат. Frustratio – обман, неудача, тщетная надежда). Состояние сопровождаемое половым возбуждением без сексуальной разрядки–воллюста, эякуляции, оргазма, или неудовлетворенное половое возбуждение. Если не произошло оргазма, кровь застаивается в венозной системе малого таза. Впоследствии застоявшаяся кровь меняет структуру вен малого таза: они расширяются, теряют свою эластичность, формируется венозный застой в малом тазу и возникают хронические боли (в том числе, при половой близости). Вены перерастягиваются, а это огромное рецепторное поле, вызывающее боль, что в свою очередь вызывает мышечный спазм и снова боль. Возникает чувство тяжести внизу живота, боль в пояснице. Частое повторение этого приводит к воспалению. Итак, мы получили патологический замкнутый круг: боли - сексуальная неудовлетворенность - гинекологическое заболевание. И все это влияет на сексуальные взаимоотношения. Больным женщинам секс не нужен, а страдают при этом мужчины.

Любрикация Боль может быть вызвана слабым выделением влагалищного секрета из-за недостатка гормонов или предварительных ласк. Дефицит эстрогенов, который обычно возникает после менопаузы, вызывает сухость и истончение стенок влагалища, что может приводить к появлению боли во время полового сношения. Многие женщины избегают половой близости лишь только потому, что их останавливает страх перед болью, которая лишает их возможности получить истинное наслаждение от интимной близости с мужчиной. Отсутствие оргазма и боль во время секса приводят к раздражительности и снижению сексуального влечения.

«Женская простата" –(железы Скена) активно участвует в продуцировании "эякулята", эвакуации его из фолликулов в заднюю уретру, создании "камеры повышенного давления" в задней уретре(совместно с лонно-простатической мышцей) , формировании женского оргазма и порционной эвакуации содержимого из задней уретры во время оргазма. Эякулируют обычно сексуально активные женщины. При этом выделяемый секрет ничем не отличается от сока простаты. Запор или задержка генитального секрета приводит к развитию простатита и диспареунии. В древние времена это рассматривалась в качестве практически важнейших в то время женских недугов: истерии, нимфомании, женской сатиромании, болезненной похоти. Это соответствует феномену Тарха-

нова , который наблюдается у мужчин и животных. Переполнение секретом придаточных половых желез сопровождается усилением сексуального желания. А с другой стороны длительная задержка (конгестия) секрета в железах приводит к его разложению и всасыванию застойного секрета в кровь, что сопровождается подавлением функции половых желез (инкреторной и секреторной функции) и снижением желания и половой функции в целом (феномен Белова). Феномен Белова - механизм саморегуляции взаимоотношений между простатой и яичками, установленный в 1912 году Н.А. Беловым. Застойный секрет из фолликулов простаты поступает в кровь и подавляет функцию яичек и половую функцию в целом. У женщин также есть своя простата (железы Скена), секрет которой возможно также подавляет функцию яичников.

И так женские сексуальные проблемы, которые отражаются на парных взаимоотношениях: отсутствие либидо и оргазма - фригидность; диспареуния - интракоитальные боли; вагинизм; нарушения менструального цикла; временные несоответствия либидо в паре (жаворонок-сова); недостаток и избыток половых гормонов(сильная и слабая половая конституция); размер половых органов(-большой и малый половой член , несоответствующий влагалищу); быстрый половой акт и длинное латентное время оргазма; недостаточная эротизация головного мозга и чувствительность эрогенных зон; неэффективное взаимодействие - региональный «прилив-отлив» крови к половым органам во время сексуального возбуждения, оргазма и разрешения; слабость интимных мышц тазового дна; отсутствие выключения коры головного мозга во время секса. «Разум - это то, что делает мозг», а в любви и сексе он отключается.

Все это отражается на мужчинах. Пока женские врачи-гинекологи, заинтересованные материнским капиталом, продолжают смотреть на женщину, как на «родо - вспомогательную машину» и заняты проблемами искусственного оплодотворения, забыв о том , что дети получаются из секса, нам урологам - андрологам следует взять в свои руки помощь этим группам больных.

Лечение сексом. «Сейчас думают не о греховности секса, а как получить от него удовлетворение!» (А.Комфорт). Гиппократ рекомендует женщине иметь постоянные половые сношения, так как это будет способствовать здоровью ее тела. «Половой акт согревает кровь и позволяет более свободно двигаться менструальной крови; если менструальная кровь не движется, то женское тело подвержено заболеваниям». Считается, что 20 минутный хороший секс заменяет часовой сеанс психотерапии или получасовое занятие по фитнесу. Естественный секс может дать видимые результаты даже в случае тяжелейшей истерии - Доминикус Леонус,1570г. В конце 18 века секс или освобождение от генитальных соков служили превосходными средствами против истерии и других форм неврозов. Симон Андре Тиссо (1791) считал это лечение воздействием удовольствия. Согласно теории Платона(427-347г до н.э.): “Маткасущество жаждущее детей.” Если после половой зрелости она долго не плодовита, то она бывает рассерженной и тормозит работу всего тела, как только любящие мужчина и женщина воссоединятся и зачнут плод- все болезни проходят!” Дети получаются из секса! А не от воздержания…, , с учетом нашей отрицательной демографии, половую функцию нужно не подавлять ,а развивать с подросткового возраста.

Лечение и реабилитация

Создание доминанты секса. Некоторые эндокринологи рекомендуют женщинам фантазировать на эту тему по 5 раз в день. Гормоно- заместительная «терапия-запуска» сексуальной функции(овестин, тестостерон).Активация химии «любви и секса» и эротизации головного мозга. Транскраниальная электростимуляция (ТКЭ) «системы награды» головного мозга. Трансназальная стимуляция вомер (ультразвук, лазер), фоно- и лазерофорез (окситоцин, дофамин, тестостерон, эстриол).Общее(ингибиторы ФДЭ-5) и местное (фонофорез на клитор- нитроглицерин,тестостерони др.) использование сосудистых препаратов. Активация сердечно - сосудистой системы, «мини-сердца» по Гончаренко, обеспечивающего региональный «прилив» крови к половым органам и местное возбуждение. Локальное отрицательное давление - ЛОД терапия на клитор и промежность. Гинекологический массаж со стимуляцией эрогенных зон влагалища и простаты.Тренинг интимных мышц промежности самостоятельно и по методу Кегеля и Якобсона .Секс-терапия по Мастерс и Джонсон в модификации Каплан и Кисслинг. Мастурбационный тренинг с параллельным сокращением интимных мышц. Электростимуляция – электромассаж срамных нервов и эрогенных зон (клитора, простаты, зоны Граффенберга и др.). Биореабилитация и реобиореабилитация. Терапевтическая реваскуляризация под контролем допплерографии. Активная мышечная нагрузка с участием мышц кора способствует активации мышц тазового дна, кровообращения в области малого таза. При этом активируется оргазм от физкультуры-коргазм , что способствует нормализации оргазма в сексе.

Совместное лечение и реабилитация пары половых партнеров врачом урологом – андрологом с шизофреническим уровнем знаний позволит нормализовать взаимоотношения в сексе и улучшить качество жизни семьи в целом.

Результаты микробиологического мониторинга возбудителей инфекции мочевыводящих путей у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой в специализированном реабилитационном центре для инвалидов с травмой спинного мозга «Преодоление».

Р.В. Салюков, Ф.А. Бушков, А.С. Колмаков, Ю.Р. Салюкова

ФПКМР РУДН, Кафедра эндоскопической урологии
г. Москва

Инфекция мочевыделительных путей (ИМП) при позвоночно-спинномозговой травме всегда является осложненной, так как развивается на фоне структурно-функциональных нарушений мочеполовых органов, а также сопутствующих заболеваний, снижающих защитные силы организма и увеличивающих риск восходящей инфекции или неэффективности лечения.

Актуальность мониторинга возбудителей ИМП и их чувствительности к антибактериальным препаратам в профильном реабилитационном центре обусловлена высокой частотой манифестации уроинфекции на фоне курса восстановительного лечения и необходимостью назначения эффективной эмпирической антибактериальной терапии.

Для проведения исследования методом простой случайной выборки было отобрано 1059 пациентов, госпитализированных в специализированный реабилитационный центр для инвалидов с травмой спинного мозга «Преодоление» (г. Москва) с 2013 по 2016 гг. Все пациенты перенесли позвоночно-спинномозговую травму, с различными уровнями повреждения спинного мозга. Средний возрастпациентов составил 43±12,3 года. Среди обследованных было 735 (69,40%) мужчин и 324 (30,6%) женщины. Моча для анализа собиралась в течение первых суток пребывания в стационаре, самостоятельно или при катетеризации мочевого пузыря. Пациенты с постоянными уретральными и цистостомическими дренажными системами в исследование не включались.

Положительный результат посева мочи был выявлен у 918 (86,68%) пациентов. При изучении микробного пейзажа Escherichia coli была выявлена у 348(37,91%) пациентов, Klebsiella-185(20,15%), Proteus – 148 (16,12%), Enterococcus – 76 (8,28%), Enterobacter -52 (5,66%), Pseudomonas aeruginosa – 49 (5,34%), Staphylococcus haemolyticus–32 (3,49%), Citrobacter – 22 (2,4%), Streptococcus –6 (0,65%).

Мультирезистентные (резистентных к более чем трем из нижеперечисленных антибиотиков: ампициллин/сульбактам, азтреонам, цефазидим, ципрофлоксацин, гентамицин, имипенем, пиперациллин и триметоприм/сульфаметаксозол) штаммы микроорганизмов были выявлены у 225 (24,5%) пациентов, а с нормальной чувствительностью - у 693 (75,5%) пациентов.

Полученные в отдельно взятом реабилитационном центре данные говорят как о снижении роли E. Coli в качестве возбудителя ИМП у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой, так и о высокой частоте встречаемости мультирезистентных штаммов возбудителей ИМП, в связи с чем, для подбора эффективной эмпирической антибактериальной терапии, подобный мониторинг должен проводиться во всех учреждениях, занимающихся реабилитацией пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой.

Влияние ботулинического токсина типа А на уродинамические параметры и сексуальную функцию у женщин при нейрогенной детрузорной гиперактивности

А.В. Сивков, В.В. Ромих, В.В. Пантелеев, А.В. Захарченко, Л.Ю. Борисенко, О.И. Аполихин

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
г. Москва

Введение. Нейрогенная детрузорная гиперактивность (НДГ) оказывает значительное негативное влияние на все аспекты качества жизни (КЖ) пациентов. Сексуальная функция (СФ) - один из основных компонентов КЖ.

Цель работы. Оценка уровня и динамики СФ у женщин с НДГ при лечении ботулиническим токсином типа А (БТА).

Материалы и методы. 67 женщин (21-69 лет) с НДГ, подтвержденной уродинамически, были разделены на 3 группы:

I - НДГ без императивного недержания мочи (n=26);

II - НДГ с императивным недержанием мочи (n=23);

III - НДГ на фоне функциональной инфравезикальной обструкции (n=18).

Всем пациенткам было введено по 200 Ед БТА в 20 точек детрузора, а III гр. - дополнительно 100 Ед БТА в поперечнополосатый сфинктер мочевого пузыря. Все женщины были опрошены по анкете FSFI, которая включала 6 основных показателей качества СФ (половое влечение, сексуальное возбуждение, лубрикация, оргазм, удовлетворение, боль) до и после лечения. Контроль уродинамических параметров осуществляли методом КУДИ до и через 2 месяца после введения БТА.

Результаты. У женщин с НДГ при анализе анкеты FSFI было выявлено снижение всех параметров СФ, наибольшее снижение СФ – во II гр. Через два месяца после лечения у пациентов II гр. выявлено значительное увеличение балов в параметрах: «сексуальное возбуждение» и «оргазм». Остальные показатели имели общую тенденцию к повышению, но статистически достоверных различий выявлено не было.

Вывод. У женщин с НДГ отмечено ухудшение качества жизни и СФ, на фоне выраженного снижения уродинамических параметров. Через два месяца после введения БТА наблюдали существенное

улучшение уродинамических параметров с тенденцией к улучшению показателей СФ.

Стойкое нарушение уродинамики обусловленное внутрипочечным типом лоханки: проблемы и решение.

М.А. Узденов, А.М. Узденов
г. Черкесск

Стойкое нарушение уродинамики верхних мочевыводящих путей является важным эндогенным патогенетическим фактором риска развития и рецидивов широко распространенных урологических заболеваний пиелонефрита, мочекаменной болезни; способствует развитию тяжелых осложнений: гидронефротической трансформации почки, частым обострениям пиелонефрита и сморщиванию почки, нефрогенной артериальной гипертензии, хронической почечной недостаточности[1,2,4]. В результате нарушения оттока мочи и микроциркуляции при стойком нарушении уродинамики, развивается гидронефроз, - наступает расширение чашечно – лоханочной системы (ЧЛС) почки, атрофия почечной паренхимы с прогрессирующим ухудшением всех основных функций почки. Если при внепочечных лоханках расширение лоханки и чашечек почки может достигать больших размеров, мало нарушая в течение долгого времени функцию почечной паренхимы, в то время как небольшое расширение лоханки при внутрипочечных ее формах очень часто сочетается со значительной атрофией паренхимы почки .

Радикальные операции при гидронефрозе предусматривают:

- устранение причины болезни;
- восстановление функциональной проходимости мочевых путей полноценными тканями;
- восстановления функционального механизма формирования порции мочи и перемещение его в сторону мочевого пузыря;
- приведение в соответствие объемов чашечек и лоханки (при внепочечной лоханке). Этим требованиям отвечает операция Андерсена–Хайнса,-резекция верхней трети мочеточника и лоханки, уретеропиелостомия и тубулопластика.

Золотым стандартом лечения больных гидронефрозом является открытая уретеропиелопластика – резекция измененного участка лоханки и мочеточника с последующим наложением пиелоуретерального анастомоза (операция Андерсена – Хайнса, 1949 г.), а лапароскопическая пиелопластика (Schuessler и Kavoussi, 1993) получила всеобщее признание специалистов и стала в дальнейшем основным хирургическим методом лечения обструкции ЛМС, с эффективностью составляющей 90 -95 %., сопоставимой с результатами открытых операций.

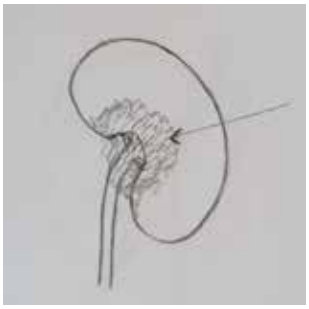
Однако, при внутрипочечном типе лоханки, осложненном нарушением уродинамики с развитием гидронефроза, МКБ, создаются, обусловленные малыми объемами почечного синуса и внутрипочечной лоханки, неблагоприятные условия для выполнения корригирующей уродинамику операции. Это затрудняет или делает невозможным проведение оперативного вмешательства по удалению конкремента(ов) из ЧЛС при их наличии и, корригирующей уродинамику операции. Удаление конкрементов малоинвазивными методами в данной клинической ситуации, не устраняет нарушенную уродинамику и, важный эндогенный патогенетический фактор риска развития пиелонефрита, камнеобразования и их рецидивов сохраняется. Это ведет к частым обострениям пиелонефрита, рецидиву камнеобразования.

С целью коррекции нарушенной уродинамики обусловленной внутрипочечным типом лоханки, считается целесообразнным выполнение операции уретерокаликоанастомоза. Однако, серьезные недостатки операции уретерокаликоанастомоза общеизвестны и, в настоящее время эта операция не рекомендуется к применению. Следует согласится с мнением Ф. Хинман, что показания к реконструктивным операциям при гидронефрозе и вопросы связанные с определением возможности восстановления анатомии и функции почки, недостаточно разработаны. Все это определяет высокую актуальность разработки метода оперативной коррекции нарушенной уродинамики когда она обусловлена внутрипочечным типом лоханки. В доступной нам научной литературе, не выявлено наличия метода оперативной коррекции нарушенной уродинамики обусловленной внутрипочечным типом лоханки.

Задачей изобретения является создание эффективного способа оперативного лечения больных МКБ, гидронефрозом, частых обострений пиелонефрита, обусловленных нарушением уродинамики внутрипочечным типом лоханки. Устранение причины, вызывающей развитие патологического процесса: предупреждение рецидива мочекаменной болезни, гидронефротической трансформации почки и частых обострений пиелонефрита.

Сущность изобретения состоит в том, в способе оперативного лечения пациентов по поводу гидронефроза при внутрипочечном типе лоханки, мочекаменной болезни, включающим выполнение разреза задней губы почки после предварительного наложения узловых гемостатических швов хромированным кетгутом № 4/0 и выполнения задней продольной уретеропиелокаликотомии верхней трети мочеточника с переходом на лоханку и нижнюю чашечку длиной 3 см., с последующим удалением камня (ей)(при их наличии), выполняется увеличительная пластика внутрипочечной лоханки (увеличиваются имеющие малые размеры почечный синус и малый объем внутрипочечной лоханки). Формирование неолоханки начинается с установления шины – интубатора из силикона №10 – 12 по Ch., которая проводится через нижнюю чашечку в лоханку и далее в верхнюю треть мочеточника. В таком положении шина – интубатор фиксируется к фиброзной капсуле почки кетгутовой лигатурой N 4. В положении поперечного отведения краев операционной раны мочеточни-

ка, лоханки и нижней чашечки, сшивается операционная рана узловыми адвентициально мышечными швами монокрилом N4. При этом, верхняя треть мочеточника подтягивается к формируемой неолоханке по нефростомической трубке. За счет привлечения верхней трети мочеточника и части нижней чашечки увеличивается объем неолоханки до физиологического, тем самым достигается соответствие суммарного объема почечных чашечек к объему неолоханки, что приводит к устранению нарушенной уродинамики.
Лечение больных предлагаемым способом обеспечивает быстрое и стабильное восстановление трудоспособности пациента и улучшение качества его жизни.
Способ имеет широкие функциональные возможности. Он может быть использован для лечения контингента тяжелых больных со сложной клинической формой мочекаменной болезни с упорным, рецидивирующим течением обусловленным нарушением уродинамики лоханкой внутрипочечного типа; гидронефрозом при внутрипочечном типе лоханки, упорном течении пиелонефрита с частыми обострениями из – за нарушения уродинамики обусловленным внутрипочечным типом лоханки.
Технический результат достигается за счет того, что предложенная автором методика увеличительной пластики внутрипочечной лоханки, предусматривает создание неолоханки физиологического объема и формы. При создании неолоханки приводится в соответствие суммарный объем почечных чашечек к объему неолоханки за счет увеличения ее объема, - что устраняет нарушенную уродинамику в верхних мочевых путях, - важного патогенетического фактора возникновения и рецидивов нефролитиаза и пиелонефрита.
Способ осуществляется следующим образом (фиг 1 – 9).

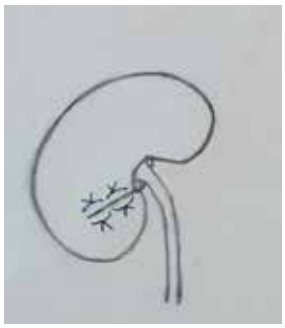


Фиг.1

При внутрипочечном типе лоханки объем почечного синуса значительно уменьшен, а вход в почечный синус резко сужен. Сужению входа в почечный синус также способствует наличие рубцово – измененной жировой клетчатки почечного синуса. Все это затрудняет или делает невозможным проведение оперативного вмешательства по удалению конкремента(ов) из ЧЛС при их наличии и коригирующей уродинамику операции. При удалении конкрементов малоинвазивными методами в данной клинической ситуации, не устраняет нарушенную уродинамику и, важный эндогенный патогенетический фактор риска развития пиелонефрита и рецидивного камнеобразования остается в организме.

Фиг.2

После иссечения рубцово – измененной жировой клетчатки почечного синуса, вход в синус почки несколько увеличивается, однако, чаще всего, этого бывает недостаточно для проведения оперативного вмешательства на лоханке и чашечках почки из – за узости входа в почечный синус и его малого объема.



Фиг.3

Для увеличения объема почечного синуса и улучшения доступа к чашечно – лоханочной системе, после предварительного наложения узловых гемостатических швов хромированным кетгутом № 4/0, выполняется разрез задней почечной губы у нижнего угла синуса почки длиной 2 см. Направление разреза совпадает с продольной осью синуса почки. Такое направление разреза позволяет максимально увеличить объем почечного синуса и улучшить оперативный доступ к чашечно – лоханочной системе.

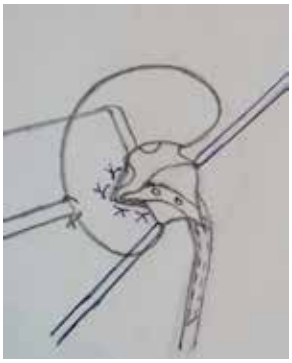
Фиг.4

После выполнения данного разреза и отведения почечной губы хирургическим крючком, значи-

тельно расширяется вход в почечный синус и увеличивается его объем. Улучшается визуализация элементов почечного синуса, становится возможным проведение оперативного вмешательства на лоханке, нижней чашечке, верхней трети мочеточника. Для удаления из ЧЛС конкремента и производства увеличительной пластики лоханки, выполнен продольный разрез на задней поверхности верхней трети мочеточника с переходом на лоханку и нижнюю чашечку длиной 3 см.

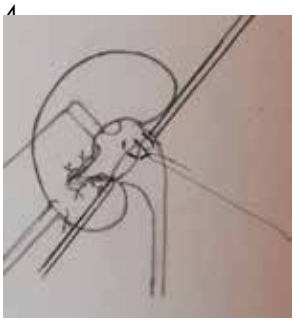
Фиг.5

Края операционной раны верхней трети мочеточника, лоханки и нижней чашечки, отводятся на держалках поперечно, при этом создаются оптимальные условия для удаления из чашечно – лоханочной системы конкремента (ов).



Фиг.6

После удаления из ЧЛС конкремента(ов), выполняется увеличительная пластика лоханки. Формирование неолоханки начинается с установления шины – интубатора №10 – 12 по Ch., которая проводится через нижнюю чашечку в лоханку и далее продолжается в верхнюю треть мочеточника. В таком положении шина – интубатор фиксируется к фиброзной капсуле почки кетгутовой лигатурой N 4



Фиг.7

В положении поперечного отведения краев операционной раны мочеточника, лоханки и нижней чашечки на держаклках, сшивается операционная рана узловыми адвентициально мышечными швами монокрилом N4. При этом сшивают мышечно – адвентициальные слои, не затрагивая по возможности слизистые оболочки. Верхняя треть мочеточника подтягивается к формируемой лоханке по шине – интубатору, и, за счет привлечения верхней трети мочеточника и части нижней чашечки увеличивается объем неолоханки до физиологического.

Фиг.8

Сформированная неолоханка, после выполнения увеличительной пластики внутрипочечной лоханки, имеет физиологический объем и форму. Вид почки сзади.

Фиг.9

Сформированная лоханка после выполнения увеличительной пластики внутрипочечной лоханки имеет физиологический объем и форму. Вид почки спереди

Пример. Больная Д. 65 лет. Госпитализирована в урологическое отделение Республиканской клинической больницы по поводу мочекаменной болезни, рецидивного кальций – фосфатного камня правой почки, активной стадии калькулезного пиелонефрита, почечной колики. При госпитализации пациентка предъявляет жалобы на боль в правой поясничной области, повышение температуры тела до 38,3 С., озноб, общее недомогание. У больной частые обострения хронического калькулезного пиелонефрита справа, по поводу чего многократно проходила лечение в поликлинических и стационарных условиях.

Общее состояние больной средней тяжести, повышенного питания. Артериальное давление 140/90 мм. рт. ст. Пульс – 83 уд/мин, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Над легочными полями при перкуссии легочный звук, при аускуль-

тации дыхание везикулярное. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот правильной формы, увеличен за счет избыточного развития подкожной жировой клетчатки. В правой поясничной области имеется послеоперационный рубец после ранее перенесенной операции - пиелолитотомии справа. При пальпации: болезненность в правом верхне – боковом отделе живота, в правом реберно – позвоночном углу. Легкое сотрясение поясничной области справа вызывает боль.

Общеклинический анализ крови: Эр. 3,65 х10^{12} л.; Hb – 138,2 г/л; Лейкоциты – 11,6 х 10^{9}л. Э – 2%, П – 4%, Н – 64%, Лимф. – 19%, Мон. – 11%; СОЭ – 19 мм/час. Протромбиновый индекс – 92%, фибриноген крови – 5 г/л, МНО – 126%. Сахар крови – 5,3 ммоль/л.

Общий анализ мочи: pH – 8, относительная плотность – 1.023. Белок – следы. Лейкоциты – 35 – 46 в поле зрения. Эритроциты 12 – 16 в поле зрения. Из мочи выделен Pr. mirabilis, обс. 10^{8} КОЕ/ мл, чувствительность к амикацину, цефтазидиму, ципрофлоксацину, меропенему. Креатинин крови – 0, 92 ммоль/л, мочевина 8,4 ммоль/л, мочевая кислота крови – 6,3 ммоль/л. Проба Зимницкого: 1,014 – 1,025 (1360 мл). На радиоизотопных ренограммах незначительное снижение секреторной фазы и значительное снижение экскреторной фазы правой почки. На обзорной рентгенограмме органов мочевыделительной системы, в проекции ЧЛС правой почки тень неправильной формы размерами 2,4 – 1, 9 см., напоминающий конкремент. На экскреторных урограммах, на 10 – минуте: справа – конкремент внутрипочечной лоханки размерами 2,4 – 1,9 см, расширение чашечек почки, слева без особенностей.

Диагностические тесты на первичный гиперпаратиреоз отрицательны.

Больной произведена операция по предлагаемому способу.

Под общим обезболиванием выполнена люмботомия в XI межреберье справа. Острым путем из рубцово – измененной паранефральной клетчатки выделена почка, верхняя треть мочеточника. Лоханка почки внутрипочечная. Вход в почечный синус резко сужен, что делает невозможным проведение оперативного вмешательства по удалению конкремента из ЧЛС. После иссечения рубцово – измененной жировой клетчатки почечного синуса, вход в синус несколько увеличился, однако этого недостаточно для проведения оперативного вмешательства на лоханке и чашечках. Для увеличения объема почечного синуса и улучшения доступа к чашечно – лоханочной системе почки, после предварительного наложения узловых гемостатических швов хромированным кетгутом № 4/0, у нижнего угла почечного синуса. выполнен разрез задней губы почки длиной 2 см. Направление разреза совпадает с продольной осью синуса почки. Такое направление разреза позволило максимально увеличить объем почечного синуса и улучшить оперативный доступ к чашечно – лоханочной системе почки. При отведении почечной губы хирургическим крючком, после выполнения разреза задней губы почки, улучшилась визуализация элементов почечного синуса, стало возможным проведение оперативного вмешательства на лоханке, нижней чашечке, верхней трети мочеточника под визуальным контролем. Выполнена нижняя пиелокаликоуретеротомия длиной разреза 3 см. Края операционной раны верхней трети мочеточника, лоханки и нижней чашечки отведены на держалках поперечно, при этом созданы условия для удаления из чашечно – лоханочной системы конкремента(ов) под визуальным контролем. После удаления из ЧЛС конкремента, выполнена увеличительная пластика лоханки. Формирование неолоханки начата с установления шины – интубатора из силикона №10 по Ch., которая проведена через нижнюю чашечку в лоханку почки и далее в верхнюю треть мочеточника. В таком положении шина – интубатор фиксируется к фиброзной капсуле почки кетгутовой лигатурой №4. В положении поперечного отведения краев операционной раны мочеточника, лоханки и нижней чашечки, сшита операционная рана узловыми адвентициально мышечными швами монокрилом N4. При этом сшиваются мышечно – адвентициальные слои, не затрагивая по возможности слизистые оболочки. Верхняя треть мочеточника подтягивается к формируемой неолоханке по шине – интубатору, и, за счет привлечения верхней трети мочеточника и части нижней чашечки увеличивается объем неолоханки до физиологического.

Послеоперационный период протекал гладко. Шина – интубатор удалена на 5 сутки. Больная выписана из стационара на 9 сутки после операции. Срок наблюдения составил 8 лет. Рецидива камнеобразованияи и пиелонефрита нет.

Перспективы комплексной физиотерапии при синдроме хронической тазовой боли.

А.В. Шаронов, К.А. Кильбергер, С.Ю. Бабаев, Т.Н. Масленникова, Т.В. Галицкий, А.В. Сорокин, М.В. Семенников, С.В. Копылова, С.В. Семенникова, А.Б. Строганов

ГБОУ ВО НижГМА Минздрава России, ПОМЦ ФМБА России
г. Нижний Новгород

Цель. Изучение комплексной физиотерапии синдрома хронической тазовой боли (СХТБ).

Материалы и методы. Пролечено 52 пациента с СХТБ. Из них 29 (55,8%) мужчины, 23 (44,2%) женщины. Средний возраст – 38,1 ± 4,5 лет. Средний срок наблюдения – 4,6 ± 0,2 лет. Пациенты разделены на 2 группы: 1 (контроль) - 18 пациентов, стандартное лечение; 2 - 34 пациента, лечение дополняли комплексной физиотерапией (патент на изобретение РФ № 2611754).

Результаты и обсуждение. В 1 группе боль купировалась у 10 (55,56%) пациентов, во 2 группе у 30 (88,24%) пациентов. Показатель интенсивности боли снизился в обеих группах. Наибольшее снижение достигнуто во 2 группе с 9 до 1 балла ($p<0,05$). В контрольной группе снижение интен-

сивности боли было незначительным с 9 до 8 баллов (p<0,05). Средний показатель интенсивности боли у пациентов контрольной группы составил 7,6 ± 0,4, в основной группе – 2,3 ± 0,08 (p<0,05). Снижение интенсивности боли в основной группе наблюдали уже с 7 суток лечения и достигало максимума к концу 2 недели. В течение 6 месяцев после комплексного лечения рецидивирование СХТБ наблюдалось у 4 (11,8%) пациентов 2 группы. В 1 группе рецидив выявлен у 6 (32,5%) больных.
Выводы. Интенсивность болевого синдрома в 3,3 раза меньше, а борьба с болью в 3,8 раза успешнее при проведении комплексной физиотерапии по сравнению со стандартом. Число рецидивирования СХТБ в течение полугода после комплексного лечения существенно меньше. Комплексная физиотерапия СХБТ позволяет значительно снизить или исключить прием обезболивающих препаратов и безопасна для применения в амбулаторных условиях при тщательном отборе пациентов.

Взаимосвязь метаболического синдрома и синдрома хронической тазовой боли (СХТБ)

С.В. Шкодкин [1,2], А.В. Полищук [2,3], С.В. Чирков [2], К.Д. Шушпанова [2]

[1] ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
г. Белгород
[2] НИУ БелГУ
г. Белгород
[3] ОГБУЗ «Городская больница № 2»
г. Белгород

Проблеме СХТБ уделяется большое внимание врачей многих специальностей, так как данная патология значительно ухудшает качество жизни пациентов. К сожалению, в виду отсутствия единой четкой патогенетической теории развития и течения СХТБ не выработаны и эффективные принципы лечения.
Материалы и методы. В исследовании приняли участие мужчины в возрасте от 40 до 50 лет. Пациенты были разделены на две группы: основная (n=16), мужчины с подтвержденными признаками МС и контрольная (n=13) без МС. Критерии исключения: клинически и лабораторно наличие острого воспаления мочеполовой системы и кишечника. Для оценки степени боли мы использовали шкалу LANSS. С целью выявления признаков ишемии провели ТРУЗИ простаты с оценкой кровотока, УЗИ мочевого пузыря с измерением остаточной мочи.
Результаты. При интерпретации шкалы LANSS получены следующие результаты: в основной группе сумма баллов составляла 17,4±0,9, в то время как в контрольной 8,2±0,4 балла (p<0,05). При оценке кровотока в простате у пациентов обеих групп не получили статистически достоверных различий по следующим показателям: V_{max} в основной группе составила 13,8±1,9мм/с, в контрольной V_{max} 14,1±1,8мм/с (p>0,05). Пациенты практически не имели остаточной мочи (основная группа 15,7±2,1мл; контрольная группа 7,2±1,8мл, p>0,05). Мы не смогли связать выраженность болевого синдрома со снижением кровотока в простате, что с другой стороны, не исключает ишемический характер болей в группе с МС.
Вывод. Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод, что МС синдром выступает независимым фактором риска развития СХТБ. Требуется понимание деталей патогенеза данных осложнений, что позволит проводить патогенетическую терапию.

Место бактериофагов в этиотропной терапии хронического бактериального простатита

И.С. Шорманов, А.С. Соловьев, А.И. Рыжков, Н.С. Шорманова

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава РФ
г. Ярославль

Цель. Оценить эффективность и безопасность поливалентного пиобактериофага в лечении хронического бактериального простатита (ХБП).
Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 60 пациентов с обострением хронического бактериального простатита в возрасте 23-45 лет (средний возраст - 40,9±2,7 лет), которых разделили на две группы. Больные группы 1 (n=30) получали антимикробную химиотерапию левофлоксацином внутрь по 500 мг х 1 раз в сутки, больные группы 2 (n=30) получали поливалентный пиобактериофаг по 20,0 мл х 3 раза в сутки внутрь. Длительность курса лечения составила 28 дней. В обеих группах оценивались: переносимость, ближайшая клинико-бактериологическая эффективность, отдаленная противорецидивная эффективность (в течение 12 месяцев).
Результаты. Ближайшая клиническая эффективность монотерапии фторхинолоном составила 86,7% (26/30), а клиническая эффективность монотерапии поливалентным пиобактериофагом – 83,3% (25/30), соответственно (p<0,1). Ближайшая бактериологическая эффективность антимикробной терапии фторхинолоном (частота эрадикации возбудителя) составила 86,7% (26/30), а бактериологическая эффективность терапии поливалентным пиобактериофагом – 80,0% (24/30) (p<0,1). Частота побочных эффектов на фоне фаготерапии оказалась достоверно в 2,5 раза меньше, чем при лечении фторхинолоном (p<0,05). Частота рецидивов (отдаленная противорецидивная эффективность) в течение 12 месяцев после лечения в группе 1 составила 64,4%, в группе 2 - 63,7% (p<0,1).
Вывод. Таким образом, бактериофаготерапия является эффективным и безопасным самостоятельным видом лечения хронического бактериального простатита.

Оксидативные нарушения и цитокиновый дисбаланс в патогенезе СХТБ-IIIB

И.С. Шорманов, И.И. Можаев, М.С. Лось, Н.С. Шорманова, А.С. Соловьев

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава РФ г.Ярославль

Цель исследования. Оценить содержание некоторых цитокинов, выраженность ПОЛ и состояние антиоксидантной системы защиты на системном и органном уровнях у мужчин с СХТБ-IIIB.

Материал и методы. В исследование включено 45 мужчин с диагнозом СХТБ-IIIB категории в возрасте 22-45 лет (средний возраст - 40,6±4,6 лет) (основная группа) и 30 клинически здоровых мужчин того же возраста (контрольная группа). Для оценки цитокинового статуса в крови и секрете предстательной железы выполняли определение уровней цитокинов ИЛ-8 и ИЛ-10. Для оценки оксидативного статуса определяли уровень диеновых конъюгатов, малонового диальдегида и активность каталазы в крови и секрете предстательной железы.

Результаты. При обострении хронического абактериального простатита выявлено повышение уровня провоспалительного ИЛ-8 в плазме крови и секрете предстательной железы в 1,8 и 2,4 раза, соответственно, на фоне одновременного снижения в секрете предстательной железы уровня противовоспалительного ИЛ-10 на 34,1% по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). Одновременно наблюдалось усиление процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в крови с повышением в ней концентрации диеновых конъюгатов и малонового диальдегида на фоне рециркуляторного усиления активности каталазы сыворотки крови в 1,3 раза по сравнению с группой контроля ($p<0,05$). В предстательной железе при этом происходило достоверное повышение концентрации диеновых конъюгатов на 36,4% по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$) без достоверного повышения концентрации малонового диальдегида ($p<0,1$), а активность каталазы секрета предстательной железы оказалась повышенной в 2 раза по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$).

Заключение. Результаты исследования показали тесное взаимодействие на системном и органном уровнях цитокин-опосредованного хронического асептического воспаления и оксидативных нарушений, играющих важную роль в патогенезе СХТБ-IIIB.

Состояние вегетативной нервной системы пациентов с невоспалительным синдромом хронической тазовой боли

Шорманов И.С., Можаев И.И., Соловьев А.С.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» г.Ярославль

Цель исследования. Изучить исходный вегетативный статус и дать качественную характеристику хронической боли у пациентов с СХТБ-IIIB категории.

Материал и методы. В исследование включено 45 мужчин с диагнозом СХТБ-IIIB категории в возрасте 22-45 лет (средний возраст - 40,6±4,6 лет) (основная группа) и 30 клинически здоровых мужчин того же возраста (контрольная группа). Для достижения поставленной цели использовались различные валидные системы опроса. В обеих группах проводилось однотипное исследование вегетативной реактивности на основании расчета исходного вегетативного тонуса (ИВТ) (таблицы Вейна А.М.) и изучался нейропатический компонент боли (диагностический опросник нейропатической боли (DN4) с последующей статистической обработкой данных.

Результаты. При обследовании у больных с обострением ХАП IIIB-категории с высокой частотой выявлялись нарушения исходного вегетативного статуса (у 57,8% из них превалировал симпатический отдел вегетативной нервной системы, что было в 2 раза выше по сравнению с контрольной группой; $p<0,05$), а при использовании специализированной шкалы оценки боли DN4 у 35,5% больных с обострением ХАП IIIB-категории были выявлены признаки нейропатической боли, частота которой оказалась в 2,7 раза больше, чем популяции здоровых асимптоматических мужчин контрольной группы ($p<0,05$).

Заключение. Наличие вегетативной дисфункции в виде симпатотонии (вегетативной симпатической гиперактивности) и присутствие компонентов нейропатической боли являются признаками, характерными для обострения ХАП IIIB-категории.

Раздел IX:

ВОПРОСЫ РЕПРОДУКЦИИ И ДЕТСКАЯ УРОЛОГИЯ

Распространенность симптомов нарушения функции нижних мочевых путей у мужчин по результатам популяционного исследования «Новохоперск»

О.И. Аполихин, А.В. Сивков, И.А. Шадеркин, Д.А. Войтко, М.Ю. Просянников

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
г. Москва

Актуальность. В последние годы регистрируют рост обращаемости пациентов по поводу симптомов нарушения функции нижних мочевых путей (СНМП). Однако, истинная распространенность СНМП в России не известна, так как популяционных исследований по этой теме опубликовано не было.

Материалы и методы. С 2013 года проходит популяционное исследование «Новохоперск» в одноименном городе Воронежской области, в ходе которого изучили распространенность СНМП у мужчин различных возрастных групп, с использованием анкеты IPSS. Всего в населенном пункте на момент исследования проживало 6684 мужчины старше 40 лет, в исследование удалось включить 5592(83,66%) из них.

Результаты. Распространенность СНМП > 8 баллов по IPSS в популяции оказалась равна 8,07%. Частота умеренных (IPSS 8-19) и выраженных (IPSS 20-35) симптомов, в зависимости от возраста, составила: у 40-49-летних – 4,32% и 0,07%; у 50-59-летних – 7,21% и 0,63%; у 60-69-летних – 9,90% и 1,36%; у мужчин > 70 лет – 12,03% и 1,50%, соответственно.

Выводы. Подтверждена прямая зависимость частоты и выраженности СНМП от возраста. Реальная частота СНМП, по результатам популяционного исследования, существенно ниже, чем заявлялось в ряде отечественных публикаций. Полученные данные распространенности СНМП сопоставимы с таковыми для Франции, но ниже, чем в США, Голландии и странах северной Европы (Drach 1979: Oishi 1997; Garraway 1991).

Хронический простатит: пересмотр медико-социальной роли и новые возможности мультидисциплинарного подхода

В.А. Божедомов[1-3], А.В. Конышев[3], И.М. Рохликов[4], Г.Е. Божедомова[3], Н.А. Липатова[3]

[1]ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова»
г. Москва
[2]ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова»
г. Москва
[3]ФГБУ «Поликлиники №1 и №3» УДП РФ
г. Москва
[4]ГБУЗ «Городская поликлиника №68 Департамента Здравоохранения г. Москвы»
г. Москва

На основе опыты работы клиник уроандрологического профиля и соответствующих кафедр системы послевузовского профессионального образования, анализа научной литературы в докладе представлены рекомендации по оказанию помощи мужчинам с хроническим простатитом/синдромом хронических тазовых болей (ХП/СХТБ), учитывающие особенности этиопатогенеза и клинической картины данного заболевания. В докладе будет показано, что распространенность данного заболевания составляет в разных когортах мужчин 20-60 лет 10-22%, что существенно меньше, чем было описано ранее в отечественных публикациях; что ХП/СХТБ не является непосредственной причиной мужского бесплодия и эректильной дисфункции; что ведение пациентов с этим заболеванием требует учета факторов, традиционно выходящих за рамки урологической практики. Будут представлены доказательства того, что для повышения эффективности лечения предпочтительно опираться не на традиционную классификацию простатита NIH NIDDK (1995), а более современную классификацию UPOINT, что эффективность лечения повышается при одновременном использовании лекарственных и нелекарственных воздействий, направленных различные аспекты состояния. Будут уточнены показания для назначения различных лекарственных средств и нелекарственных воздействий: антибиотиков, альфа-блокаторов, М-холинолитиков, анальгетиков, антидепрессантов, фитопрепаратов, физиотерапии тазового дна, психотерапии; проанализированы недостатки и ошибки существующих рекомендаций/стандартов.

Репродуктивная функция мужчин при варикоцеле: роль функциональных нарушений сперматозоидов и возможности варикоцелэктомии

В.А. Божедомов[1-4], Н.А. Липатова[4], М.А. Николаева[1], Г.Е. Божедомова[3-4], И.В. Ушакова[1], Л.М. Александрова[1], М.Ю. Габлия[4], Е.А. Спориш[3], Р.А. Алексеев[4]

[1]ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова»
[2]ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова»
[3]ФГБУ «Поликлиники №1 и №3» УДП РФ
[4]НУЗ «Дорожная больница им Н.А.Семашко», г. Москва

Роль функциональных нарушений сперматозоидов в снижении фертильности при варикоцеле остается недостаточно ясной.
Цель работы: уточнить значение функциональных показателей (подвижность, акросомная реакция, фрагментация ДНК) при варикоцеле, оценить возможности их коррекции.
Объекты и методы: из выборки в ~2000 мужчин ретроспективно сформированы группа фертильных мужчин (n=90), пациентов из первично (n=958) и вторично бесплодных пар (n=681). Проспективное исследование включало 152 пациента с варикоцеле, прооперированных микрохирургически по Мармар. Клиническое обследование проводили в соответствии с рекомендациями РОУ и EAU, инструментальное с допплер-УЗИ. Лабораторное обследование: спермограмма, антиспермальные антитела (MAR и ПЦМ), акросомная реакция с применением P.sativum и A.hypogaea; ХАЛО-тест для оценки фрагментации ДНК, люминолзависимая хемилюминесценция для оценки оксидативного стресса (ОС).
Результаты. Варикоцеле, включая субклинические формы, было диагностировано в случае первичного бесплодия в 31,2%, вторичного – в 31,3%, при 24,2% у фертильных мужчин. Показано, что снижение качества спермы определяется не степенью варикоцеле, а выраженностью ОС и его последствиями: нарушением подвижности, акросомной реакции, фрагментации ДНК, аутоиммунными реакциями. Варикоцелэктомия более эффективна в случае ОС, при этом происходит уменьшение фрагментации ДНК. Наличие АСАТ снижает эффективность операции – неблагоприятны более высокий процент АСАТ-позитивных сперматозоидов при меньшей стадии варикоцеле. Обсуждается важность оценки функциональных нарушений сперматозоидов и ОС при планировании оперативного лечения варикоцеле у мужчин из бесплодных пар.

Иммуноэндокринные аспекты мужского бесплодия

В.А. Божедомов[1-4], М.А. Николаева[1], Г.Е. Божедомова[3], Н.А. Липатова[3], Н.С. Логинова[1], Н.К. Матвеева[1], Е.Л. Голубева[1], И.В. Ушакова[1], Л.З. Файзуллин[1], Г.Т. Сухих[1-2]

[1]ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова»
[2]ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова»
[3]ФГБУ «Поликлиника №1 и №3» УДП РФ
[4] НУЗ «Дорожная больница им Н.А.Семашко» г. Москва

Аутоиммунные реакции против сперматозоидов – причина мужского бесплодия. Особенности системных и местных иммунных реакций и гормональных изменений у мужчин с антиспермальными антителами (АСАТ) изучены недостаточно.
Цель исследования: уточнить механизмы патогенеза иммунного бесплодия.
Материалы и методы: клинико-иммунологическое обследование 429 мужчин из бесплодных пар в возрасте от 18 до 59 лет. Эякулят оценивали в соответствии с требованиями ВОЗ, АСАТ определяли методом MAR и проточной цитофлуорометрии (ПЦМ), инфекции репродуктивного тракта - ПЦР, количество и соотношение лимфоцитов – ПЦМ, продукцию интерферонов (ИФН) - методом Кемпбелла, гормоны – ИФА, продукцию активных форм кислорода (АФК) – люминолзависимой хемилюминесценцией.
Результаты и обсуждение: иммунное бесплодие сопровождается увеличением концентрации в сперме лейкоцитов и внутриклеточной АФК, содержания CD19+, CD16+ и CD8+ клеток; повышена продукция ИФН в ответ на эндо- и экзогенные индукторы, в т.ч. инфекции репродуктивного тракта (Ch. trachomatis). Высокая плотность АСАТ IgA на гаметах характеризуется, наоборот, признаками иммуносупрессии: относительным уменьшением Т- , В- и НК-клеток и фагоцитов, ИФН, повышением кортизола и тестостерона. Описано относительное увеличение размера простаты и повышение ПСА при АСАТ, не превышающие, однако, нормативных значений.
Обсуждаются возможные причины и механизмы развития мужского иммунного бесплодия: повреждения гемато-тестикулярного барьера и реакций на антигены незрелых сперматозоидов, роль бактериальных и вирусных ИРТ, АФК, повышение экспрессии антигенов (в т.ч. HLA) на сперматозоидах и антигенпрезентирующих клетках, гормональной регуляции.

Мужской фактор бездетного брака – пути решения проблемы

В.А. Божедомов[1-3], И.М. Рохликов[4], Г.Е. Божедомова[3], Н.А. Липатова[3], М.А. Николаева[1], Г.Т. Сухих[1-2]

[1]ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова»
[2]ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова»
[3]ФГБУ «Поликлиника №1 и №3» УДП РФ
[4]ГБУЗ «Городская поликлиника №68 Департамента Здравоохранения г. Москвы» г. Москва, Россия

На основе опыты работы медицинских клиник урологического и гинекологического профиля и соответствующих кафедр системы послевузовского профессионального образования, данных обследования более 6000 пациентов, анализа научной литературы предложена трехуровневая система оказания помощи мужчинам из вынужденно бездетных пар. В докладе будет обосновано использование трех этапов комплексной профилактики мужского фактора бесплодия и невынашивания беременности, отражены современные требованиями к оснащению андрологических лабораторий и методам оценки качества спермы, охарактеризованы возможности и ограничения оперативного и консервативного лечения, вспомогательных репродуктивных технологий.

Предбиопсийное математическое моделирование состояния сперматогенного эпителия у больных азооспермией

С.Ю. Боровец, В.А. Торопов, С.Х. Аль-Шукри

Кафедра урологии с курсом урологии с клиникой ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России
г. Санкт-Петербург

Введение. До биопсии яичка важно прогнозировать сохранность сперматогенного эпителия с целью планирования процедур вспомогательных репродуктивных технологий и определения целесообразности стимуляции сперматогенеза.
Цель исследования. Выявить клинические, эндокринные и генетические предикторы сохранности сперматогенного эпителия у больных необструктивной азооспермией (НОА), на основании которых создать методику математического моделирования его гистологической структуры.
Пациенты и методы. Проанализированы результаты открытой биопсии яичка (TESE) у 38 больных НОА в возрасте от 20 до 55 лет. До операции определяли содержание в плазме крови лютеинизирующего (LH), фолликулостимулирующего гормонов (FSH), общего тестостерона (T), пролактина (Prl) и эстрадиола (E), исследовали кариотип, наличие микроделеций AZFa,b,c длинного плеча Y хромосомы. Всем больным выполняли TESE с последующим исследованием суспензии тестикулярной ткани и гистологическим исследованием биоптатов.
Результаты. Неповрежденный сперматогенный эпителий был обнаружен у 28 больных, а у 10 – наблюдали его выраженную дистрофию или атрофию. С помощью дискриминантного анализа была создана формула, позволяющая прогнозировать сохранность сперматогенного эпителия: f =0,036*age+0,086*fsh–2,416*azfc–0,068, где f – значение дискриминантной функции; age – возраст больного; fsh – уровень ФСГ в плазме крови (МЕ/л); azfc – наличие микроделеции AZFc (0 –нет, 1 –есть). При f ≥ 0,326, велик риск атрофии или дистрофии сперматогенного эпителия при гистологическом исследовании биоптатов яичка после TESE (p<0,05). Чувствительность составляет 60,0%, специфичность 78,6%, суммарная точность предсказаний 73,7%.
Выводы. Возраст, уровень FSH, наличие/отсутствие микроделеции AZFc являются независимыми и прогностически значимыми предикторами состояния сперматогенного эпителия. Предсказательная точность предлагаемого нами метода математического моделирования морфологического состояния герминогенного эпителия у больных НОА достигает 73,7%.

Влияние простатилена и простатилена-ац на фрагментацию днк сперматозоидов

Боровец С.Ю., Горбачев А.Г., Аль-Шукри С.Х., Рыбалов М.А.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, кафедра урологии
г. Санкт-Петербург

Введение. Препарат «Простатилен-АЦ» суппозитории ректальные разработан на основе ранее зарегистрированного препарата «Простатилен» суппозитории ректальные, 30 мг, и отличается введением в композицию субстанции L-аргинин (100 мг) и цинка (23 мг).
В 25% случаев замершая беременность на ранних сроках у супруги/половой партнерши обусловлена мужским фактором - возникает по причине повышенной фрагментации ДНК сперматозоидов (ФДНКС).
Цель исследования. Оценить влияние Простатилена и Простатилена-АЦ на степень ФДНКС при лечении больных хроническим абактериальным простатитом (ХАП) с сопутствующими нарушениями репродуктивной функции.
Пациенты и методы. В основу исследования положены результаты лечения 98 мужчин в возрасте от 25 до 45 лет (в среднем, 35,2±4,3 года) с верифицированным диагнозом: ХАП и связанными с ним нарушениями репродуктивной функции. Основную группу составили 49 больных, которым назначали простатилен-АЦ в виде суппозиторий ректальных. Пациентам группы сравнения – 49 больных – проводили лечение простатиленом в

виде суппозиторий ректальных, 30 мг. Длительность терапии в обеих группах составила 10 дней. Всем больным до и после лечения определяли степень ФДНКС методом SCSA (Sperm Chromatin Structure Assay) на аппарате FACSCanto II. Нормативным значением степени ФДНКС считали 15% и менее (низкий риск нарушений фертильности). Анализ полученных данных проводили с использованием программы IBM SPSS Statistics 22.

Результаты. Патологическая ФДНКС была выявлена у 28 из 49 (57%) больных основной группы и у 30 из 49 (61%) больных в группе сравнения. У больных основной группы ФДНКС составила 15,4 (17,1)% до лечения простатиленом-АЦ, и 13,2 (14,5)% - после лечения ($p<0,005$). В группе сравнения ФДНКС до лечения составляла 15,5 (17,2)% и после лечения - 15,3 (17,0)% ($p>0,05$).

Выводы. Простатилен-АЦ способствует снижению степени ФДНКС при лечении больных ХАП.

Осложнения лапароскопических операций в детской урологии

С.Г. Врублевский, О.С. Шмыров, А.С. Врублевский

Морозовская детская городская клиническая больница
г. Москва
РНИМУ им. Н. И. Пирогова
г. Москва

В доступной литературе авторы статей неохотно делятся информацией о осложнениях при использовании эндовидеохирургии в детской урологии. Тем не менее, как и при классических приемах открытой хирургии, они встречаются.

Целью нашего исследования явилось проведение анализа и профилактики осложнений при эндовидеохирургических реконструктивно-пластических операциях в детской урологии.

Материалы и методы. С 2012 по 2016 годы в отделении плановой хирургии и урологии-андрологии Морозовской детской клинической больнице выполнено 371 эндовидеохирургическое оперативное вмешательство в возрасте от 2мес. до 18лет. По поводу гидронефроза - у 207, геми- и нефрэктомия – у 33, эндовезикоскопическая операция Cohen – у 32, лапароскопическая уретероцистоимплантация – у 28, резекция кист почек – у 18, иссечение дивертикула мочевого пузыря - у 8, антирефлюксная операции по Lich-Gregoir -16, адреналэктомия- у 14,прочие -15.

Результаты. Осложнения после пиелопластики отмечены у 5 пациентов (несостоятельность анастомоза - у 2, рецидив гидронефроза - у 5, из них у 4 произведена повторная успешная лапароскопическая пиелопластика, у 1- открытая. При выполнении эндовезикоскопической неоимплантации мочеточников: карбоксиперитонеум возник у 5 пациентов, в 1 случае потребовалась конверсия, в 4 - он был устранен и операция завершена эндоскопически. Рецидив ПМР отмечен у 1 ребенка. Временная обструкция регистрировалась у 3 - устранена консервативно. После выполнения антирефлюксной операции по Lich-Gregoir (16) - блок почки развился - у 1, рецидив ПМР - у 2. Таким образом, общее число осложнений составило 22 (5,9%), отмечено 2 конверсии во время операций с переходом на открытый доступ.

Заключение. Нам представляется важным при выполнении реконструктивно-пластических операций в детской урологии-андрологии ограничить использование монополярной электрокоагуляции для профилактики нарушений кровообращения в зоне анастомозов и связанных с этим серьезных осложнений. Эндовезикоскопические операции должны выполняться при внутрипузырном давлении не превышающем 6 мм. РТ. ст. Выполнение антирефлюксной операции Lich-Gregoir затруднительно после неоднократных коррекций ПМР с использованием объемобразующих материалов.

Сохранность сперматогенеза при обструктивной азооспермии: от чего зависит?

С.И. Гамидов [1,2], Р.И. Овчинников [2], А.Ю. Попова [1,2], О.М. Красова [3]

[1] ФГБОУ ВО «ПМГМУ им.И.М.Сеченова» МЗ РФ, кафедра акушерства, гинекологии перинатологии и репродуктологии
г. Москва
[2] ФГБУ «НЦАГиП им.акад.В.И.Кулакова» МЗ РФ, отделение андрологии и урологии
г. Москва
[3] ФГОУ ВО «РНИМУ им.Н.И.Пирогова» МЗ РФ, кафедра урологии
г. Москва

Введение. Сегодня стартовым методом получения сперматозоидов при обструктивной азооспермии (ОА) является пункционная биопсия яичка и придатка. Однако не у всех пациентов с ОА данный метод позволяет получить пригодные для ICSI сперматозоиды.

Цель исследования. Оценить влияние этиологии ОА на сперматогенез.

Материалы и методы. 154 пациента в зависимости от этиологии ОА разделены на группы: 1 (n=8) – мутации CFTR, 2А (n=31) – травмы, ятрогенные повреждения органов мошонки, кисты придатков яичек, 2В (n=43) – двухсторонний эпидидимоорхит, 3 (n=72) – неясная этиология. Пациентам выполнены PESA, TESA, при отсутствии сперматозоидов - выполняли MESA, microTESE. 54 пациентам проведено гистологическое исследование ткани яичка.

Результаты. Эффективность пункционных методов у пациентов с разной этиологией ОА была различна. При наличии мутаций гена CFTR сперматозоиды получены в 100%. В группе пациентов, перенесших эпидидимоорхит, эффективность пункционной и открытой биопсии была достоверно ниже других групп - 58,62% и 78,57% соответственно. Нормальный сперматогенез был отмечен лишь в 11,76% случаев, что оказалось до-

стоверно ниже, чем в других группах. В том числе у данной категории пациентов достоверно чаще отмечалась картина остановки созревания сперматозоидов (29,41%) и атрофии семенных канальцев (17,65%).
Выводы. Морфофункциональное состояние ткани яичек у пациентов с ОА зависит от этиологии обструкции. Наиболее выраженные изменения наблюдаются у пациентов после перенесенного эпидидимоорхита. Пациенты с врожденными формами ОА характеризуются высокой эффективностью биопсии и сохранностью сперматогенеза в тканях яичка.

Состояние сперматогенеза при обструктивной азооспермии: результаты экспериментальной работы.

С.И.Гамидов[1,2], Р.И.Овчинников[2], А.Ю.Попова[1,2], О.М.Красова[3]

1 ФГБОУ ВО «ПМГМУ им.И.М.Сеченова» МЗ РФ, кафедра акушерства, гинекологии перинатологии и репродуктологии
2 ФГБУ «НЦАГиП им.акад.В.И.Кулакова» МЗ РФ, отделение андрологии и урологии.
3 - ФГОУ ВО «РНИМУ им.Н.И.Пирогова» МЗ РФ, кафедра урологии.

Введение. Обструктивную азооспермию (ОА) характеризуют отсутствием сперматозоидов в эякуляте вследствие нарушения проходимости семявыносящих путей. Вопрос сохранности сперматогенеза при ОА излагают весьма противоречиво.
Цель работы. Оценить влияние уровня и длительности обструкции семявыносящих путей на сперматогенез.
Материалы и методы. 50 крыс линии Вистар разделены на 4 группы: 1 - экспериментальное моделирование обструкции семявыносящего протока (СП) дистально, 2 - СП проксимально, 3 - придаток яичка, 4 - контроль. Крыс наблюдали 3 и 6 месяцев. На гистологических препаратах посчитаны семенные канальцы (СК) с четырьмя стадиями развития половых клеток; СК, содержащие только клетки Сертоли; индекс сперматогенеза (ИС).
Результаты. Во всех группах отмечено снижение ИС, количество СК с 4 стадиями развития клеток, увеличение количества СК, содержащих только клетки Сертоли. Состояние сперматогенеза зависело от уровня обструкции: наиболее выраженные изменения наблюдались при обструкции на уровне придатка яичка. ИС был снижен в 4 раза по сравнению с контролем. Зрелые сперматозоиды отмечались менее чем в 10% канальцев. В отдаленных сроках (6 мес.) при обструкции придатка яичка клеток герминогенного эпителия не выявлено ни в одном канальце.
Выводы. Наиболее выраженные изменения сперматогенеза отмечаются при обструкции придатка яичка. Дистальные уровни обструкции сопровождаются более высоким ИС и большим количеством СК с сохранным сперматогенезом. Негативное влияние сроков обструкции на сохранность сперматогенеза у экспериментальных животных отмечается преимущественно при наличии обструкции на уровне придатка яичка.

Влияние показателей спермограммы на результаты ВРТ.

Гамидов С.И.[1-2], Овчинников Р.И.[1], Попова А.Ю,[1,2] Наумов Н.П.[1]

[1] Отделение андрологии и урологии федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова»
г.Москва
[2] Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии института профессионального образования государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова»
г..Москва

Введение. До настоящего времени остается дискутабельный вопрос о роли мужского фактора бесплодия в программах ВРТ. Мужской фактор имеет место в половине случаев брака, и нередко для достижения отцовства специалистам приходится использовать методы ВРТ. На сегодняшний день в диагностике и лечении мужского бесплодия можно обозначить целый ряд проблем: отсутствие стандартных тестов для оценки фертильности, неполное знание патофизиологии мужского бесплодия, нехватка специалистов в области андрологии, а также недостаток необходимых технических ресурсов. Достаточно сложно выявить при каких показателях спермограммы встречаются наиболее частые неудачи программы ВРТ, сопоставить показатели неудач ВРТ с показателями патозооспермии и выявить закономерность, так же оценить здоровье детей, зачатых при помощи ВРТ. В настоящее время не для всех патологических механизмов нарушений фертильности у мужчин разработаны корректные диагностические тесты, это значительно снижает прогностическую ценность спермограммы и делает вопрос оценки нарушений характера спермограммы и его влияния на эффективность ВРТ чрезвычайно актуальным.
Целью настоящего исследования стала оценка влияния показателей спермограммы на эффективность ВРТ (ЭКО, ИКСИ).
Материалы и методы. В данное ретроспективное исследование вошли 556 супружеских пар, которые принимали участие в программе ВРТ в НЦАГиП им. В.И. Кулакова. 514 циклов ЭКО и 45 циклов ИКСИ проводились в центре в период от 1 января 2015 года до 31 декабря 2015 года. Крите-

рии исключения – это программы ВРТ, в которых использовались хирургически извлеченные сперматозоиды или криоконсервированная сперма, или циклы с предимплацитарной диагностикой, а также использование замороженных ооцитов.
Метод оплодотворения был выбран в ходе консультаций специалистов руководящихся принципом ВОЗ 2010, после чего все пациенты были разделены на 2 группы.
Данные обрабатывались с помощью стандартных методов статистики (χ2). Пороговым уровнем значимости был выбран p=0,05. Среднее значение было сопоставимо с помощью Крускал-Уоллис теста.
Результаты. По возрасту, антропометрическим показателям и количеству неблагоприятных факторов образа жизни группы были сопоставимы. В группе супружеских пар, которые участвовали в программе ЭКО, были выявлены следующие результаты: снижение подвижности сперматозоидов категории А (менее 5%) отразились на коэффициенте клинической беременности 9,7% по сравнению 25%; 24,7%; 21,5% в группах с подвижностью сперматозоидов 5-9%; 10-14%; >15% соответственно (p=0,76). Так же подвижность сперматозоидов существенно не отразилась на рождении здоровых детей, а именно, 6,5%; 8,6%; 6,7%; 6,7% в группах с подвижностью сперматозоидов 0-4%; 5-9%; 10-14; >15% соответственно (p=0,58). В группе супружеских пар, которые участвовали в программе ИКСИ, были выявлены следующие результаты: снижение подвижности сперматозоидов категории А (менее 5%) не отразилась на коэффициенте клинической беременности 17% по сравнению 7,7%; 7,0%; 22,2% в группах с подвижностью сперматозоидов 5-9%; 10-14; >15% соответственно (p=0,81). Так же подвижность сперматозоидов не отразилась на рождении здоровых детей, а именно, 17,7% в группе с подвижностью сперматозоидов 0-4%; а в группах 5-9%; 10-14%; >15% рождение детей не наблюдалось 5-9%; 10-14; >15% соответственно (p=0,13).
Заключение. Таким образом, подвижность сперматозоидов категории А оказывает влияние на коэффициент клинической беременности в программе ЭКО. При подвижности сперматозоидов категории А 5-9%, 10-14%, >15% клиническая беременность наступает в 25%; 24,7%; 21,5% случаях соответственно. В остальных группах исследования существенных различий не наблюдалось. Необходимы дальнейшие исследования показателей спермограммы на результаты ВРТ.

Микрохирургическая экстракция сперматозоидов у мужчин с необструктивной азооспермией: наши результаты.

Гамидов С.И, Овчинников Р.И, Попова А.Ю, Гасанов Н.Г

ФГБОУ ВО «ПМГМУ им.И.М.Сеченова» МЗ РФ, кафедра акушерства, гинекологии перинатологии и репродуктологии
г. Москва
Федеральное бюджетное государственное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» министерства здравоохранения Российской федерации.

Введение. Необструктивная азооспермия (НОА) встречается у 10% мужчин, обращающихся за помощью по поводу бесплодного брака, и составляет до 90% всех случаев выявленной азооспермии. Микрохирургическая экстракция тестикулярных сперматозоидов (MD-TESE) общепризнанно является золотым стандартом в преодолении бесплодия при данной патологии, с максимально высоким уровнем получения пригодных по своим морфо-функциональным качествам для ЭКО/ИКСИ сперматозоидов.
Цель исследования. Целью настоящего исследования являлось определение вероятности достижения клинической беременности и вероятности рождения ребенка у пациентов в программе ЭКО/ИКСИ с применением MD-TESE.
Материал и методы. В исследование было включено 449 пациента с НОА, обратившихся по поводу бесплодного брака в отделение андрологии и урологии НЦАГИП имени В.И Кулакова. Все пациенты прошли гормональное обследование (анализ крови на ЛГ, ФСГ, общий тестостерон, ингибин В) и генетическое тестирование, включая исследование кариотипа и выявление делеций AZF-локуса Y-хромосомы. Статистическая обработка выполнена при помощи пакета прикладных программ StatSoft Inc. (США, версия 12). Количественные данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха.
Результаты. Средний возраст пациентов составил 34 года [28; 36]. Большинство пациентов имело нормальный уровень ЛГ и общего тестостерона - 6,7 [3,3; 8,4] МЕ/л и 18,2 [10,1; 27,34] нмоль/л, соответственно, в то время как уровень ФСГ - 15,5 [5,73; 18,3) МЕ/л был выше нормы, а уровень ингибина В - 87 пг/мл, что говорит о том , что Ингибин В не является точным прогностическим маркером нахождения сперматозоидов у пациентов с НОА.
Уровень успешной экстракции сперматозоидов составил 33,%. Частота наступления клинической беременности составила 37 %, частота рождения ребенка составила 28%.
Выводы. Тестикулярные сперматозоиды, полученные при MD-TESE, могут обеспечить высокие показатели достижения клинической беременности и живорождений при ЭКО/ИКСИ, сравнимые с таковыми при использовании сперматозоидов из

эякулята. MD-TESE у пациентов с НОА характеризуется высокой вероятность экстракции сперматозоидов.
Всего 449 пациентов с НОА, из них у 149 (33%) была успешно выполнена экстракция сперматозоидов.
Частота наступления клинической беременности 55(37%). Частота рождения ребенка – 42(28%.)
У 32 (7%) пациентов микроделеция AZF Y хромосомы.
У 21 (4,5%) пациентов – синдром Клайнфельтера.
Средний возраст пациентов 34 года.
Среднее значение ФСГ 15,5 МЕ/л.
Среднее значение ЛГ 6,7 Ме/л.
Среднее значение общего тестостерона 18,2 нмоль/л.
Среднее значение ингибин В – 87 пг/мл.
Федеральное бюджетное государственное учреждение
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова
Министерства здравоохранения Российской федерации

Лечение бесплодных мужчин с эякуляторными нарушениями

С.И. Гамидов[1,2], Д.В. Щербаков[1],
А.Ю. Попова[1,2], Р.И. Овчинников[1]

[1] отделение андрологии и урологии ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В. И. Кулакова»
[2] кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии института профессионального образования ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»
г. Москва

Ведение: нарушения эякуляции – это гетерогенная группа заболеваний, являющаяся одной из важных причин мужского бесплодия, в основе которых лежат органические нарушения. К эякуляторным нарушениям препятствующим естественному зачатию относятся; анэякуляция (полное отсутствие как антеградной так и ретроградной эякуляции), ретроградная эякуляция (эякуляторное нарушение характеризуется выбросом семенной жидкости в мочевой пузырь), тяжелая форма преждевременной эякуляции (возникает при минимальной сексуальной стимуляции до введения полового члена во влагалище), затрудненная эякуляция (состояние, при котором мужчине требуется слишком долгая сексуальная стимуляция для семяизвержения).
На сегодняшний день отсутствует четкий алгоритм лечения бесплодных больных с эякуляторными нарушениями, нет четкой дифференцировки этиологии данных заболеваний, и, следовательно, проблематично подобрать оптимальную терапию. В связи с этим, мы сочли необходимым провести собственное исследование, целью которого является оптимизация методов лечения бесплодных больных с эякуляторными нарушениями.
Материалы и методы. В исследование было включено 78 бесплодных мужчин с эякуляторными нарушениями. На основании анамнеза, обследования и объективной оценки, больные были разделены на 4 группы; 15 пациентов с преждевременной эякуляцией, 18 пациентов с затрудненной эякуляций, 24 пациента с ретроградной эякуяцией и 21 пациент с анэякуляцией.
Всем пациентам были выполнены общие клинические и гормональные исследования, УЗИ, ТРУЗИ предстательной железы, микроскопия секрета предстательной железы, бактериологическое исследование секрета предстательной железы, анкетирование МИЭФ, определение интравагинального времени до наступления эякуляции (ИВНЭ), соматосенсорные вызванные потенциалы (ССВП), электромиография бульбокавернозного рефлекса.
Результаты. У всех пациентов с тяжелой формой преждевременной эякуляцией с помощью консервативного лечения удалось добиться нормальной длительности полового акта, что благоприятно сказалось на зачатии и 12 (80%) мужчин тем самым смогли оплодотворить партнершу естественным путем. С помощью пенильной вибротерапии у пациентов с затрудненной эякуляцией, самостоятельное семяизвержение наступило только у 5 (27,7%), из них у 3 (16,6%) произошло зачатие естественным путем, остальным было выполнена инсеминация или ВРТ. У пациентов с ретроградной эякуляцией на фоне консервативного лечения самостоятельная эякуляция восстановилась только у 7 (29,1%), остальным был выполнен забор эякулята из мочи или применена пункционная биопсия с последующей процедурой ЭКО/ИКСИ. Всем пациентам с анэякуляцией была выполнена вибростимуляция полового члена, при которой у 17 (80,9%) наступило семяизвержение и в дальнейшем произведена инсеминация или ЭКО/ИКСИ.
Выводы: тяжёлая форма преждевременной эякуляции хорошо поддается консервативному лечению, что благоприятно сказывается на зачатии естественным путем. Пенильный стимулятор эякуляции FertiCare имел большую эффективность в получении эякулята у больных с анэякуляцией и затрудненной эякуляцией. При ретроградной эякуляции забор сперматозоидов производился в моче, в редких случая была применена пункционная биопсия.

Сакральная электростимуляция корешка S3 в лечении детрузорно-сфинктерной диссинергии у детей с миелодисплазией

А.В. Декопов, А.А. Томский, Э.Д. Исагулян, Р.В. Салюков, Ю.Р. Салюкова, Ш.У. Кадыров

НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН г.Москва

Частым проявлением нарушения функции тазовых органов при миелодисплазии является детрузорно-сфинктерная диссинергия (ДСД). Одним из перспективных малоинвазивных методов лечения данной патологии считается сакральная электростимуляция. В настоящее время, имеется небольшой опыт применения методики для лечения ДСД у детей, что явилось причиной проведения собственного исследования.

Материал и методы. В работу было включено двое детей страдающих миелодисплазией пояснично-крестцового отдела. В первом случае, ребенок десяти лет страдал от ургентного недержания мочи и энкопреза. Во втором случае, девочка двенадцати лет находилась на периодической катетеризации мочевого пузыря, ввиду нарушения самостоятельного мочеиспускания. В обоих случаях при комплексном уродинамическом исследовании была диагностирована ДСД.

После получения разрешения локального этического комитета и положительного результата 10 дневной тестовой электростимуляции, в условиях эндотрахеального наркоза выполнена чрескожная имплантация одного постоянного электрода на корешок S3 и соединённого с ним подкожного генератора электрических импульсов. Программирование постоянного нейростимулятора проводили на основании данных, полученных в ходе тестовой стимуляции. Период наблюдения составил 6 месяцев.

Результаты. В тестовом режиме, в первом случае (частота импульсов 40-60 Гц) отмечено сокращение количества эпизодов подтекания мочи более чем на 50%, а также появление самостоятельного мочеиспускания объемом 70-100 мл мочи, а во втором (частота импульсов 20 Гц) - появление самостоятельного мочеиспускания объемом до 120 мл, а также уменьшение объема остаточной мочи и снижение частоты периодической катетеризации в два раза (с четырех до двух раз в сутки). После установки постоянного нейростимулятора в первом случае отмечено уменьшение частоты эпизодов ургентного недержания мочи более чем в два раза, отсутствие энкопреза, появление позывов к мочеиспусканию. Объем микции составил 100-120 мл. Также было зафиксировано увеличение цистоманометрической емкости мочевого пузыря и снижение давления в точке утечки на 20 см вод ст. Во втором случае объемом микции (4-5 раз в сутки) составил 120-150 мл. Количество катетеризаций сократилось до 2 раз в сутки. По данным уродинамического исследования с электромиографией выявлено снижение амплитуды мышц промежности в ответ на подъемы детрузорного давления (детрузорное давление в точке утечки не превышало 40 см вод ст).

Заключение. Сакральная электростимуляция у детей, страдающих миелодисплазией, может является перспективным и высоко эффективным методом лечения дисфункции тазовых органов, и требует дальнейшего изучения.

Мужское бесплодие при синдроме Клайнфельтера

О.Б. Жуков[1], Л.И. Астафьева[2], Бабушкина Е.В[3].

[1]НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ«НМИРЦ»
[2] ФГАУ «ННПЦ нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко»
[3] ООО «Медина-Фарм»
г. Москва

Ведение. Синдром Клайнфельтера-редкое генетическое заболевание мужчины, с низкой вероятностью реализацией репродуктивной функции и сложной междисциплинарной медицинской курацией заболевания.

Материалы и методы. обследован пациент 20 лет с жалобами на снижение эрекции. При диагностике проведено тщательное клинико-урологическое обследование.

Результаты. Выявлен высокий уровень гонадотропинов (ФСГ 73,3 мЕд/л, ЛГ 41,5 мЕд/л) со сниженным уровнем тестостерона до 5,1. Ингибин В меньше 2,6 нг/мл. В 2-х спермограммах- азооспермия. При ультразвуковом исследовании: органов мошонки(признаки двусторонней гипоплазии яичек- объем левого яичка 1,2 см3, 1,62 см3 правое яичко, предстательная железа объемом 4,6 $см^3$, снижение пиковой систолической скорости кровотока 3, 98 см/с в кавернозных артериях полового члена. RI= 0, 74. МРТ головного мозга: образование гипофиза, более вероятна гиперплазия гипофиза. При цитогенетическом исследовании - кариотип 47, XXY. Консультация медицинского генетика- синдроме Клайнфельтера,консультация эндокринолога- первичный гипергонадотропном гипогонадизме. При Micra – Teze из правого яичка сперматозоиды не найдены. Проводится андрогенозаместительная терапия тестостероном 50 мг-1раз в сутки в виде накожной апликации с мониторным контролем через 6 месяцев в виде МРТ головного мозга с контрастированием и осмотром нейрохирургом и окулистом.

Выводы. Создание единого клинико-диагностического алгоритма для больных с синдромом Клайнфельтера и гипергонадотропным гипогонадизмом позволит эффективно использовать возможности раннего использование ВРТ для попытки реализацию репродуктивной функции этих больных в том числе с применением донорских программ.

Синдром Мэя – Тернера у мужчин с рецедивирующим варикоцеле.

О.Б. Жуков[1], В.А. Уколов[1],В.В. Евдокимов[1], В.М. Сниткин[1],Е.В. Бабушкина[2]

[1]НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, г. Москва

Введение. Синдром Мэя – Тернера - сложно диагностируемое заболевание, являющееся причиной бесплодия на фоне напряженного варикоцеле.

Материалы и методы. Цель - оценка послеоперационного лечения пациентов с рецедивирующим варикоцеле. С сентября 2015 по декабрь 2016 г. обследованы 164 мужчины с подозрением на варикоцеле(средний составил 26,4±4,4 года), из них у 6 ранее оперированных больных (2,7%) диагноз синдром Мэя – Тернера подтвержден. Клинико-урологическое обследование включало: оценку жалоб по шкале МИЭФ-5, осмотр с применением компрессионных проб, исследования уровня половых гормонов и спермограммы, УЗДГ органов мошонки, подвздошных сосудов, аорто-мезентериального сегмента, предстательной железы, безконтрастную МР-флебографию нижней полой вены, прямая флебоилиакографию, флеботонометрию.

Результаты. По данным шкалы МИЭФ-5 суммарный бал составил 19,3 ±5,4(8-21баллов). В спермограммах выявлены астенозооспермия и тератозооспермия, без снижения уровня половых гормонов. При УЗДГ подвздошных сосудов - престенотическое расширение левой общей подвздошной вены с её сужением в месте компрессии. Выраженный ретроградный кровоток до 3-8 см/с по венам гроздевидного сплетения. Уменьшение тестикулярного объема(V левого яичка до 6,3- 8,6 см3). При МР – флебографии подтвержден синдром May – Thurner. При флеботонометрии у 4 больных градиент давление в левой общей подвздошной вены не превышал 6-8мм рт.ст, у 2 – х он составил 8-10 мм рт ст., что соответствовало умеренной степени флебогипертензии и коррелировало с данными триплексного исследования подзвдошных вен.

Выводы. Таким образом, проведение операции по лигированию варикоцеле к успеху у этих больных не приводят или приводят к временному успеху. Оптимальная лечебная тактика этих больных будет зависеть от уровня градиента давления между общей левой подвздошной и нижней полой вены.

Стимуляция сперматогенеза и синтеза тестостерона трансплантацией ткани аллогенных неонатальных яичек крыс.

В.И.Кирпатовский, Г.Д.Ефремов, Надточий О.Н.

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина – филиал ФГБУ «НИРЦ» г. Москва

Экспериментальные исследования свидетельствуют, что терапия стволовыми клетками позволяет нормализовать нарушенный сперматогенез и ликвидировать андрогенный дефицит. Более простой альтернативной этому методу может быть трансплантация неонатальных тканей, содержащих большое количество стволовых клеток. В опытах на белых беспородных крысах у новорожденных крысят (1-2 суток после рождения) удаляли яички и пересаживали кастрированным взрослым самцам под капсулу почки (1-я серия) или под белочную оболочку крипторхированного яичка при его низведении в мошонку после 2-недельного пребывания в брюшной полости (2-я серия). В 1-й серии трансплантат прижился у 100% крыс. При гистологическом исследовании через 1 месяц под капсулой почки выявлялась ткань яичка с незрелыми канальцами и большим количеством клеток Лейдига в интерстиции. Через 3 и 6 месяцев выявлялись зрелые канальцы с активным сперматогенезом, доходящим до стадии сперматозоидов. Исходно сниженный уровень тестостерона крови возрастал с 0,61±0,03 нг/мл до 0,73±0,01, 1,13±0,03 и 2,06±0,03 нг/мл через 1, 3 и 6 месяцев соответственно. Во 2-й серии при гистологическом исследовании яичек в контроле (без трансплантации) наблюдалось выраженное нарушение сперматогенеза при снижении уровня тестостерона в крови. В опытах с пересадкой ткани неонатальных яичек выявили восстановление сперматогенеза в большинстве канальцев. Концентрация тестостерона в крови при этом возрастала с 0,95±0,04 нг/мл. до 1,87±0,03, 3,27±0,05 и 3,74±0,04 нг/мл через 1, 3 и 6 месяцев, достигая более высоких значений, чем в 1-й серии. Таким образом, пересаженная ткань аллогенных неонатальных яичек способна приживаться в иммунологически привилегированных зонах (под капсулой почки, под белочной оболочкой яичка), сама вырабатывать тестостерон и стимулировать его синтез в крипторхированных яичках, восстанавливая нарушенный сперматогенез.

Хирургическая коррекция повторных случаев гипоспадии у детей.

Г.В. Козырев, А.А. Протасов, В.В. Николаев, Ф.К. Абдуллаев, Г.А. Абдулкаримов

ФГБУ Российская детская клиническая больница Минздрава РФ Отделение уроандрологии
г. Москва

Косметический и эстетически приемлемый внешний вид наружных половых органов как результат оперативной коррекции гипоспадии, особенно после повторных операций и осложнений, является важным аспектом оценки, наряду с общеизвестными критериями хороших функциональных результатов.

Целью настоящего исследования является улучшение результатов лечения детей после повторных операций по поводу гипоспадии.

В отделении уроандрологии ФГБУ Российской детской клинической больницы Минздрава РФ с 2014 по 2016 гг. выполнено лечение 94 пациентов которые перенесли от 3 до 6 повторных операций до поступления в нашу клинику. У этой группы пациентов в связи с множественными кожными рубцами, сохраняющимися деформациями полового члена, было использовано этапное хирургическое лечения по Брака со слизистой щеки. Коррекция дефицита кожи осуществлялась мошоночными лоскутами. Остаточная деформация полового члена корректировалась путем пликации кавернозных тел.

Результаты лечения оценивались по двум основным направлениям - функциональные и косметические. Косметические результаты оценивали по шкале HOPE (Hypospadias Objective Penile Evaluation). Хорошие результаты получены у 59 больных (62%), удовлетворительные - у 7 больных (7%). Неудовлетворительный результат был выявлен в 28 случаях (26%).

Полученные нами результаты подтверждают, что применяемые тактические подходы (этапная пластика по Брака, использование лоскута слизистой щеки, мошоночных лоскутов, пликация кавернозных тел, оценка косметических результатов по шкале HOPE) и принципы выбора оперативных приёмов позволяют улучшить как функциональные, так и косметические результаты оперативного лечения гипоспадии.

Наш опыт использования гипербарической оксигенации (ГБО) в лечении мужского бесплодия.

Кореньков Д. Г.

Кафедра урологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова.
г. Санкт-Петербург.

Введение. Нарушения сперматогенеза является следствием существенных изменений гомеостаза в целом, начиная с нарушения биохимизма клетки, клеточных структур, биологических мембран, патогенетическими немедикаментозными методами, воздействующими на основные звенья патологического процесса, могут быть экстракорпоральные методы гемо- и иммунокоррекции, гипербарическая оксигенация (ГБО).

Материалы и методы. На кафедре урологии (на базе Александровской больницы) более 20 лет используется гипербарическая оксигенация в лечении больных мужчин с секреторной и аутоиммунной формой бесплодия (патент №2152210 от 10.07.2000 г.), а также у больных с хроническим простатитом. Было обследовано более 3000 больных в возрасте от 21 до 47 лет. Всем больным проводили лечение гипербарическим кислородом в сочетании с антиоксидантами. Курс гипербарической оксигенации составлял 10 сеансов через день продолжительностью 60 мин при давлении 1,5-2 АТА. Использовалась одноместная терапевтическая барокамера «ОКА-МТ». Больным в день каждого сеанса гипербарической оксигенации внутривенно вводился солкосерил 10% - 1000 мг, аскорбиновая кислота 5% - 100мг и альфа – токоферол в дозе 40 мг/кг внутримышечно. После курса ГБО больные получали антиоксиданты перорально в течении 3 месяцев. Изучались показатели гормонального фона, тиолдисульфидного, аскорбатного обмена, перекисного окисления липидов, супероксиддисмутазы в плазме и эякуляте, показатели спермограммы, секрета предстательной железы, посева эякулята на флору. Наши исследования показали высокую эффективность гипербарической оксигенации в лечении этих больных. Наступала нормализация гормонального фона, улучшались показатели спермограмм, репродуктивной и копулятивной (улучшение эрекции, оргазма) функции.

Выводы. Антиоксидантная терапия во время курса ГБО показана в связи с необходимостью защиты клеток сперматогенеза от избыточного мембраноповреждающего действия гипероксии. При хроническом простатите своевременный курс лечения гипербарическим кислородом может профилактировать развитие бесплодия. Судя по срокам развития беременности у жен пациентов, большинство зачатий происходило в сроки непосредственно после курса ГБО или в течение месяца после этого курса.

Fresh-TESE/ICSI - метод лечения бесплодия пациентов с аномально высоким показателем ДНК-фрагментации сперматозоидов в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)

М.Н. Коршунов[1,3], Е. С. Коршунова[1, 2, 4], Л.М. Казарян[3], Даренков С.П.[1]

[1]Кафедра урологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами президента РФ
[2] ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» МЗ РФ
[3] Российско-немецкий центр репродукции и клинической эмбриологии ЗАО «Поколение NEXT»
[4] ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ»

Введение. ДНК фрагментация сперматозоидов ассоциируется с низкими результатами лечения методами ВРТ и потерями беременности. Ряд исследований продемонстрировал - ДНК-фрагментация тестикулярных сперматозоидов ниже, чем эякуляторных. Сообщения об эффективности лечения мужчин с высоким индексом фрагментации гамет методом TESE/ICSI с культивацией эмбрионов до 5-х суток ограничены.
Цель. Оценка эффективности Fresh TESE/ICSI у пар с неудачными попытками ВРТ на фоне высокого показателя фрагментации ДНК сперматозоидов.
Материалы и методы. Критерии включения - пары с мужским фактором бесплодия с установленным аномально высоким показателем ДНК-фрагментации и имеющие в анамнезе 1 и более неудачных попыток ICSI, с низким показателем эмбриогенеза и ранними потерями беременности. Наблюдали 17 пар. Средний возраст мужчин - 33,5±5,5 года, женщин - 29,3±2,7. Число попыток – 2,8±1,1. Антиоксидантная терапия не улучшила показатель ДНК-фрагментации. Лечение проводилось с использованием тестикулярных гамет – Fresh TESE/ICSI. Фрагментация тестикулярных и эякуляторных сперматозоидов оценивалась методом Halosperm©.
Результаты. Параметры спермограммы были различными в группе –астенотератозоо-, олигоастенотератозооспермии. Фрагментация эякуляторных сперматозоидов была выше 30%, средние значения - 44,3±4,3. Фрагментация тестикулярных - ниже 15% - 12,6±2,5 ($p<0,001$). После стимуляции не было отмечено статистической разницы в качестве ооцитов. Формирование бластоцист (Grade A/B) составило 59,4% ($p<0,05$). После эмбриотрансфера частота наступления биохимической и клинической беременностей составила 76,4% [13/17] и 64,7% [11/17]. В 1 случае (5,9%) имела место неразвивающаяся беременность на сроке 6-8 недель. Родоразрешение зафиксировано у 10 женщин - 58,8%.
Выводы. ДНК-фрагментация тестикулярных сперматозоидов ниже, чем эякуляторных. TESE/ICSI у пар с неудачными попытками ВРТ на фоне высокой фрагментации ДНК может улучшить качество эмбрионов, повысить частоту наступления беременности и родов.

Опыт использования биофлавоноида «Фомидан Плюс» в коррекции патоспермии и реакции оксидативного стресса (РОС) эякулята

М.Н. Коршунов[1,3], Е. С. Коршунова[1, 2, 4], Даренков С.П.[1]

[1]Кафедра урологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами президента РФ
[2] ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» МЗ РФ
[3] Российско-немецкий центр репродукции и клинической эмбриологии ЗАО «Поколение NEXT»
[4] ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ»

Введение. Доля мужского фактора в бесплодном браке составляет около 50%. В 30-40% - патоспермия носит идиопатический характер. Высокий уровень свободных радикалов в эякуляте может быть одной из причин патологии спермы. Антиоксидантная терапия может улучшить качество спермы. Витамины группы E, C, A, L-карнитин и пр. показали эффективность в лечении мужского бесплодия. Появляются сообщения о положительном влиянии растительных фенольных водорастворимых антиоксидантов – биофлавоноидов на показатели спермограммы
Цель. Оценить эффективность биофлавонида «Фомидан Плюс» в коррекции патоспермии и РОС эякулята.
Материалы и методы. Исследование включило 65 мужчин с первичным и вторичным бесплодием. Средний возраст - 37,1±8,3 года. Исходные параметры спермограммы (ВОЗ 2010) различались в группе – астенотератозоо- олигоастенотератозооспермиия. 45 мужчин (69,2%) в связи с тяжелой патоспермией готовились к программам ЭКО/ИКСИ. Динамику показателей спермограммы, РОС эякулята оценивали через 8 недель после терапии «Фомиданом Плюс» в дозе по 2 капсулы два раза в день.
Результаты. После проведённого лечения средний объем эякулята увеличился с 2,0±0,5 до 2,8±1,2 мл. Концентрация сперматозоидов выросла с 10,6±5,6 до 14,1±6,2x10^6; средний процент подвижных сперматозоидов (a+b) - с 10,1±6,1 до 25,1±7,1 ($p<0,001$); процент морфологически нормальных форм - с 3,2±1,4 до 7,7±2,6 ($p=0,05$). Показатели РОС регрессировали с 4,3±1,5 до 2,9±1,6 ($p<0,001$). Отмечена достоверная отрицательная корреляция между параметрами спермограммы и РОС спермы ($p<0,05$). В процессе лечения не было зарегистрировано побочных эффектов. У 30 мужчин (46,1%) после терапии показатели эякулята были признаны пригодными для использования в процедуре ИКСИ.

Выводы. Биофлавоноид Фомидан Плюс оказывает благоприятный эффект на количественные и качественные показатели спермы и РОС. Требуются дальнейшие наблюдения для оценки влияния БАДа на показатели ДНК-фрагментации сперматозоидов, частоты наступления беременности и родов.

Факторы пролиферации и апоптоза у пациентов с мужским бесплодием.

Кульченко Н.Г.

Российский университет дружбы народов
г. Москва.

В РФ в 2013 г. всего зарегистрировано 42 326 пациентов с мужским бесплодием, тогда как в 2003 г. их было 22 647. Наиболее тяжелой формой мужского бесплодия является азооспермия, которая наблюдается в 10-15% случаев.
Цель исследования: улучшить результаты диагностики мужского бесплодия.
Материалы и методы: обследованы 26 мужчин с необструктивной азооспермией (по данным спермограммы). Группу сравнения составили здоровые мужчины – 22 человека. Пациентам по показаниям выполняли биопсию яичка с последующим морфологическим анализом биоптатов. Срезы ткани яичка подвергали окрашиванию гематоксилином и эозином, непрямому иммуногистохимическому исследованию – определение белка пролиферации и апоптоза ki-67, p53.
Результаты. У пациентов основной группы наблюдения первичное бесплодие зафиксировано у 16 мужчин (61,5 %), у 10 (38,5%) вторичное бесплодие. По данным клинического обследования и УЗИ не выявили патологических отклонений. Пациентам установлена идиопатическая форма бесплодия. При окрашивании срезов яичка гематоксилином и эозином зафиксировали гипоплазию извитых семенных канальцев. Экспрессия белков ki-67, p53 отмечалась в ядрах (S-фаза митоза) сперматогоний («++») на II и III этапах сперматогенеза и в ядрах некоторых первичных («+») и вторичных («+») сперматоцитов. У пациентов с мужским фактором бесплодия нарушен баланс между пролиферацией и апоптозом клеток сперматогенеза. Пролиферация угасает на всех стадиях дифференцировки: от сперматогониев до сперматозоидов.
Выводы. Многофакторность мужского бесплодия, полиэтиологичный характер заболевания и функциональная взаимосвязь мужских половых желез с другими системами и органами требуют разностороннего и комплексного подхода к диагностике данного заболевания.

Анализ осложнений при лечении инфравезикальной обструкции у детей грудного возраста

Меновщикова Л.Б.[1], Гурская А.С. [2], Левитская М.В.[2], Склярова Т.А.[2], Шумихин В.С.[2], Гуревич А.И.[2], Шумихина М.В.[2]

[1]РНИМУ им. Н.И. Пирогова ,
[2]ДГКБ№13 им. Н.Ф. Филатова
г. Москва

Наличие инфравезикальной обструкции (ИФО) приводит к тяжелым расстройствам эвакуаторной функции мочевого пузыря и нарушению уродинамики верхних мочевых путей, что лежит в основе формирования хронической болезни почек (ХБП).
Цель исследования: Провести анализ результатов лечения детей грудного возраста с антенатально и постнатально выявленной ИФО и разработать диагностический и лечебный протокол.
Материалы и методы. С 2007 года по 2017 год находилось на обследовании и лечении 69 мальчиков с диагнозом клапан задней уретры (КЗУ), у 35 детей диагноз установлен антенатально. Диагноз подтвержден при проведении микционной уретроцистографии. Всем детям была выполнена трансуретральная резекция КЗУ.
Результаты. ТУР клапана одномоментно выполнена 56 пациентам (81%), повторное вмешательство потребовалось у 13 детей (19%).У 33 пациентов (48%) достигнуто восстановление самостоятельных мочеиспусканий через 7-10 дней после ТУР клапана, у остальных потребовалось длительное проведение мероприятий, направленных на формирование эвакуаторной функции мочевого пузыря (чистая периодическая катетеризация, химическая денервация наружного уретрального сфинктера, физиолечение). Сопутствующие мальформации мочевых путей диагностированы у 28 пациентов (40 мочеточников). После восстановления уродинамики нижних мочевых путей и оценки функции почек, определялись показания к проведению операций, направленных на восстановление уродинамики верхних мочевых путей. Индивидуальную программу реабилитации пациенты проходили амбулаторно. Основное внимание уделялось профилактике инфекционных осложнений и состоянию уродинамики, в первую очередь эвакуаторной функции мочевого пузыря. По данным катамнестического наблюдения, только у 2 детей (3%) сохраняется нарушение эвакуаторной функции мочевого пузыря, они находятся на периодической катетеризации.

Гипербарическая оксигенация в лечении мужского бесплодия, ассоциированного с повышенным уровнем активных радикалов кислорода в сперме и фрагментации ДНК сперматозоидов

Метелев А.Ю.[2], Богданов А.Б.[1,2],
Ивкин Е.В.[2], Велиев Е.И.[1,2]

[1]Кафедра урологии и хирургической андрологии
РМАНПО
г.Москва
[2]ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина
г.Москва

Целью исследования являлось изучение влияния гипербарической оксигенации (ГБО) на уровень активных форм кислорода (АФК) в сперме и фрагментации ДНК (ФДНК) сперматозоидов. В исследование включено 90 мужчин с идиопатическим бесплодием с уровнем АФК более 0,64 мВ/с и ФДНК выше 15%. У основной группы (n=60) выполнено 10 сеансов ГБО и через 3 месяца проведена процедура экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). У контрольной группы (n=30 человек) ЭКО проведено через 3 месяца без выполнения ГБО. Возраст пациентов составлял от 25 до 37 лет (медиана - 30,5 лет). Фрагментацию ДНК сперматозоидов определяли методом TUNEL, активные формы кислорода методом хемилюминесценции. Оба показателя оценивали в момент включения в исследование и через 3 месяца (у основной группы – через 3 месяца после ГБО). ГБО выполняли с помощью барокамеры отечественного производства БЛКС-303. У основной группы после ГБО средний уровень фрагментации ДНК сперматозоидов снизился с 33,2±7,5% до 11,9±5,9% ($p<0,05$), тогда как в контрольной группе пациентов этот показатель оставался практически на прежнем уровне - 31,2±6,1% и 31,7±6,3% соответственно ($p>0,05$). В основной группе пациентов после ГБО отмечено уменьшение медианы уровня АФК в сперме с 0,89 мВ/с до 0,39 мВ/с ($p<0,05$). В контрольной группе без ГБО данный параметр не претерпел существенных изменений - 0,86 мВ/с и 0,88 мВ/с соответственно ($p>0,05$). Беременность при ЭКО наступила в 63,3% (38/60) случаев в основной группе и в 36,7% (11/30) – в контрольной группе ($p<0,05$). Таким образом, ГБО показал высокую эффективность в лечении идиопатического мужского бесплодия, сочетающегося с повышенным уровнем АФК в сперме и ФДНК сперматозоидов.

Влияние гипербарической оксигенации на клеточную структуру яичек лабораторных крыс

Метелев А.Ю.[2], Богданов А.Б.[1,2],
Ивкин Е.В.[2], Велиев Е.И.[1,2]

[1]Кафедра урологии и хирургической андрологии
РМАНПО
г.Москва
[2]ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина
г.Москва

Целью этого исследования было проанализировать влияние гипербарической оксигенации (ГБО) на клеточную и тканевую структуры яичек экспериментальных животных и оценить возможность использования этого метода лечения мужского бесплодия в клинической практике. Исследование включало 15 самцов инбредных линий крыс Wistar-Kyoto в возрасте 15-20 недель. В основной группе (n = 10) было выполнено 10 сеансов ГБО. В контрольной группе (n = 5) сеансы ГБО не выполнялись. Электронная микроскопия и гистологическое исследование ткани яичек в основной группе проводились через 2 дня после (у пяти крыс) и через месяц после (у пяти крыс) 10 сеансов ГБО и у всех крыс контрольной группы. Образцы тканей были получены путем двусторонней орхэктомии под эфирной анестезией во всех случаях. В результате через 2 дня после проведенной оксигенации не отмечено ультраструктурных признаков деструкции в клетках Сертоли, Лейдига, капиллярах и клетках сперматогенного ряда. Через месяц после 10 сеансов ГБО негативных последствий воздействия данного физического фактора также не выявлено, а, наоборот, обнаружены признаки улучшения микроциркуляция в интерстициальной ткани за счет новообразованных капилляров. В нашем исследовании ГБО не приводило к нежелательным количественным и качественным изменениям структурных элементов яичек. Более того, мы наблюдали положительный эффект на ткань яичка.

Анализ результатов эндоскопической коррекции ПМР с помощью полиакрилат полиалкоголь объемообразующего кополимера (Vantris)

С.Н. Николаев [1,2], С.Л. Коварский [1,2], Л.Б. Меновщикова [1], Т.А. Склярова [2], А.Н. Текотов [1]

[1] Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова
г. Москва
[2] Детская городская клиническая больница им.Н.Ф.Филатова
г. Москва

Цель. Публикующиеся в отечественной и зарубежной литературе данные о высокой частоте рецидивов после лечения ПМР с помощью биодеградирующих объемообразующих веществ побудили к поиску новых инъекционных форм объемобра-

зующих изделий. Для эндоскопической коррекции ПМР мы использовали стабильное объемообразующее вещество Vantris.

Материал и методы. С 2011 по 2016 год Vantris применен у 331 пациент (117 мальчиков и 214 девочек) со средним возрастом 3,56 года (от 8 до 14 лет). Односторонний ПМР был у 219 пациентов, двусторонний - у 112 (всего 443 мочеточника). Среди них первичный ПМР присутствовал у 285 больных (86%) и у 47 (14%) отмечены ассоциированные формы. Vantris вводился при I- II степенях в 68 (15,3%), при III - 266 (60%), при IV-109 (24,6%) мочеточников соответственно. После операции пациенты наблюдались амбулаторно. Контроль анализов мочи и УЗИ с допплерографией выполнялись через 1, 3, 6 и 12 месяцев, 2 и 3 года, микционная цистография - через 1 и 2 года. Для оценки функционального состояния почек проводилась статическая нефросцинтиграфия.

Результаты. После первой инъекции рефлюкс разрешился в 411 (95 %) мочеточниках, после второй - в 20 мочеточниках (4,5%) - и после третьей инъекции - в 2 (0,5%). Рецидивов ПМР не выявлено.

У семнадцати (1,6 %) пациентов после манипуляции отмечена афебрильная инфекция мочевых путей, у 2– фебрильная, купировавшиеся консервативными методами. Рецидивов ПМР у этих пациентов не отмечено.

Не удалось устранить рефлюкс в 3 случаях (0, 7%) Этим пациентам была выполнена реимплантация мочеточников.

Обструктивные осложнения, после введения Vantris, развивались в 7 (1,6%) мочеточниках (6 больных). В двух случаях обструкцию удалось устранить с помощью стентирования. Остальные дети были оперированы.

Заключение. Анализ результатов доказывет, что эндоскопическая коррекция ПМР с помощью объемообразующего препарата Vantris представляет собой простую, безопасную и эффективную процедуру для лечения ПМР у пациентов старше 2-3 лет, которая может быть выполнена и амбулаторно в условиях стационаров кратковременного пребывания.

Роль адъювантной антиоксидантной терапии после варикоцелэктомии у больных с бесплодием.

Р. И. Овчинников, С. И. Гамидов, А. Ю. Попова, С. Х. Ижбаев

Отделение андрологии и урологии ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В. И. Кулакова»
г.Москва

Введение. Распространенность бесплодия в паре составляет около 15%. Мужской фактор имеет место примерно в половине случаев. Около 40% мужчин с бесплодием имеет варикоцеле. **Целью** настоящего исследования было изучить эффективность и безопасность адъювантной антиоксидантной терапии после микрохирургической варикоцелэктомии (МВЭ) комплексом ацетил-L-карнитина, L-карнитина фумарата и а-липоевой кислоты (СпермАктин-форте®) (СА), оценить его влияние на уровень фрагментации ДНК сперматозоидов.

Материалы и методы. В открытом проспективном рандомизированном исследовании участвовали 114 мужчин после МВЭ в возрасте 25 – 45 лет: (средний возраст 34,1 ± 12,1 года). Тридцать восемь мужчин адъювантно получали СА; 38 — СА в комбинации с витаминным комплексом (БЧП); 38 пациентов никакой адъювантной терапии не получали. Критериями оценки эффективности через 3 мес. являлись показатели спермограммы, уровень фрагментации ДНК сперматозоидов.

Результаты. Прогрессивная подвижность сперматозоидов возрастала после МВЭ на 21,7% от исходного уровня, причем на фоне приема СА это происходило за счет активной подвижности сперматозоидов (категории А) — на 76,7% к 3-му месяцу лечения. Назначение СА после МВЭ способствовало снижению уровня фрагментации ДНК сперматозоидов уже через 3 мес. лечения на 22,3%. При применении в послеоперационном периоде после МВЭ СА и БЧП концентрация сперматозоидов через 3 мес. возрастала на 27%. Побочных эффектов фармакотерапии зафиксировано не было. Статистическую значимость динамики показателей оценивали с помощью критерия Вилкоксона. Для всех критериев установлен критический уровень а=0,05.

Выводы. Назначение нутрицевтиков (СА) после МВЭ и является эффективным и безопасным методом адъювантной антиоксидантной терапии мужского бесплодия у больных варикоцеле, что приводит к улучшению основных показателей спермограммы (концентрации, подвижности сперматозоидов) и снижению уровня фрагментации ДНК сперматозоидов в ранние сроки. Адъювантная антиоксидантная терапия мужского бесплодия при варикоцеле потенцирует эффекты монотерапии (как консервативной, так и хирургической) и приводит к увеличению ее результативности и сокращению сроков наступления беременности. Требуется продолжение исследования в этой области для оценки отдаленных результатов лечения.

Осложнения реконструктивно-пластических операций на уретеровезикальном соустье: анализ ошибок, причины неудач.

А.Ю. Павлов, З.Р. Сабирзянова, О.В. Мифтяхетдинова, Г.В. Симонян

ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России
г. Москва

Реконструкция уретеровезикального соустья – уретероцистоанастомоз, по поводу обструктивного мегуретера или пузырномочеточникового

рефлюкса одна из наиболее распространенных операций в детской урологической практике. В год в России выполняется около 1200 первичных уретероцистонеостомий. Эффективность различных модификаций первичной операции достигает от 80 до 95%, а успешность восстановления послеоперационных нарушений уродинамики лишь до 30%.

Анализ 50 пациентов с послеоперационными нарушениями уродинамики после уретроцистоанастомоза: 16 – обструкция уретеровезикального соустья, 34- послеоперационный пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Методики первичного УЦА: по Коэну – 22 больных, Политано – 11 пациентов, экстравезикальный уретероцистоанастомоз – 11 больных, 6 пациентов – первичная методика не определена.

Возраст первичного оперативного вмешательства: 1 год жизни – 32 больных, 1-2 год жизни – 9 пациентов, 2-3 года - 2 пациентов, старше 3 лет – 7 больных.

Выполнение первичного УЦА на фоне «афункционального» мочевого пузыря у пациентов с уретрокутанеостомами - 6 больных.

Некоррегированные клапаны задней уретры выявлены у 11, аномалии строения уретры с дистопией семенного бугорка в заднюю уретру у 9 из 26 мальчиков с послеоперационным ПМР, а меатостеноз – у 4 девочек. Ранее не диагностированная миелодисплазия с нарушением опорожнения мочевого пузыря –у 8 пациентов.

Анатомические особенности строения неоуретеровезикального соустья, обусловленные техническими погрешностями первичной операции, выявлены лишь в 12 случаях послеоперационной обструкции в 2 случаях послеоперационного ПМР.

Таким образом, неэффективность уретероцистонеостомии определяется в первую очередь неполноценной оценкой функционального состояния нижних мочевых путей, что требует более тщательного предоперационного обследования для определения показаний к операции.

Выбор метода деривации мочи, как профилактика осложнений при лечении нарушений уродинамики.

А.Ю. Павлов, З.Р. Сабирзянова, О.В. Мифтяхетдинова, Г.В. Симонян.

ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России
г. Москва

Основным методом предотвращения прогрессивной потери функции почек или развития воспалительных осложнений урологических заболеваний является дренирование мочевых путей. На этапах лечения и реабилитации пациентов с обструктивными уропатиями требуется кратковременное или продленное дренирование мочевых путей различными методами, обеспечивающими адекватный отток мочи.

В клинике урологии РНЦРР с 2010 по 2017гг наблюдалось 900 пациентов, у которых на этапах лечения применялись методы деривации мочи.

Исходя из уровня дренирования, пациенты разделены на три группы: дренирование которым проводилось на уровне верхних мочевых путей (280), на уровне нижних мочевых путей (260), комбинированное дренирование (360). Дренирование на уровне ВМП возможно открытыми (нефростомия, и уретерокутанеостомия) и закрытыми методами (стетирование). Комбинированное дренирование бывает необходимо при установке стентов в верхние мочевые пути с целью коррекции пузырнозависимого компонента нарушения уродинамики. На уровне НМП дренирование заключается в катетеризации мочевого пузыря в постоянном (540) или в интермиттриующем режиме (60). Доступ к обеспечению дренирования мочевого пузыря в большинстве случаев - трансуретральный или артифициальный – цистостомия (24), либо путем формирования сухой катетеризируемой везико/аппендикостомы (8).

По технологии отведения мочи пациенты разделялись на больных с мочевыми дренажами (стенты, катетеры, нефростомы) и на больных со сформированными «сухими» (катетеризируемые стомы) или «мокрыми» (уретерокутанеостомы) мочевыми свищами, а также на пациентов, дренирование которым проводится в постоянном либо интермиттирующем режиме. При интермиттирующей катетеризации режим ее устанавливается на основании допустимых объемов мочевого пузыря, определяющихся на основании объемов возникновения ишурии либо путем цистографии под постянным лучевым контролем.

Таким образом, выбор тактики дренирования определялся: наличием или отсутствием воспалительного процесса в почках и мочевых путях, уровнем обструкции мочевых путей, степенью ретенционных изменений, функциональной сохранностью мышц мочевыводящих путей.

Связь индекса фрагментации ДНК сперматозоидов с наступлением беременности после микрохирургической варикоцелэктомии.

Д.В. Сизякин, Р.Г. Фомкин, С.И. Костюков, О.И. Пипченко, А.А. Лагутин

МБУЗ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1 им. Н.А. Семашко»
г. Ростова-на-Дону

Введение. По литературным данным 31-40% мужского бесплодия приходится на пациентов с варикоцеле (Greenberg S.H., 1978; Goldstein M., 1993). Варикоцеле является одной из основных причин нарушений сперматогенеза с высокой вероятностью повреждения ДНК сперматозоидов (Smith R., 2006; Zini A., 2011). Недостаточность протаминов (P1 и P2 связывающих белков) приводит к повреждению ДНК сперматозоидов и ухудшенной деконденсации сперматозоидов в процессе опло-

дотворения и ассоциируется с низкой частотой наступления беременности (Vincent W Aoki, 2005). Сперматозоиды с фрагментированной ДНК могут стимулировать апоптоз и мешать передаче отцовской генетической информации развивающемуся эмбриону и приводить к невынашиванию (Agarwal A., Said T.M., 2003).

Цель. Оценить изменение индекса фрагментации ДНК сперматозоидов (DFI) у бесплодных мужчин с клиническим варикоцеле после микрохирургической варикоцелэктомии и определить связь DFI с частотой наступления беременности.

Материалы и методы. В исследование включены 52 пациента с клиническим левосторонним варикоцеле. Средний возраст пациентов 33 ± 6,1 года. Средняя продолжительность периода неспособности к зачатию 3,5 ± 1,4 года. Контрольную группу составили 10 здоровых доноров с доказанной фертильностью. Всем пациентам проведено медицинское и репродуктивное обследование для исключения других причин мужского бесплодия, выполнена микрохирургическая варикоцелэктомия по Мармару. Фактор женского бесплодия исключён путём тщательного гинекологического обследования. По результатам наступления спонтанной беременности в течение 12 месяцев пациенты разделены на 2 группы. Первую группу с наступившей спонтанной беременностью составили 16 пациентов из 52 пар (30,7%). Вторую группу с отсутствием наступления спонтанной беременности составили 36 пациентов (69,3%). Исследование индекса фрагментации ДНК сперматозоидов (DFI) проводили методом SCD с использованием теста «HALOSPERM» через 3 и 6 месяцев после операции.

Результаты. Индекс фрагментации ДНК сперматозоидов (DFI) у пациентов до операции был выше и достоверно отличался с 10 контрольными субъектами (26,7% ± 5,5% и 12,1% ± 3,7%, соответственно, p <0,01). После хирургии в 1-й группе пациентов с наступившей беременностью средние значения DFI значительно улучшились в сравнении с исходными значениями и составили через 3 месяца и через 6 месяцев 20,5% ± 3,7% и 18,7% ± 4,3%, соответственно (p <0,01). В то же время, во 2-й группе пациентов с отсутствием наступления беременности через 3 месяца и 6 месяцев средние значения индекса фрагментации ДНК сперматозоидов (DFI) достоверно не изменились в сравнении с исходными данными и составили 24,4% ± 6,1% и 24,1% ± 5,4%, соответственно (p >0,05). Показатели индекса фрагментации ДНК сперматозоидов между двумя группами достоверно отличались, так через 6 месяцев в 1-й группе пациентов с наступившей спонтанной беременностью показатель DFI составил 18,7% ± 4,3% против 24,1% ± 5,4% во второй группе (p <0,01).

Выводы. Микрохирургическая варикоцелэктомия приводит к уменьшению фрагментации ДНК сперматозоидов. Достижение спонтанной беременности в течение 1 года наблюдения после операции отмечено в 1-й группе пациентов с лучшими результатами показателя DFI. Оценка изменения индекса фрагментации ДНК сперматозоидов после варикоцелэктомии может служить прогностическим критерием в наступлении спонтанной беременности.

Артериальная гемодинамика малого таза и мужская инфертильность.

Д.В. Сизякин

РостГМУ
г. Ростов-на-Дону

Гипоксия или ишемия тестикул чаще всего является следствием гемодинамических нарушений непосредственно в самом яичке или в паховом канале. Основными патологическими процессами, которые сопровождаются нарушением кровообращения яичка, являются паховые грыжи и варикоцеле. При этих заболеваниях нередко отмечается нарушение сперматогенеза и бесплодие (Kass E. 2001, Lee J., et al. 2006).

Целью данной работы явилось изучение сосудистых нарушений при различных патологиях органов мошонки и их возможной роли в патогенезе инфертильности.

В основу работы положены результаты клинических наблюдений, обследования и лечения 1025 пациентов, проходивших лечение в урологических клиниках г. Ростова-на-Дону, из которых 1 группа (292 пациента в возрасте 16 – 40 лет с паховыми и пахово-мошоночными грыжами), 2 группа (102 мужчины в возрасте 27-42 года с атеросклеротическим поражением подвздошных сосудов), 3 группа (631 пациент с варикоцеле в возрасте 15-40 лет)

Применялись морфологические методы световой и электронной микроскопии, исследовался эякулят, ультразвуковая допплерография сосудов семенного канатика и органов мошонки, тестикулосцинтиграфия.

Концентрация сперматозоидов у пациентов 1 группы была 34,1±4,6%; у больных 2 группы 46,0±6,4%, а жизнеспособность 42,7±2.2% и 54,2±3,1% соответственно. По показателям морфологического строения сперматозоидов, у пациентов 2 группы они были выше (51,2±1,9% и 34,3±1,4% соответственно). Объяснение этому можно найти в степени гемодинамических нарушений. Так, у больных 1 группы приток артериальной крови к яичкам значительно более снижен, чем у больных 2 группы (усредненная линейная скорость кровотока и объемная скорость кровотока была 7,31±0,91см/сек и 6,97±0,73мл/мин против 13,2±0,76 см/с и 14,8±2,45 мл/мин соответственно).

У больных 3 группы при допплерографии выявили, что пиковая систолическая скорость и конечная диастолическая скорость тока крови по артериям яичка у больных ниже на 16,1% и 16,6% соответственно, а индекс резистентности выше на 6,6 %, чем у здоровых добровольцев.

Морфологическое исследование биоптатов яичек при бесплодии выявили общие для всех трех групп изменения в паренхиме органа. Обнаруженные

нарушения со стороны семенных канальцев характеризовались поражением сперматогенного эпителия и структур, составлявших гематотестикулярный барьер, а морфологические изменения в ткани яичек значительно отличаются от изменений у субфертильных мужчин, не имеющих гемодинамических нарушений в яичках.

Выводы. Супрессия сперматогенеза и возникновение инфертильности у мужчин связана как с нарушением артериального притока к яичку, так и венозного оттока, что обуславливает ишемию яичка и повреждение процессов сперматогенеза.

В наибольшей степени повреждение процессов сперматогенеза обнаружено при нарушении артериального притока и связано с его длительностью и степенью выраженности.

У больных варикоцеле выявляют два варианта морфологических изменений сосудистого русла яичек: 1) мышечная гипертрофия стенки как венозных, так и артериальных сосудов с явлениями спазма последних и отсутствие морфологических признаков нарушения кровообращения в капиллярах, 2) нарушение кровообращения сочетается с тотальным склерозом стенки сосудистого русла яичек и их придатков.

Применение бос-терапии у детей с дисфункциональным мочеиспусканием. Как избежать неудач.

З.З. Соттаева [1], Л.Б. Меновщикова [1],
А.И. Гуревич [2], Р.И. Джаватханова [2]

[1] Кафедра детской хирургии РНИМУ
им. Н.И.Пирогова
г. Москва
[2] Кафедра лучевой диагностики детского
возраста ГБОУ ДПО РМАПО
г. Москва

Актуальность. Эвакуаторные нарушения акта мочеиспускания ненейрогенного генеза встречаются в детском возрасте достаточно часто (4,2 – 32 % случаев). Ограничения в использовании фармакотерапии подобных расстройств в педиатрии, заставляет детских урологов прибегать к неинвазивным методам лечения, в частности методу биологической обратной связи (БОС-терапия).

Цель. Определить показания к проведению сеансов БОС-терапияу детей с ненейрогенными вариантами микционных дисфункций с помощью динамической трансперинеальнойультасонографии.

Материалы и методы. 128 детей в возрасте от 5 до 14 лет (средний возраст – 8,9±3,1 лет) с дисфункциональным мочеиспусканием и наличием остаточной мочи (15-30%) были обследованы в 2012-2016 году, и них 69 девочек (54%) и 59 мальчиков. (46%). Наряду с традиционными методами, в диагностической протокол включена динамическая трансперинеальная ультасонография (Патент на изобретение № 2541337). Эта методика использовалась и для оценки отдаленных результатов, наряду с анализом урофлоуметрических показателей, определением объема остаточной мочи, частотой инфекционных осложнений.

Результаты. Парадоксальное движение мышц тазового дна выявлено у всех детей, что и явилось показанием к назначению БОС – терапии. Курс лечения составил 10 сеансов. Через 1 месяц после окончания курса, все дети отметили клиническое улучшение, урофлоуметрические показатели нормализовались в 56% (72 пациента), у 18 пациентов объем остаточной мочи уменьшился до 15-17% ($p<0,05$), у 38 – остаточной мочи не обнаружено, инфекционные осложнения до и после БОС-терапии диагностированы в 21,8% и 3,4% соответственно. При контрольной трансперинеальной ультрасонографии у всех детей отмечена положительная динамика, однако полного исчезновения парадоксальных движений тазового дна не отмечено.Всем детям рекомендовано проведение повторных курсов БОС – терапии через 3-6 мес.

Выводы. При отборе пациентов с микционными ненейроненными дисфункциями на БОС-терапию, проведение динамической трансперинеальной ультрасонографии является обязательным.

Оценка влияния хирургической коррекции варикоцеле у детей на состояние яичек.

А.О. Тарзян, С.П. Яцык, Е.Л. Семикина,
Э.К. Жамынчиев, А.А. Русаков

ФГАУ «ННПЦЗД» Минздрава России
г. Москва

Актуальность. Одним из наиболее неблагоприятных последствий наличия не корригированного варикоцеле у мужчины является бесплодие. В связи с этим ранняя диагностика и правильно выбранная тактика лечения крайне важна для сохранения репродуктивной функции.

Цель и задачи. Определить критерии нарушения гематотестикулярного барьера (ГТБ) до и после проведения хирургической коррекции у детей с варикоцеле. Оценить состояние ГТБ у детей с варикоцеле в до и послеоперационном периодах на основании показателей антспермальных антител (АсАт), ингибина В и клаудина 11.

Материалы и методы. В исследование включено 76 мальчиков в возрасте от 11 до 17 лет с варикоцеле III степени. Контрольная группа - 20 мальчиков в возрасте от 11 до 17 лет без андрологической патологии. Методом исследования являлось УЗИ органов мошонки, определение уровня Ингибина В, АсАт и титра белка клаудин 11 в сыворотке крови до хирургического лечения и в послеоперационном периоде.

Результаты. В дооперационном периоде уменьшение объема левого (9,76±0,58 $см^3$) контроль - 13,5±1,03 $см^3$, $p<0,001$) и правого яичка (10,96±0,614 $см^3$, контроль- 13,3±0,73 $см^3$, $p<0,001$). Через 6 месяцев после проведения хирургической коррекции установлено увеличение объема яичек: сле-

ва 10,53±0,55 см^3 (p<0,001), справа 11,88±0,59 см3 (p<0,001). Индекс резистентности (ИР) в интрапаренхиматозных сосудах левого яичка до оперативного лечения был ниже (0,53±0,009) группы сравнения (p<0,001). Через 6 месяцев после операции з значимое 0,6±0,006 (p<0,001) повышение ИР. Отмечалось повышение уровня Ингибина В через 6 месяцев (до 181.19±9.5 пг/мл, через 6 месяцев 205.8±10.7 пг/мл, p<0,001). Положительная взаимосвязь между уровнем ингибина В и объемом тестикул (rs = 0,44, p=0,018 – слева; rs = 0,34, p-0,02 справа) в позднем послеоперационном периоде. Уровень АсАт во всех группах оставался минимально низким. Выраженных изменений уровня клаудина 11 до и после операции не отмечалось (0.632±0.002 нг/мл) контроль (0.608±0.002 нг/мл), через 6 месяцев после хирургической коррекции (0.719±0.002 нг/мл).

Заключение. Комплексный анализ маркеров состояния гематотестикулярного барьера, в сочетании с УЗИ органов мошонки показал, что проведение хирургической коррекции варикоцеле не вызывает негативного влияния на состояние яичек в раннем (через 1 месяц) и отдаленном (через 6 месяцев) послеоперационном периоде, а также положительно влияет на дальнейшее формированию репродуктивной сферы у подростков.

Роль биокомплексов в андрологической практике

Г.В. Тер-Аванесов

ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова
г. Москва

Введение. Одной из ключевых проблем клинической андрологии является мужское бесплодие. За последние годы нарушение репродуктивной функции мужчин приобрело медицинскую и социальную значимость частоты инфертильности мужчин. Причин, приводящих к нарушению сперматогенеза с учетом генетических и электронно-микроскопических исследований достаточно много и в зависимости от них, применяются консервативные, хирургические и альтернативные (ВРТ) методы лечения. В последние годы в медицинской практике предложена большая группа лекарственных препаратов для коррекции нарушений репродуктивной функции мужчин, среди которых отмечается повышенный и обоснованный интерес к применению современных биокомплексов.

Целью исследования явилось клиническое изучение препарата Андрокомплекс СВ (фирма «Оптисалт») в лечении патозооспермии.

Материал и методы исследования. Единственным андрологическим нарушением, установленным в процессе обследования 57 мужчин, состоящих в бесплодном браке, явилась идиопатическая патозооспермия. Динамика показателей спермограмм, полученных в ходе клинического исследования выполнены открытым сравнительном методом. Все пациенты прошли обследования по специальному унифицированному протоколу ВОЗ (№84914), имели нормальное физическое развитие по данным физикальных данных и нормограмм, оценивали репродуктивные гормональные значения. У них не было выявлено острых и хронических заболеваний, инфекций гениталий, варикоцеле и другие причины, которые могли бы оказать негативное влияние на результаты работы. По данным исследуемых клинических и биохимических показателей сыворотки крови статистически значимых различий не получено. На протяжении всего исследования эти параметры оставались в пределах нормы и не имели тенденции к изменению (p>0,05).

Результаты исследования. Для пациентов с астенозооспермией через 1 и 3 месяца проведенного лечения препаратом «АНДРОКОМПЛЕКС СВ» зафиксировано достоверное увеличение подвижных форм сперматозоидов категории “a+b” с 23,1% до 34,8% и 41,5% соответственно (p<0,01). Следует отметить, что увеличение количества подвижных сперматозоидов происходило в основном за счет категории “a” (23,7%), т.е. сперматозоидов обладающих быстрым, линейным, прогрессивным движением.

Сравнительное изучение динамики показателей концентрации сперматозоидов у пациентов с олигозооспермией назначение препарата «АНДРОКОМПЛЕКС СВ» позволило статистически достоверно увеличить (p<0,01) данные характеристики спермы. Так, концентрация сперматозоидов на фоне проводимой терапии увеличилась с 11,1млн/мл до 14,6млн/мл к концу первого месяца, а через три месяца эта цифра составила 19,8млн/мл, т.е. количество сперматозоидов практически увеличилось более чем в два раза.

Следует отметить, что применение «АНДРОКОМПЛЕКС СВ» в данной группе пациентов позволило улучшить не только количественные и качественные характеристики спермы, но, что особенно важно, показатели морфологически нормальных форм сперматозоидов. Изучение сравнительной динамики значений этих показателей в ходе проводимого лечения свидетельствует о том, что процент морфологически нормальных форм сперматозоидов возрос с 1,9% до 2,7% через 1 месяц терапии и до 4,1% - через 3 месяца лечения, т.е. превысило примерно в 2 раза.

Сравнительные данные по изучению других параметров эякулята в группе мужчин с олиго-, астено- и тератозооспермией показали, что на фоне проводимого лечения «АНДРОКОМПЛЕКС СВ» в течение 3-х месяцев отмечено увеличение объема эякулята с 3,4мл до 4,7мл, по другим параметрам – pH, количество лейкоцитов, реологические свойства спермы – остались без существенных изменений (p>0,05)

Заключение. Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что «АНДРОКОМПЛЕКС СВ» представляет собой эффективно действующий препарат при лечении различных форм идиопатической патозооспермии. Однако, предпосылкой его успешного использования

является ряд условий, касающихся тщательности диагностической классификации нарушений сперматогенеза, выбора оптимальных доз и продолжительности лечения. Хотелось бы также отметить, что ни в одном случае при проведении работы побочных эффектов при применении препарата не отмечено.

О вариативности взаимоотношений дигидроэпиандростендиона и общего тестостерона

А.Г. Тонян[1], А.С.Тевосян[2]

[1] CityClinic, г.Краснодар
[2] ГБОУ ВПО КубГМУ, г.Краснодар

Введение. Повышение давления в левой почечной вене при варикоцеле, и как следствие избыточное количество стероидных антиандрогенов, приводит к угнетению сперматогенеза (Mac Leod J.1990, Мазо Е.Б. 1990).
Цель исследования. Оценить взаимоотношения уровня дигидроэпиандростендиона (ДГЭА) и общего тестостерона (ОТ) при варикоцеле.
Материалы и методы. В исследование были включены 30 фертильных мужчин с варикоцеле от 19 до 53 лет. Измеряли артериальное давление (АД) на спине, на животе, на правом и левом боку, сидя и стоя. В положении максимального и минимального систолического артериального давления (САД) утром в 8 часов натощак сдавали кровь на ДГЭА и ОТ с интервалом 5 минут.
Результаты. В 7 случаях при повышении АД повысился уровень ДГЭА и снизился уровень ОТ, а в 6 случаях при повышении ДГЭА уровень ОТ повысился. В 8 случаях снижение ДГЭА сопровождалось снижением ОТ и в 8 при снижении ДГЭА уровень ОТ повысился. В одном случае при снижении ДГЭА уровень ОТ не изменился.
Выводы. Утверждение, что при повышении давления в левой почечной вене гормоны коры надпочечника всегда повышаются и всегда блокируют сперматогенез нельзя считать доказанным.

Диагностическое значение оценки колебаний давления в левой почечной вене

А.Г. Тонян[1], А.С.Тевосян[2]

[1] CityClinic, г.Краснодар
[2] ГБОУ ВПО КубГМУ, г.Краснодар

Введение. В 1990 году Мазо Е.Б. и соавт. описали функциональную взаимосвязь надпочечников и яичек в патогенезе бесплодия у больных с левосторонним варикоцеле. Согласно этой концепции, при венной почечной гипертензии за счет рефлюкса крови по центральной вене левого надпочечника в корковом веществе последнего происходит гиперпродукция стероидных гормонов, обладающих антиандрогенной и антисперматогенной активностью. Лабильность венной почечной гипертензии (восстановление нормального кровотока в покое) обуславливает то, что эти гормоны, попадая в общий кровоток, угнетают сперматогенез в обоих яичках.
Если повышение давления в левой почечной вене не приводит к формированию рено-портального венозного анастомоза, то избыточное количество стероидных антиандрогенов, попадая в общий кровоток, приводит к еще большему угнетению сперматогенеза.
Этим объясняется то, что в одних случаях варикоцелэктомия приводит к фертилизации пациента, а в других – к появлению или усилению патоспермии и бесплодия.
Целью исследования оценка уровня гормона коры надпочечника дигидроэпиандростендиона (ДГЭА) при полипозиционном исследовании у лиц с ретроградным кровотоком при варикоцеле.
Материалы и методы. В исследование были включены 19 фертильных мужчин от 19 до 28 лет, здоровых по данным диспансерного обследования в рамках добровольного медицинского страхования и 35 мужчин от 22 до 35 лет с нарушениями фертильной функции. Измеряли артериальное давление (АД) в шести статических состояниях: на спине, на животе, на правом и левом боку, сидя и стоя. Учитывали только систолическое артериальное давление (САД), как показатель оценки артериального давления, принятый в кардиологии. В течение недели измерялось АД в шести положениях утром, сразу после пробуждения, и вечером, перед сном
Оценку ретроградного кровотока проводили в шести статических состояниях при цветном допплеровском картировании (ЦДК): на спине, на животе, на правом боку, на левом боку, сидя и стоя. Оценку магистрального венозного кровотока проводили в шести статических состояниях по показателю dVven: на спине, на животе, на правом боку, на левом боку, сидя и стоя. Нарушение кровотока фиксировали при dVven больше 20 см/с.
В положении максимального и минимального систолического артериального давления (САД) утром в 8 часов натощак сдавали кровь на ДГЭА с интервалом 5 минут.
Результаты. Измерение АД в шести состояниях выявило следующие закономерности:
- Максимальное САД в контрольной и исследуемой группах наблюдали в любом из шести статических состояний, dVven больше 20 см/с;
- Минимальное САД в испытуемой группе наблюдали в любом статическом состоянии, в исследуемой группе в положении на правом или левом боку, при dVven меньше 20 см/с;
- Ретроградный кровоток определен в положениях, где dVven больше 20 см/с;
- С повышением степени варикоцеле отмечено возрастание количества случаев с нарушением ретроградного кровотока.
- выявлены колебания уровня ДГЭА между положениями с минимальным и максимальным САД в контрольной группе от 0,23 до 0,74 нмоль/л, и от 0,1 до 0,9 нмоль/л, в исследуемой группе.

Выводы. Данные исследования доказывают целесообразность полипозиционной оценки ретроградного кровотока и уровня ДГЭА у лиц с нарушением фертильной функции. Колебания уровня ДГЭА могут быть маркером изменения давления в левой почечной вене, что может помочь в диагностике и лечении инфертильных мужчин с варикоцеле.

Коррекция оксидативного стресса в семенной плазме у мужчин с патоспермией в инфертильном браке.

С.В.Фесенко[1], В.Н.Фесенко[2], Д.Г. Кореньков[2], О.Ф. Каган[3], Н.С.Фесенко[2]

[1]Центр репродукции Генезис
г.Санкт-Петербург
[2]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова»
г.Санкт-Петербург
[3]Госпиталь ОрКли
г.Санкт-Петербург

Цель. Изучить влияние терапии L-карнитином в сочетании с оксигенобаротерапией на оксидативный стресс в семенной плазме при патоспермии у мужчин в инфертильном браке.
Пациенты и методы. 41 пациент с повышением маркеров оксидативного стресса в семенной плазме и неспецифической патоспермией при бесплодии в браке, получавшие терапию L-карнитином в сочетании с оксигенобаротерапией на протяжении 1-го месяца. Исследование показателей спермограммы проводилось до, сразу, через 1 и 2 мес после окончания терапии.
Результаты. При исследовании семенной плазмы пациентов 2-й группы после курса лечения L-карнитином в сочетании с ГБО в течение 1 мес отмечалось статистически значимое снижение активности оксидативного стресса, остававшееся в пределах нормы в течение всего срока наблюдения. При исследовании спермограммы у пациентов 2-й группы после окончания курса терапии отмечалось более чем в 1,5 раза увеличение общей и прогрессивной подвижности сперматозоидов, концентрации сперматозоидов, повышение более чем в 1,5 раза количества морфологически нормальных форм сперматозоидов, сохранявшиеся на протяжении всего срока наблюдения.
Заключение. Комбинированная терапия L-карнитином в сочетании с оксигенобаротерапией приводит к нормализации процессов свободнорадикального окисления в эякуляте, стойкому улучшению качественных и количественных показателей спермограммы у мужчин в инфертильном браке.

Ферментная терапия в комплексном лечении пациентов с обструктивной азооспермией

В.Н. Фесенко[1], С.Н. Калинина[1], Д.Г. Кореньков[1], С.В. Фесенко[1], М.В. Волкова[2].

[1]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
г.Санкт-Петербург
[2]СПБ ГБУЗ «Городская поликлиника №112»
г.Санкт-Петербург

Введение. Обструктивная азооспермия наблюдается у 20% всех мужчин с азооспермией и в 67% случаев обусловлена непроходимостью семявыносящих путей на уровне придатка яичка.
Цель исследования. Проанализировать влияние ферментной терапии на исходы и отдаленные результаты реконструкции семявыносящих путей у пациентов с обструктивной азооспермией.
Материалы и методы. В исследование включены 47 мужчин, которым выполнен эпидидимовазоанастомоз в связи с непроходимостью семявыносящих путей. 1-ая группа - 25 мужчин, помимо стандартной антибактериальной терапии получавшие препарат Лонгидаза 3000 МЕ внутримышечно 1 иньекция в 3 дня №20, 2-ая группа (контрольная) – 22 пациента, использовавших стандартную схему лечения.
Результаты. У пациентов 1-ой группы восстановление проходимости семявыносящих путей отмечено у 15 пациентов (60%). Во 2-ой группе аналогичные результаты получены у 12 человек (54,5%). Однако, у больных 1-ой группы, получавших терапию препаратом Лонгидаза по описанной ранее методике, отмечено более раннее восстановление проходимости в сравнении с мужчинами 2-ой группы (у 8 (32%) и 3 (13,6%) больных в 1-ой и 2-ой группах соответственно).
При анализе показателей спермограммы через 3 и 4 месяцев у пациентов 1-ой группы в сравнении с больными 2-ой группы отмечаются более высокие концентрация, общая и прогрессивная подвижность сперматозоидов.
Выводы. Результаты, полученные в ходе исследования подтверждают клиническую эффективность применения препарата Лонгидаза 3000 МЕ (внутримышечные инъекции) в комплексном лечении больных с обструктивной азооспермией, перенесших реконструктивно-пластическую операцию на семявыносящих путях.

Микронутриентная насыщенность у пациентов с патоспермией в сравнении со здоровыми лицами.

Цуканов А.Ю., Сатыбалдин Д.А.

ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет. Кафедра хирургических болезней и урологии ДПО
г. Омск

Цель исследования: сравнительная оценка нутриентной насыщенности пациентов с патоспермией в сравнении с мужчинами, имеющими нормальные показатели эякулята.
Материалы и методы. В исследовании приняли участие 25 мужчин с идиопатической формой мужского бесплодия и 27 мужчин с нормозооспермией. Время проведения: с 05.2016 – 04.2017. Оценивали содержание в крови таких витаминов как: Д, С, А, В9, Е, а также проводился анализ волос на содержание селена и цинка.
Результаты. У мужчин с нормозооспермией показатели содержания витаминов и микроэлементов не выходили за пределы референсных значений. У пациентов с патоспермией выявлено значительное снижение: витамина Д 23,65±11,5 нг/мл в контрольной группе 38,55± 6,71 (<0,001), витамина Е в основной группе 4,74±0,34 мкг/мл в контрольной 5,905± 1,6(<0,01), витамина В9 в основной группе 6,71 ± 0,66 нмоль/л в контрольной группе 8,14±0,57(<0,05), селена 0,78 ± 0,1 мкг/г в основной группе в контрольной группе 1,18±0,25(<0,05), цинка 173,9 ± 36,1 мкг/г в основной группе в контрольной группе 192,8±41,74(<0,001), то есть тех витаминов и микроэлементов, чья роль в сперматогенезе доказана и не вызывает сомнения.
Выводы. Таким образом у мужчин с патоспермией при отсутствии иных причин алиментарный фактор может расцениваться как основной.
Помимо этого, наличие алиментарного фактора может являться фоновым усугубляющим состоянием при наличие других причин патоспермии.
Алиментарные нарушения являются потенциально устранимыми.

Качество эякулята и половая конституция.

Цуканов А.Ю., Берсенев А.Е., Ахметов Д.С.

ФГБОУВО Омский государственный медицинский университет.
Кафедра хирургических болезней и урологии ДПО
г. Омск

Актуальность: 40-50% бесплодия связано с мужским фактором. Его традиционно связывают с конкретными нарушениями.
Цель исследования. Оценить зависимость репродуктивной функции мужчины от половой конституции.
Материалы и методы. Обследованы 85 пациентов в соответствии с рекомендациями РОУ. Средний возраст 34,2±8,1года, 63,5% женаты, 53% имеют детей, у 37% были воспалительные заболевания урогенитального тракта. Общий тестостерон (ОТ) 24,7±13,0 нмоль/л, ГСПГ 45,8±22,7 нмоль/л, Vэякулята 3,5±1,4 мл, концентрация 91,9±58,7млн, катА+В 49,6%. Определена половая конституция по Васильченко В.С., проведен корреляционный анализ.
Результаты. Больше концентрация сперматозоидов и больше прогрессивно-подвижных – выше вероятность зачатия ребенка (p=0,046, p=0,036). Выше ОТ – меньше возраст полового эксцесса (p=0,031). с возрастом увеличивается концентрация сперматозоидов (p=0,020) за счет уменьшения объёма эякулята (p=,018). От уровня ОТ не зависит показатели эякулята (объем p=0,951, концентрация p=0,314, быстрая прогрессия p=0,965, медленная прогрессия p-0,0364, малоподвижные p=0,614, неподвижные p=0,912). Подвижность сперматозоидов не зависит от возраста (быстрая прогрессия p=0,639, медленная прогрессия - p=0,191, малоподвижные p=0,245, неподвижные p=0,768).
Выше трохантерный индекс – меньше сперматозоидов медленной и больше быстрой прогрессии (p=0,020). Сильная зависимость: выше уровень ОТ – меньше детей у этого мужчины (p=0,007). Наличие регулярных устойчивых отношений коррелирует с наличием детей (p=0,05). Мужчины в стабильном условно физиологическом ритме (УФР), вне зависимости от показателей эякулята, имеют большую вероятность зачатия ребенка (p=0,020).
Выводы: в зрелом возрасте имеется более узкая широта эффекта лечения; уровень ОТ не влияет на эякулят; важную роль играют УФР и санация воспаления.

Коррекция дефицита микронутриентов у пациентов с идиопатической формой мужского бесплодия

А.Ю. Цуканов, Д.А. Сатыбалдин

ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет, кафедра хирургических болезней и урологии ДПО
г. Омск

Цель исследования. Оценить эффективность коррекции дефицита микронутриентов у пациентов с идиопатическим мужским бесплодием.
Материалы и методы. С 05.16 по 04.17 в исследование включено 25 мужчин с идиопатической формой мужского бесплодия. Проведен анализ сыворотки крови на содержание витаминов Д, С, А, В9, Е и анализ волос на содержание селена и цинка. В зависимости от выявленного дефицита проводилась коррекция лечебными дозами монокомпонентных лекарственных препаратов в течении 3-х месяцев с последующей оценкой спермограммы и уровня микронутриентов.
Результаты. Через 3 месяца в группе исследования выявлено увеличение подвижности сперматозоидов, как общей подвижности с 34,1 ± 12,8%

до 37,3±10,75 (p<0,05), так и количества прогрессивно-подвижных сперматозоидов с 22,1±10,7% до 25,2±8,3 (p<0,01), отмечен рост показателя морфологии сперматозоидов с 2,3±0,1% до 3,1±0,8% (p<0,01). Статистически значимого увеличения объема эякулята, концентрации и количества сперматозоидов, не выявлено. У всех пациентов достигнуты должные уровни микронутриентов.
На 4-й и 5-й месяц исследования зафиксированы 2 беременности.
Выводы. У мужчин с мужским бесплодием при отсутствии иных причин дефицит микронутриентов может расцениваться как основной.
Наличие дефицита микронутриентов может являться фоновым усугубляющим состоянием при наличие других причин патоспермии. Индивидуализированное восполнение дефицита микронутриентов позволяет улучшить показатели эякулята.

Особенности перекрута яичка в паховом канале у детей

И.С. Шорманов [1], Д.Н. Щедров [2]

[1] ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава РФ
г. Ярославль
[2] ГБУЗ ЯО ОДКБ
г. Ярославль

Заворот яичка в паховом канале является редкой формой торсии, что обуславливает ряд диагностических и лечебных трудностей и увеличивает тем самым актуальность данной патологии.
Наблюдали в клинике среди 249 пациентов заворотом, 12 (4,81%) с данной формой в возрасте от двух месяцев до 11 лет. При анализе клинического материала выявлен ряд особенностей, отличающих торсию эктопированного яичка от классического заворота, среди них:
- нетипичный возраст острого эпизода. Пик частоты приходится на возраст 2 г 4 месяца, а не на пубертатный период.
- особенности клинической картины и возраст пациента, затрудняющий контакт обусловили позднюю обращаемость. Срок заболевания на момент поступления составил 21,4 ± 3,2 часа, что больше, чем в типичной ситуации (13,3±2,1 часа).
- трудности диагностики. При первичном обращении правильный диагноз был установлен только у 5 (41,6%) пациентов, остальные направлены с иными диагнозами – паховая грыжа ущемленная, паховый лимфаденит, фуникулоцеле.
- при поступлении в стационар диагноз установлен только у 11 пациентов (91,7%), что меньше, чем при типичной картине (97,3%).
- УЗИ - и УЗДГ- оценка гонады затруднены малыми размерами яичка и изменением типичной топографии. Визуализация извитого семенного канатика отмечена у 9 пациентов (75%), трудности в оценке тестикулярного кровотока - у двух (16,7%).
Некроз яичка отмечен у 7 пациентов (58,3%), что обусловлено вышеназванными сложностями диагностики, большей длительностью заболевания и компрессией яичка в силу его атипичного расположения. В 4 случаях (33,3%) после деторсии производилась орхопексия по Шемахеру. У одного (8,3%) пациента ввиду грубых нарушений тестикулярной перфузии орхопексия выполнена отсрочено по восстановлении кровотока.
Таким образом, заворот яичка в паховом канале имеет характерные особенности клиники и диагностики и протекает менее благоприятно, чем в типичной ситуации.

Эффективность mesa и tese у мужчин с обструктивной азооспермией

П.И.Шустер

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет»
г. Омск

Около 15% мужчин в бесплодных парах страдают обструктивной азооспермией. Основным методом лечения в настоящее время является получение сперматозоидов хирургическим путем при микрохирургической аспирации из придатка яичка (MESA) и экстракции сперматозоидов из ткани яичка (TESE).
Население Омской области по данным Росстата в 2016 году составляет 1978466 человек. Население города Омска – 1173854 человека. В настоящее время функционирует пять Центров репродукции, осуществляющих программы ВРТ.
Эффективность ВРТ в настоящее время не превышает 30% и зависит от многих факторов, одним из которых является фрагментация ДНК сперматозоидов. По данным литературы она не должна превышать 15 – 30%. При превышении этого порога значительно повышается вероятность возникновения репродуктивных потерь (неразвивающаяся беременность, выкидыши, патологии плода) и в целом неудач программ ВРТ.
Под нашим наблюдением было 20 мужчин с обструктивной азооспермией в возрасте от 23 до 38 лет. Всем было проведено стандартное андрологическое обследование, включающее: оценка жалоб, анамнеза, физикальное исследование, спермограмма, гормоны крови, ингибин Б, урологическое УЗИ, ультразвуковое исследование и доплерография органов мошонки, генетические исследования. 10 мужчинам было выполнено MESA и 10 мужчинам было выполнено TESE в программах ВРТ. В ближайшем и отдаленном периодах послеоперационных осложнений не наблюдалось. Полученные сперматозоиды оценивались по степени фрагментации ДНК методом TUNEL в зависимости от источника получения (придаток яичка или ткань яичка). После забора сперматозоидов производилась их экспертиза и криоконсервация для последующего использования в программах ВРТ.
Уровень фрагментации ДНК сперматозоидов, полученных хирургическим путем, составил в среднем 29,5±15%. При этом оказалось, что фраг-

ментация ДНК сперматозоидов, полученных из придатка яичка (MESA), достоверно превышала таковую по сравнению со сперматозоидами, полученными из ткани яичка (TESE) – 38,5±10% и 15,5±5% соответственно (p<0,05).
В последние годы наблюдается увеличение количества клиник, желающих «зарабатывать» на программах ВРТ. При этом эффективность их работы остается весьма низкой, а порой уровень профессионализма остается весьма сомнительным. Несмотря на относительную простоту и легкость получения сперматозоидов из придатка яичка (MESA) при обструктивной азооспермии, результаты программ ВРТ с их использованием можно оценить как неудовлетворительные. Это может быть связано с повышенным уровнем фрагментации ДНК сперматозоидов при данном заборе. В то же время, в тканях яичка этот показатель более чем в 2 раза ниже и укладывается в стандарт нормативных значений. Таким образом, это позволяет рекомендовать использование сперматозоидов, полученных из ткани яичка (TESE), как более эффективную технологию. В целом же, требуются дальнейшие углубленные исследования с целью повышения эффективности результатов программ ВРТ, увеличения рождаемости здоровых детей.

Осложнения лапароскопической пиелопластики у детей.

С.П. Яцык, С.А. Карпачев, А.А. Русаков, Э.К. Жамынчиев

ФГАУ «ННПЦЗД» Минздрава России
г. Москва

Актуальность. Существует большое количество методик восстановления проходимости ЛМС как резекционных, так и с сохранением мочевой дорожки. С совершенствованием технических возможностей появляются и новые методики. Наиболее перспективными на сегодняшний день являются методики с использованием лапароскопического и ретроперитонеоскопического доступа. Однако применение современного оборудования, а также формирования анастомоза в условиях брюшной полости несет за собой определенные технические и тактические новации.
Цель исследования. Изучить эффективность методов и сроков дренирования верхних мочевых путей после лапароскопической пиелопластики.
Материалы и методы. Выполнено ретроспективное исследование осложнений после лапароскопических пиелопластик с использованием внутреннего стента в виде нарушения уродинамики верхних мочевых путей. Выполнено сравнение с группой детей, которым в целях деривации мочи использовалась пиелостомия.
Результат. В группе детей с лапароскопической пиелопластикой с использованием внутреннего стента мы столкнулись со следующими осложнениями: у 2-х детей на фоне нарушения проходимости стента отмечался мочевой затек в брюшную полость, что потребовало переустановки стента. У 4 детей после удаления стента появились боли, клинические проявления пиелонефрита, отрицательная динамика по данным УЗИ, что потребовало рестентирования. У 1 ребенка в связи с неудачной попыткой рестентирования установлена пункционная нефростома и в период от 4 до 6 месяцев после первичной пластики ЛМС проведено повторное оперативное вмешательство.
В группе сравнения деривация мочи осуществлена путем наложения пиелостомы. Стомы удалялись на 4-5 сутки после пробы с индигокармином.
Обсуждение. Лапароскопический доступ в лечении гидронефроза является малоинвазивной перспективной методикой, однако при выборе метода деривации мочи, планирования геометрии и протяженности анастомоза необходимо анализировать индивидуальные особенности состояния и расположения ЧЛС. С нашей точки зрения пиелостомия на данный момент является оптимальным выбором деривации мочи.

Ведение пациентов после коррекции гипоспадии в раннем послеоперационном периоде

Яцык С.П, Жамынчиев Э.К.,
Русаков А.А., Беспалюк О.И.

ФГАУ «ННПЦЗД» Минздрава России
г. Москва

Актуальность. Послеоперационное ведение пациентов с различными формами гипоспадии всегда имеет множество нюансов и во многом остается дискутабельным.
Различные послеоперационные осложнения такие как, свищеобразование, нагноение послеоперационной раны, лизис уретры во многом зависит от чистоты перевязочного материала, степени контоминации повязки микробной флорой, а также выбора катетера для деривации мочи.
Цель и задачи. Определить частоту и виды послеоперационных осложнений в зависимости от выбора уретральных катетеров для деривации мочи, сухости послеоперационной повязки, контоминации ее бактериальной флорой
Материал и методы. Исследование проводилось у 42 пациентов в возрасте от 8 месяцев до 14 лет разделенных на 2 группы в равных количествах. В первой группе деривация мочи осуществлялась с помощью назогастрального питательного зонда из мягкого пвх материала диаметром от 8 до 12 Ch. Во второй группе пациентов деривация мочи осуществлялась с помощью стандартных катетеров Неалотон с одинаковым диаметром что и зонды 1 группы. Методами исследования являлось оценка состояния влажности-сухости повязок, бактериологический посев послеоперационных повязок, визуальная оценка заживления послеоперационных ран наличие/отсутствие воспаления.
Результат. В первой группе пациентов для деривации мочи использовался питательный на-

зогастральный зонд. Большинство повязок (у 17 пациентов - 81 %) оставались сухими, у 4 пациентов – 19% отмечалось мочеиспускание помимо катетера. При бактериальном посеве повязок у 15 человек -71% на обычных питательных средах роста флоры не выявлялось, в 6 случаях отмечался рост Enterococcus faecalis, Escherichia coli, Staphylococcus epidermidis. При визуальной оценке заживления послеоперационных ран в 90,5% воспаления не наблюдалось, у 2-х пациентов – 9,5% отмечались признаки вторичного воспаления послеоперационных ран.
Во второй группе пациентов для деривации мочи использовался стандартный катетер Неалотона. У 14 пациентов – 66% отмечались эпизоды мочеиспускания помимо катетера начиная с 1-х суток, у 8 пациентов – 34% повязки оставались сухими. По бактериальному посеву у 18 пациентов – 87,5% отмечалась контаминация повязки Staphylococcus epidermidis, Enterococcus faecium, Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus epidermidis. При визуальной оценке заживления послеоперационных ран у 10 пациентов – 47,6% признаков воспаления ран не было, в 1 случае – 4,7 % отмечался лизис артифициальной уретры, у 4 детей – 19% пациентов отмечались признаки вторичного воспалительного процесса послеоперационной раны с образованием свищей.
Заключение. Деривация мочи с использованием назогастрального зонда является более предпочтительной относительно стандартного катетера Неалотона, в связи с большей эластичностью стенки катетера, что повышает качество отведения мочи, особенно в ранний послеоперационный период. От качества деривации мочи напрямую зависит фактор «сухости», контоминация ее бактериальной флорой, что может напрямую влиять на заживление послеоперационных ран.

Методы электрокоагуляции при лапароскопических операциях на мочеполовой системы у детей.

Яцык С.П., Поддубный И.В., Туров Ф.О.,
Глыбина Т.М. Жамынчиев Э.К.,

ФГАУ «ННПЦЗД» Минздрава России
г. Москва

Актуальность. Имеются различные технические подходы к выполнению лапароскопических операций, принципиальные их отличия заключаются в выборе методики коагуляции. Использование той или иной методики коагуляции определяется предпочтением хирурга и наличием в клинике соответствующего технического оборудования. До сегодняшнего времени в детской хирургии в основном применяются моно- и биполярные токи, принципы, воздействия которых на органы и ткани лежат в основе режущих и коагулирующих свойств электроинструментов.
Цель исследования. Оптимизация методов интраоперационного гемостаза, применяемых при выполнении лапароскопических операций на органах мочеполовой системы у детей.
Пациенты и методы. В исследование включено 110 детей с лапароскопическими операциями на мочеполовой системе которым выполнялись операции: нефруретерэктомия, геминефрэктомия, иссечение кисты почки, удаление кистозного образования яичника. Основная группа 60 детей с патологией мочеполовой системы, которым выполнена лапароскопическая операция с применением оптимизированного метода гемостаза с использованием аппарата Лигирования сосудов. Группа сравнения 50 детей с патологией мочеполовой системы которым была выполнена лапароскопическая операция со стандартным методом гемостаза с применением моно и биполярного коагулятора в период с 2010-2015 гг.
Результаты. Длительность операции при стандартном методе гемостаза значительно превышала чем при оптимизированном методе ($p<0,005$) от 40 до 70 минут. Это было связано с быстрой диссекцией тканей и коагуляцией за счет использования электрохирургического аппарата Лигирования сосудов.
Величина кровопотери среди оперированных детей, лапароскопическим доступом на органах мочеполовой системы, варьировала от 15 до 80 мл, в среднем составив 34,2 мл. Общая величина кровопотери не превышала 50мл. При этом минимальная кровопотеря наблюдалась у 96,4% детей, оперированных с применением аппарата Лигирования сосудов, у 75,9% больных при использовании монополярной и биполярной коагуляции при стандартном методе гемостаза.
При выполнении оптимизированного метода гемостаза не отмечено осложнений, а также конверсий, повреждения крупных сосудов и близлежащийх органов и систем, в то время как в группе со стандартным применением гемостаза было у 2-х пациентов повреждение толстой кишки при выполнении нефруретерэктомии.
Использование наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде в группах с оптимизированным и стандартным методом гемостаза статистически не различались ($p>0,05$).
Заключение. На основании полученных результатов исследования сформулированы критерии выбора электрохирургических, и прочих методов гемостаза при различных лапароскопических вмешательствах на органах мочеполовой системы у детей.
Выполнена сравнительная оценка эффективности предлагаемого оптимизированного и общепринятого ранее «стандартного» алгоритма интраоперационного гемостаза при эндохирургических операциях по поводу распространенных видов патологии мочеполовой системы.
Предупреждение возможных осложнений при использовании тех или иных способов интраоперационного гемостаза.

ПЛАТИНОВЫЕ СПОНСОРЫ:

astellas

SANOFI

ГЕНЕРАЛЬНЫЕ СПОНСОРЫ:

STADA

teva

SUN PHARMA

ОФИЦИАЛЬНЫЕ СПОНСОРЫ:

БЕРЛИН-ХЕМИ МЕНАРИНИ

OLYMPUS

Bionorica

НПО ПЕТРОВАКСФАРМ

Препараты будущего – сегодня

Pfizer

СПОНСОРЫ:

materia medica

Enterosgel ЭНТЕРОСГЕЛЬ

Dornier MedTech

ЦИТОМЕД

B BRAUN SHARING EXPERTISE

СЭЙДЖ

Lilly

XIII СЪЕЗД, XVII КОНГРЕСС

РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

«110 лет Российскому обществу урологов»

www.congress-rou.ru