

# Експериментальне дослідження паренхіми нирок у кроля при моделюванні одностороннього ішемічного ушкодження

*І.Є. Сербіна, Г.Г. Нікуліна, Л.Я. Мигаль, В.О. Пирогов, С.В. Нікітаєв*

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

У гомогенаті нирок кролів, у яких шляхом накладання лігатури на верхній полюс однієї нирки на 3–8 міс викликали розвиток хронічної ішемії цього органа, з метою дослідження впливу порушення ниркової гемодинаміки на ішемізовану та інтактну контрлатеральну нирку вивчали активність ферментів лужної фосфатази (ЛФ),  $\gamma$ -глутамілтранспептидази (ГГТ), нейтральної та кислої  $\alpha$ -глюкозидаз (НГ та КГ) – ензимів епітелію проксимальних каналців нефрону, що беруть участь у метаболізмі фосфору (ЛФ), білків (ГГТ) та вуглеводів (НГ та КГ). Було досліджено 3 здорових кроля (6 нирок) і у 10 кролів було відтворено хронічну ішемію. У здорових кролів активність ЛФ, ГГТ, НГ та КГ в паренхімі нирки була відповідно  $442,9 \pm 24,3$ ,  $750,7 \pm 47,6$ ,  $266,3 \pm 16,9$  та  $148,0 \pm 10,7$  нмоль/с  $\times$  г тканини. При хронічній ішемії ак-

тивність зазначених вище ферментів становила в ураженій нирці  $259,2 \pm 47,7^*$ ,  $533,1 \pm 104,2$ ,  $101,1 \pm 21,6^*$  та  $52,6 \pm 10,5^*$ , в інтактній нирці – відповідно  $326,6 \pm 59,8$ ,  $667,5 \pm 111,2$ ,  $142,6 \pm 22,5^*$  та  $83,6 \pm 15,9^*$  (\* –  $p < 0,01-0,001$  в порівнянні з нормою). Як видно з наведених результатів, при хронічній ішемії спостерігаються значні зміни активності досліджуваних ферментів в ураженій нирці та зміни активності НГ та КГ в контрлатеральній. Найбільших змін зазнає метаболізм вуглеводів, а саме ланка розщеплення мальтози з утворенням глюкози, яка каталізується ферментами НГ та КГ.

Таким чином, встановлено, що хронічна ішемія однієї нирки призводить до зміни метаболізму не лише в ураженому органі, але й впливає на функціонування контрлатеральної нирки.

## Недержание мочи при напряжении: упражнения Кегеля, электростимуляция или магнитная иннервация тазового дна?

*Ф.И. Костев, М.В. Шостак, Ю.Ю. Петровский*

Одесский национальный медицинский университет

Стрессовое недержание мочи (СНМ), присущее, по данным ICS, около 40% женщин старше 40 лет и почти 50% старше 60 лет, часто называют «тихой эпидемией», так как большинство женщин предпочитают не обращаться по поводу этого страдания к врачу, полагая что оно естественно возникает в связи с возрастом и является неизлечимым. Современный взгляд на патогенез СНМ рассматривает основной причиной этого страдания слабость мышц тазового дна и пролапс тазовых органов (ПТО). Прогрессивно расширяющийся арсенал современных методов лечения данной патологии определяет необходимость тщательного подбора средств с максимальным соотношением терапевтической эффективности/доступности/безопасности для выбора оптимальной тактики ведения конечного пациента.

Нами проведено пилотное исследование эффективности различных методов консервативного лечения данной патологии у 22 женщин со СНМ, разделенных в сопоставимые по спектру клинико-anamnestических характеристик группы: 8 пациенток получали электростимуляцию (ЭС) тазового дна посредством вагинального зонда (UrostimII, Schwabe-Medico, Германия, 3 раза в неделю, 12 процедур), 6 – экста-

корпоральную магнитную иннервацию (ЕхМІ) тазового дна (Neocontrol, Kitalpha, Германия, 3 раза в неделю, 12 процедур), 8 – тренировку тазового дна (ТТД) по А.Кегелю, схема PERFECT (ежедневно по 20 мин, 1 мес). В исследование не включали пациенток с выраженным ПТО (Grade 2–3 POP). Анализ эффективности терапии включал оценку симптомов СНМ и качества жизни по ICIQ-SF и Pad-тест.

**Результаты.** Негативных проявлений назначенного лечения отмечено не было. По завершению лечения в группе ЭС полное удержание мочи отмечено у 1 (12,5%) пациентки, в группе ЕхМІ – у 2 (33,3%) больных, в группе ТТД – не отмечено. Субъективное улучшение удержания отметили 4 (50%), 5 (83,3%) и 2 (25%) больных соответственно (согласно Pad-тесту –  $\Delta M/\text{день} = 2,4; 3,1; 1,9$  соответственно). Сходную динамику продемонстрировали результат анализа ICIQ-SF: в группе ЭС динамика составила 32,3%, ЕхМІ – 38,6%, ТТД – 20,4%.

**Вывод.** Предварительные данные демонстрируют преимущество консервативного лечения СНМ среди больных, получавших методы ЕхМІ и ЭС тазового дна по сравнению с «нативной» ТТД по А.Кегелю и показывают вектор дальнейших исследований в этой сфере.