

# Зв'язок інфікованості *Mycoplasma hominis* та *Ureaplasma urealyticum* з виникненням ранніх післяопераційних ускладнень у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози

С.П. Пасєчников, М.В. Мітченко, В.С. Грицай, А.С. Глебов

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ  
ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

У літературі і до цього часу відсутні публікації, які висвітлюють вплив *Mycoplasma hominis* та/або *Ureaplasma urealyticum* (МН та УУ) на виникнення ранніх післяопераційних ускладнень (РПУ) у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ).

**Мета дослідження:** вивчити вплив інфікованості МН та УУ на виникнення РПУ після черезміхурової простатектомії (ЧП) у хворих на ДГПЗ.

**Матеріали та методи.** Обстежено 152 хворих на ДГПЗ, яким проведена планова ЧП. Інфікованість МН та УУ вивчали за допомогою полімеразної ланцюгової реакції у генітальних екскретах (ГЕ) та у видаленій під час операції тканині передміхурової залози (ПЗ). До I групи ввійшли 49 пацієнтів, у яких було виявлено ДНК МН та

УУ. II групу склали 103 пацієнта, які не інфіковані цими збудниками.

**Результати дослідження.** При дослідженні інфікованості МН та УУ в ГЕ і інтраопераційно видаленій тканині ПЗ 152 хворих у 49 (32,2%) було виявлено ДНК цих збудників. Структура РПУ у хворих на ДГПЗ залежно від виявлення МН та УУ представлена в таблиці.

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

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

Структура РПУ у хворих на ДГПЗ залежно від виявлення ДНК МН та/або УУ

| Ускладнення                              | Кількість хворих           |          |                               |          | p     |
|--|----------------------------|----------|-------------------------------|----------|-------|
|  | Інфіковані МН та УУ (n=49) |          | Неінфіковані МН та УУ (n=103) |          |       |
|  | Абс. число                 | %±m      | Абс. число                    | %±m      |       |
| Нагноєння рани                           | 3                          | 6,1±3,4  | 3                             | 2,9±1,7  | >0,05 |
| Гострий орхоепідиміт                     | 6                          | 12,2±4,7 | 5                             | 4,9±2,1  | >0,05 |
| Гострий уретрит                          | 7                          | 14,3±5,0 | 5                             | 4,9±2,1  | >0,05 |
| Гострий пієлонефрит                      | 4                          | 8,2±3,9  | 8                             | 7,8±2,6  | >0,05 |
| Усього інфекційно-запальних ускладнень   | 20                         | 40,8±7,0 | 21                            | 20,4±4,0 | <0,05 |
| Довготривала або профузна макрогематурія | 8                          | 16,3±5,3 | 14                            | 13,6±3,4 | >0,05 |
| Усього                                   | 28                         | 57,1±8,6 | 35                            | 34,0±4,7 | <0,05 |

## Лікування нефролітіазу дивертикулів чашок

А.Ц. Боржієвський<sup>1</sup>, Р.З. Шеремета<sup>1</sup>, Р.І. Паюк<sup>2</sup>, Ц.К. Боржієвський<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

<sup>2</sup>Львівська обласна клінічна лікарня

Дивертикул чашки – це аномалія структури паренхіми нирки, яка зустрічається у 0,4% випадків.

**Мета дослідження.** Проаналізувати та покращити результати лікування хворих на нефролітіаз дивертикула чашки нирки.

**Матеріали та методи.** При лікуванні 16 хворих на нефролітіаз дивертикулів чашок застосовували ультразвукову контактну літотрипсію. У всіх випадках прямим доступом через велику чашку дивертикула пунктували або розсікали, при

цьому шийку дивертикулу надсікали або розширювали, камені були роздроблені повністю або частково. Припалювання стінок дивертикула здійснювали у 14 (87,5%) випадках. Через дивертикулярний дренаж залишався на місці на 3–5 днів, доки за даними нефростомограми не було жодної екстравазації.

**Результати дослідження.** 13 пацієнтів (81,3%) були звільнені від каменів. В інших 3 (18,7%) випадках була виконана аспірація вмісту кісти, розсічення каналу і коагуляція

слизистой оболочки дивертикула. В усіх випадках проводили дренажу дивертикула протягом 5–6 днів. Через 1 рік 14 (87,5%) пацієнтів були звільнені від каменів, облітерація дивертикула спостерігалась у 10 (62,5%) пацієнтів. Ретроспективно за даними тривалого спостереження у одного хворого виник рецидив каменя (6,3%).

**Висновки.** Лікування хворих з даною аномалією залежить від наявності каменя, розмірів дивертикула, його вмісту, супроводжувальних ускладнень і ступеня вторинного пієлонефриту. Черезшкірна нефролітотрипсія є методом вибору лікування нефролітіазу дивертикулів чашок.

## Перкутанна нефролітотрипсія як метод вибору лікування нефролітіазу у хворих з аномаліями нирок

**А.Ц. Боржівський<sup>1</sup>, Р.І. Паюк<sup>2</sup>, Р.З. Шеремета<sup>1</sup>, О.І. Слабий<sup>2</sup>, М.М. Чапля<sup>1</sup>, Ц.К. Боржівський<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

<sup>2</sup>Львівська обласна клінічна лікарня

Уролітіаз супроводжує аномалії нирок та верхніх сечових шляхів у 15,4–34,4%, стійко утримуючи друге місце в структурі захворюваності цієї групи хворих після пієлонефриту.

**Мета дослідження.** Вивчити ефективність перкутаної нефролітотрипсії (ПНЛ) у хворих з каменями аномальних нирок.

**Матеріали та методи.** За період з 1 квітня 2004 року по 1 липня 2013 року було виконано 119 перкутанних нефролітотрипсій 108 пацієнтам із сечокам'яною хворобою аномальних нирок. У 54 хворих спостерігали нефролітіаз подвоєних нирок, у 26 хворих – нефролітіаз дистопованих нирок, а у 28 хворих – камені підковоподібних нирок.

**Результати дослідження.** У 28 хворих з каменями підковоподібних нирок виконано 31 ПНЛ, у 26 хворих з каменями

дистопованих нирок виконано 28 ПНЛ, у 54 хворих з каменями подвоєних нирок виконано 60 ПНЛ. Ефективність ПНЛ підковоподібних нирок як монотерапії становить 85,7%, дистопованих нирок – 80,8%, подвоєних нирок – 77,8%. Комбінація з ЕУХЛ підвищує ефективність лікування хворих з підковоподібною ниркою до 96,4%, дистопованою ниркою – 96,2%, подвоєнням нирок – 94,4%. Ускладнення при виконанні 119 ПНЛ у 108 хворих на «проблемний» нефролітіаз аномальних нирок зустрічалися у 24 хворих (22,2%), серед них найчастіше спостерігали загострення пієлонефриту та кровотечу в післяопераційний період.

**Висновки.** Ефективність ПНЛ як монотерапії становить 80,6%. Використання комбінації ПНЛ з ЕУХЛ підвищує ефективність лікування до 95,4%.

## Оценка функциональных результатов и качества жизни больных с почечно-клеточным раком

**Ю.П. Серняк, Ю.В. Роцин, А.С. Фуксзон, М.В. Криштопа, В.А. Мех**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Цель работы:** сравнительный анализ отдаленных функциональных результатов и качества жизни больных при выполнении лапароскопической радикальной нефрэктомии (РНЭ) и резекции почки (РП) при почечно-клеточном раке (ПКР).

**Материалы и методы.** Нами изучено 76 пациентов с ПКР. Первую группу составили 40 (53%) пациентов, которым выполнили РНЭ. Вторую группу составили 36 (47%) человек, которым произведена РП почки. Размеры опухоли первой группы 2,5–6,0 см, а второй группы – 1,8–4,5 см. Функциональное состояние почек оценивали по клубочковой фильтрации (КФ) и креатинину. Качество жизни (КЖ) изучали по опроснику EORTC.

**Результаты исследования.** Длительность операции первой группы от 127 до 326 мин, объем кровопотери – от 50 до 350 мл. Продолжительность операции во второй группе от 75

до 205 мин, объем кровопотери от 20 до 170 мл. Средний уровень креатинина перед операцией в первой группе 71,4±2,56 мкмоль/л, а во второй группе – 64,6±3,12 мкмоль/л. Через 40 мес средний уровень креатинина в группе РНЭ 91,31±1,2 мкмоль/л, а в группе РП – 70,19±2,06 мкмоль/л. КФ в отдаленные сроки в группе РНЭ снижалась на 14–27%. У 3 (10,0%) пациентов группы РНЭ развилась почечная недостаточность.

КЖ в группах РП и РНЭ: физическая активность – 4,7±0,3 против 6,2±0,9. Общее здоровье – 5,2±0,4 против 7,1±1,3. Жизнестойкость – 4,4±0,5 против 6,1±0,9. Социальная адаптация – 4,7±1,0 против 6,3±0,4.

**Выводы.** РП является предпочтительным методом лечения ПКР при небольших размерах опухоли, что позволяет сохранить функцию почек при идентичных онкологических результатах.

# Эффективность раствора декаметоксина в комплексном лечении женщин с обострением хронического цистита

**С.В. Берестенко**

ГУ «СМСЧ-9 МЗ Украины»

Бесконтрольное применение антибиотиков привело к возникновению хронических циститов с устойчивой микрофлорой в слизистой оболочке мочевого пузыря, трудно поддающейся лечению с использованием известных методик и антибактериальных препаратов. В связи с этим нами была поставлена цель – улучшить результаты лечения пациенток с хроническими циститами. Для достижения поставленной цели мы применили инстилляции в мочевой пузырь антисептика Декасан® (0,02% раствора декаметоксина) (производитель ООО «Юрия-Фарм», Украина).

Пациенткам первой группы (32 женщины) в мочевой пузырь внутривезикулярно вводили раствор антисептика Декасан® в концентрации 1:5 или 1:7. Пациенткам второй группы (25 женщин) – больным хроническим циститом – в мочевой пузырь вводили аптечный раствор фурацилина. Контрольную (третью) группу составили 30 пациенток с хроническим циститом, которым внутривезикулярно инстилляции не проводили. Всем пациенткам проводили антибактериальную терапию в соответствии с микробиологическими посевами мочи с определением чувствительности выделенных культур к антибиотикам, в обязательном порядке назначали нитрофураны.

Клиническую эффективность оценивали по таким данным, как исчезновение боли и резей при мочеиспускании, уменьшение частоты мочеиспусканий до 5–6 раз в сутки, нормализация анализа мочи, отсутствие рецидива заболевания в течение 6 мес. В первой группе рецидив заболевания возник у 3 пациенток (9,3%), во второй группе – у 8 пациенток (32%), в третьей группе – у 8 (26%). Таким образом, необходимо отметить, что применение комплексной методики лечения хронического неослож-

ненного бактериального цистита с использованием инстилляций раствора Декасана® в мочевой пузырь оказалось эффективным в 90,7% случаев, с применением инстилляций фурацилина – в 68%, а без применения местного лечения – в 74% случаев.

Также для лечения хронического бактериального цистита при использовании инстилляций раствора антисептика Декасан® уменьшалась концентрация вводимых в организм большого количества антибиотиков, что снижало материальные затраты на лечение, аллергизацию организма и сводило до минимума возникновение дисбактериозов у пациенток.

## ВЫВОДЫ

1. Раствор 0,02% декаметоксина – Декасан® – эффективный антисептик для местного применения (инстилляций в мочевой пузырь), который оказывает выраженный клинический эффект у больных с хроническим бактериальным циститом.

2. Препарат Декасан® в разведении 1:5 и 1:7 хорошо переносится больными, не вызывает негативных реакций при инстилляциях в мочевой пузырь. Эффективность лечения неосложненного хронического бактериального цистита с использованием раствора Декасана® составила 90,7%.

3. Декасан® при комплексном лечении хронического бактериального цистита различной этиологии дает возможность уменьшить количество и дозы антибактериальных препаратов, что положительно влияет на клинический и экономический эффект лечения.

4. Декасан® рекомендуется к медицинскому применению для инстилляций как стационарным, так и амбулаторным больным с хроническим циститом различного генеза.

# Черезшкірна нефролітотрипсія в лікуванні хворих на нефролітіаз

**А.Ц. Боржієвський<sup>1</sup>, Р.З. Шеремета<sup>2</sup>, Ю.Б. Борис<sup>1</sup>, А.З. Журавчак<sup>2</sup>, В.В. Дмитрієнко<sup>1</sup>, О.Е. Личковський<sup>1</sup>, Р.І. Паук<sup>2</sup>, О.І. Слабий<sup>2</sup>, О.Б. Волошинський<sup>2</sup>, Ц.К. Боржієвський<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

<sup>2</sup>Львівська обласна клінічна лікарня

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

**Мета дослідження.** Проаналізувати та покращити результати лікування хворих на нефролітіаз методом черезшкірної нефролітотрипсії (ЧШНЛ).

**Матеріали та методи.** За період з липня 1998 по липень 2013 р. проведено 2981 ЧШНЛ у 2756 хворих. Двобічний нефролітіаз – у 302 (11%) хворих. Камені в аномальній нирці спостерігалися у 124 (4,5%) пацієнтів, камені єдиної функціонуючої нирки були у 81 (2,9%) хворого, рецидивний у 997 (36,2%) випадках. Коралоподібний нефролітіаз I ступеня зустрічався у 346 (12,5%) хворих, II ступеня – 467 (17%), III ступеня –

405 (14,7%) хворих. Камені миски були у 1118 (40,5%) хворих, камені чашки – у 178 (6,5%), множинні камені нирки – у 242 (8,8%) хворих.

**Результати дослідження.** При двобічному нефролітіазі 223 (8%) хворим проведено ЧШНЛ з одного боку; 48 (1,7%) пацієнтів прооперовано з двох сторін; у 31 (1,1%) випадку проведена одночасна двобічна ЧШНЛ. Методом ЧШНЛ 2348 (85,2%) хворих були повністю звільнені від каменів. 408 (14,8%) пацієнтам було проведено ЕУХЛ залишкових фрагментів. У 339 (12,3%) випадках після ЕУХЛ нирка була повністю звільнена від каменів. Летальність склала 0,2%.

**Висновки.** Ефективність ЧШНЛ, як монолікування, становить 85,2%; комбінація ЧШНЛ і ЕУХЛ підвищує ефективність лікування до 97,5%.

# Современные аспекты метафилактики мочекаменной болезни

**В.И. Вощула, А.Д. Гапоненко, Т.М. Юрага**

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

В структуре урологической патологии мочекаменная болезнь (МКБ) занимает одно из ведущих мест. Современные подходы к терапии МКБ требуют определения точного вида камнеобразования, что способствует правильному выбору схем лечения и метафилактики МКБ и снижает в дальнейшем процент рецидивов камнеобразования. Однако на практике помощь пациентам с МКБ чаще всего заключается в удалении камня различными способами, без последующего его анализа и назначения специфических рекомендаций.

Нами за период 2005–2012 гг. выполнен анализ 494 мочевых камней пациентов из различных регионов Республики Беларусь. По химическому составу распределение камней оказалось следующим (n=494): кальция оксалат – 285 (57,7%), мочевая кислота – 98 (19,8%), струвит – 44 (8,9%), кальция оксалат + мочевая кислота – 26 (5,3%), апатит –

22 (4,5%), урат аммония – 8 (1,6%), цистин – 4 (0,8%), брусшит – 3 (0,6%), ксантин – 2 (0,4%), тирозин – 1 (0,2%) и 2,8 ДГА – 1 (0,2%). Как видно, кальция оксалат и мочевая кислота являются наиболее частыми видами камней.

Пациентам также выполняли лабораторные тесты, включавшие общий анализ крови и мочи, бактериологическое исследование мочи, цистинный тест, биохимическое исследование крови и мочи.

При сопоставлении данных биохимии мочи и анализа мочевых камней расхождение трактовки результатов выявлено в 29% случаев. Наиболее часто расхождения имели место в группе струвитных и пуриновых камней.

Таким образом, для выбора способа метафилактики МКБ необходимо комплексное обследование пациентов, обязательным условием которого является анализ камня.

## Психотерапевтический акцент в комплексном восстановительном лечении эректильной дисфункции

**Д.В. Жунько, А.В. Колесник**

Областная клиническая больница, Областной центр планирования семьи и репродукции человека, ГУ «Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии МЗ Украины», Одесский национальный университет имени И.И. Мечникова

В настоящее время для борьбы с эректильной дисфункцией (ЭД) используют многочисленные стратегии. Полагаясь на истину, что любое заболевание, в том числе и ЭД, при длительном «присутствии в организме» будет носить и выраженный психогенный компонент, нами используются когнитивно-поведенческие подходы в лечении ЭД. Разбирая проблему с пациентом, мы подчеркиваем, что сексуальная функция – это единственная из физиологических функций, которые организм реализует не в одиночестве, а в паре. Тем самым мы стремимся разорвать вышеупомянутый порочный круг тревоги, снимая с наших пациентов всякую ответственность за интенсивность их сексуальных реакций и переключая их внимание на необходимость выработки умения строить эмоционально гармоничные отношения с партнерами. Далее в нашей работе мы переводим индивидуальную терапию в парную. Целью последней является налаживание эмоциональных отношений в паре с последующим переходом к секс-терапии по Кратохвилу, которая при гармоничных эмоциональных

отношениях и отсутствии серьезных физиологических проблем приводит к положительному результату лечения практически в 100% случаев.

При отсутствии пары мы проводим индивидуальную психотерапию, основанную на комбинации психоаналитически ориентированных подходов (например, символдрамы), позволяющих решить глубинные личностные проблемы.

Кроме того, для стабилизации сексуальных реакций и уменьшения личностной тревожности хорошие эффективными являются рефлексотерапия, физиотерапия, особенно цветотерапия, при необходимости – психофармакология.

Используемый нами комплексный подход при достаточной последовательности пациентов в решении своих проблем привел к решению проблемы психогенной ЭД в 90% случаев. Нами замечено, что реабилитация в паре происходит на порядок быстрее, чем у одиноких личностей (холост, вдовец). Редкие неудачи возникали только при недостаточно эффективной терапии психогенной личностной тревожности или малокурабельных эндогенных проблемах с нарушением мотивации.

## Дезоблитерация задней части мочеиспускательного канала и шейки мочевого пузыря

М.И. Коган<sup>1,2</sup>, В.В. Митусов<sup>1</sup>, А.В. Шангичев<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ростовский государственный медицинский университет

<sup>2</sup>НИИ урологии и нефрологии, г. Ростов-на-Дону

Представлены результаты открытого оперативного лечения протяженных стриктур и облитераций задней части мочеиспускательного канала на уровне простатического отдела мочеиспускательного канала, где формировался цистоуретроанастомоз или восстанавливалась целостность заднего отдела части мочеиспускательного канала с использованием новых оригинальных авторских хирургических устройств «буж-игла» и «игла-полуавтомат».

**Материалы и методы.** Исследование основывается на 242 случаях протяженных облитераций и стриктур задней части мочеиспускательного канала (СЗМК) за период с 2000 года по настоящее время. У 117 больных дезоблитерация осуществлялась с помощью устройства «игла-полуавтомат», а у 125 пациентов формировался модифицированный цистоуретроанастомоз с использованием специального инструмента «буж-игла», позволявшего осуществлять продольно-глубинное прошивание шейки мочевого пузыря со стенкой детрузора. Такое прохождение нитей в тканях позволяло при создании анастомоза формировать над его зоной тканевые симметричные мышечные валики, что и обеспечивало воспроизведение «сфинктерного эффекта». Возраст пациентов колебался от 11 до 67 лет. Протяженность СЗМК составляла от 4 до 7 см. Основными первопричинами образования обструкций являлись тяжелые деструктивные травматические повреждения и ятрогенные факторы.

**Результаты исследования:** Наиболее значимые показатели, которые характеризуют хирургию, направленную на дезоблитерацию СЗМК с использованием устройств «буж-игла» и «игла-полуавтомат», представлены в табл. 1, 2.

**Выводы.** При использовании авторского инструмента «игла-полуавтомат» положительный (излечивающий) ре-

Таблица 1

### Результаты хирургии с использованием устройства «игла-полуавтомат»

|   |             |
|---|-------------|
| Количество клинических случаев, где использовался инструмент: | 117         |
| из них у детей  | 38          |
| Мониторинг хирургии   | 1-9 лет     |
| Рецидив СЗМК у взрослых                                       | Не отмечено |
| Рецидив СЗМК у детей  | 1 (2,6%)    |

Таблица 2

### Результаты хирургии с использованием устройства «буж-игла»

|  |             |
|--|-------------|
| Количество больных, которым был выполнен данный вид хирургии | 125         |
| Мониторинг хирургии  | 1-10 лет    |
| Рецидив СЗМК   | 4 (3,2%)    |
| Тотальное НМ   | 3,2% (n=4)  |
| Стрессовое НМ (I-II степени)                                 | 9,6% (n=12) |

зультат у детей и взрослых с облитерациями на уровне простатического отдела мочеиспускательного канала достигнут в 97,4% случаев. А формирование уретроцистоанастомоза с помощью инструмента «буж-игла» в сравнении со стандартной хирургией позволяет минимизировать тотальное НМ в 10–12 раз и предотвратить у пациентов стрессовое недержание мочи в 90% случаев.

УДК:616.65-002+616.12-008:616.65-009.7

## Ишемия предстательной железы — реальность?

М.И. Коган, И.И. Белоусов, А.В. Шангичев

Ростовский государственный медицинский университет

Природа ХП/СХТБ ШБ остается неясной. Целью исследования явилась морфологическая оценка ткани предстательной железы с учетом уровня липидов крови и показателей артериальной поддержки предстательной железы у пациентов с ХП/СХТБ ШБ, толерантных к стандартной терапии.

**Материалы и методы.** Изучены 5 пациентов в возрасте 27 (24;29) лет с длительностью ХП/СХТБ ШБ 4 (3;6) лет.

Проводимая в течение 4 (4;5) лет стандартная терапия оказалась неэффективной. Симптомы определены анкетой NIH-CPPS. Всем пациентам исследовали уровень липопротеинов крови, выполняли трансректальное дуплексное картирование предстательной железы (ТЦДК). Учитывали пиковую скорость артериального интрапростатического кровотока ( $V_{max}$ , мл/с). Результаты сравнивали с аналогичными показателями, полученными от 30 доброволь-

цев. Пациентам проводили двухфокусную (периферическая часть правой и левой долей предстательной железы) трансректальную биопсию предстательной железы. Морфологическая оценка биоптатов выполнена посредством световой микроскопии, электронной микроскопии, иммуногистохимии (оценка CD-31, CD-34, S-100, NSE маркеров). Данные представлены в виде Me[LQ;UQ].

**Результаты.** Опросник NIH-CPPS: общий счет симптомов составил 28 [21;33], индекс боли – 13 [12;16]. Анализ липопротеинового спектра крови: ХС, ЛПНП и ИА выше нормы в 100% случаев, ТГ и ЛПОНП выше нормы в 80% случаев, а ЛПВП ниже нормы в 20% случаев. ТЦДК: V max: 3,8 [3,2;5,2], Ri 0,92 [0,81;0,92]. Нормативные параметры: Vmax: 19,9 [18,6;22,7] ( $p < 0.05$ ).

**Морфология.** Во всех случаях признаки воспаления отсутствуют. Выявлен массивный фиброз с замещением мышечной ткани грубыми коллагеновыми волокнами. Отложение липофуцина в мышечных клетках и стенках ка-

пилляров. Сосудистая плотность снижена. Стенки артериол гиалинизированы, просвет значительно сужен, в мелких артериолах – сладжи эритроцитов. Повреждение эндотелия всех капилляров, их сдавление за счет фиброза. В эндотелиоцитах – кариопиноцитоз. Нервные волокна мелкие, немногочисленны, дегенерированы. Дегенеративные изменения синапсов.

**Выводы.** ХП/СХТБ ШБ – невоспалительное поражение, где боль является ведущим симптомом. При этом состоянии достоверно определяются дислипидемия, снижение артериальной поддержки предстательной железы. Морфологическая картина предстательной железы соответствует признакам ишемических изменений, обусловленных поражением сосудов. Учитывая результаты функциональной оценки кровотока в предстательной железе предлагается считать хроническую ишемическую болезнь предстательной железы одной из основных причин ХП/СХТБ ШБ.

## Изучение эпигенетических изменений гена APC у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и определение молекулярно-генетических признаков предопухолевых состояний предстательной железы

**Ф.И. Костев, Р.В. Бахчиев, К.В. Литовкин**  
Одесский национальный медицинский университет

Изучен статус метилирования промоторной области гена APC в ткани предстательной железы у 45 больных с гистологически верифицированной доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ).

У 33 больных, что составило 73%, метилирование гена APC отсутствовало. У остальных 12 (27%) выявлено метилирование гена APC, которое в среднем составило 0,6% (0,65;7,05).

Все больные были разделены на две группы. В первую группу вошли 22 пациента, перенесших хирургическое лечение по поводу ДГПЖ, во вторую группу вошли 23 пациента, перенесших МФБ предстательной железы. В изучаемых группах выявлена достоверная разница статуса метилирования исследуемого гена. В группе больных после хирургического лечения средний уровень составил 0,4 (0,65;4,82), в то время как в группе перенесших МФБ

средний уровень составил 0,97 (0,66;7,05), что несколько выше, чем в первой группе.

Средний уровень простатоспецифического антигена (ПСА) в первой и второй группах составил 5 (1,1; 17,1) нг/мл и 14 (1,4; 88) нг/мл соответственно, что также достоверно выше во второй группе.

Разница в уровне метилирования и его связь с уровнем ПСА может объясняться тем, что при повышении уровня ПСА и выполнении в связи с этим МФБ чаще обнаруживаются переходные изменения эпителия предстательной железы, которые являются пренеопластическими изменениями. Это подтверждается более высоким уровнем метилирования промоторной области гена APC, который имеет высокую специфичность для рака предстательной железы и может служить признаком доклинической стадии рака предстательной железы.

# Місце альтернативних засобів у медикаментозному лікуванні доброякісної гіперплазії передміхурової залози

С.П. Пасєчніков, Я.М. Клименко

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) – незлоякісне збільшення передміхурової залози, зумовлене зростанням клітинної маси епітеліальної і, більшим чином, стромальної тканини. ДГПЗ може спричинити у чоловіків симптоми нижніх сечових шляхів, що значно погіршують якість життя хворих, обмежують денну активність і порушують сон. Для їх лікування існує дві групи препаратів  $\alpha$ -адреноблокатори і інгібітори 5 $\alpha$ -редуктази. Механізм і ефекти цих засобів давно відомі і добре вивчені. Європейська Асоціація Урологів не рекомендує застосування інших лікарських засобів для лікування ДГПЗ, але існує велика група засобів рослинного походження, популярна серед пацієнтів і багатьох практикуючих урологів. Інтерес до цих засобів підігривається поширеною рекламою в мас-медіа.

Однак активні інгредієнти і дози діючої речовини рослинних засобів невідомі, якість не оцінюється відкритим контролем, механізм дії незрозумілий. Жоден з рослинних засобів у проведених дослідженнях, що можуть бути взяті до уваги, не зменшує розміри передміхурової залози і не сповільнює прогресію захворювання. Застосування засобів, не рекомендованих доказовою медициною, не забезпечує довгострокового ефекту лікування. Ситуація, що склалася, може бути вирішена шляхом ретельного контролю за діяльністю урологів в аспекті виконання діючих рекомендацій і протоколів. У разі бажання пацієнта отримувати альтернативні засоби лікування доцільно не забороняти їх, а дозволяти застосовувати паралельно з рекомендованими клінічними протоколами лікуванням.

## Комплексная альфа-адренолитическая и антидиуретическая терапия у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

В.В. Протошак<sup>1</sup>, Д.Г. Кулай<sup>2</sup>, В.Н. Цыган<sup>1</sup>, А.Ю. Шестаев<sup>1</sup>, А.И. Матич<sup>1</sup>, А.М. Гулько<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», г. Санкт-Петербург,

<sup>2</sup>ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», г. Калининград

К традиционным консервативным методам лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) относят применение альфа-адреноблокаторов, М-холиноблокаторов, ингибиторов 5-альфа-редуктазы, ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа и растительных препаратов. Однако у 30–40% пациентов назначенная терапия полностью не ликвидирует симптомы нижних мочевых путей и сохраняется при этом ноктурию.

**Цель исследования:** оценка клинической эффективности комплексной альфа-адренолитической и антидиуретической терапии у больных с ДГПЖ.

**Материалы и методы.** В основу работы положен опыт обследования и лечения 64 больных с ДГПЖ и средним возрастом 67±13,7 года, которые имели доказанную никтурию и ночное мочеиспускание более одного раза. В зависимости от приема препаратов наблюдаемые были разделены на две группы. Первую группу составили пациенты, принимавшие только тамсулозин, а вторую – тамсулозин и антидиуретический препарат десмопрессин в дозе 200 мг за 2–3 ч перед сном в течение 2 мес.

Для оценки мочеиспускания и диуреза использовали дневник мочеиспускания, шкалу IPSS, УЗИ и урофлоуметрию.

**Результаты исследования.** В первой группе пациентов отмечалось снижение среднего показателя балла IPSS с 19±9,6 до 11±7,1, остаточной мочи – с 78±31,2 до 35±14,4 и увеличение максимальной скорости мочеиспускания с 11,5±4,4 до 19±5,6 мл/с ( $p<0,05$ ). Количество мочеиспусканий и мочи, выделяемой за ночь, оставалось без достоверных изменений. В то же время в группе пациентов, принимавших два препарата, наряду с улучшениями показателей IPSS, остаточной мочи и урофлоуметрии наблюдалось достоверное снижение количества образуемой за ночь мочи и, как следствие, эпизодов ночных мочеиспусканий: 875±178 против 460±112 мл и 3±1,6 против 1±0,8 соответственно.

**Выводы.** Использование в комплексном лечении больных с ДГПЖ и ночной полиурией антидиуретического препарата достоверно снижает никтурию и вынужденные ночные мочеиспускания по сравнению с монотерапией альфа-адреноблокаторами.

# Ночная полиурия – причина недостаточной эффективности терапии симптомов нижних мочевых путей/доброкачественной гиперплазии предстательной железы

**В.В. Протошак<sup>1</sup>, В.Н. Цыган<sup>1</sup>, А.Ю. Шестаев<sup>1</sup>, А.И. Матич<sup>1</sup>, А.М. Гулько<sup>1</sup>, Д.Г. Кулай<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», г. Санкт-Петербург,

<sup>2</sup>ТБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», г. Калининград

Симптомы нижних мочевых путей (СНМП) и доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) наблюдаются у 40–80% мужчин в возрасте от 50 до 85 лет и существенно ухудшают качество жизни, вызывая «привязанность» к туалету, вынужденное ограничение двигательной и социальной активности, депрессию и тревожность. Особенно беспокоящей жалобой, встречающейся более чем у половины пациентов, является пробуждение во время сна с целью мочеиспускания два раза за ночь и чаще или ноктурия.

**Цель исследования:** определение причин ноктурии у больных с СНМП/ДГПЖ, получавших традиционную консервативную терапию.

**Материалы и методы.** Проводили обследование, лечение и динамическое наблюдение за 136 пациентами с СНМП/ДГПЖ, принимавших по показаниям альфа-адреноблокаторы, ингибиторы 5-альфа-редуктазы, растительные средства, а также и антимускариновые препараты при наличии симптомов гиперактивного мочевого пузыря. Для оценки количественных характеристик диуреза и мочевыделения использовали дневник мочеиспускания, шкалу IPSS, УЗИ и урофлоуметрию.

**Результаты исследования.** Ноктурия отмечалась у 96 (70,6%) мужчин до начала лечения и сохранялась у 47 (34,5%) спустя 3 мес терапии. Причинами ночного мочеиспускания по данным дополнительных обследований явились: камни мочевого пузыря у 2 (4,3%) больных, хронический цистит и обострение простатита – у 5 (10,7%), расстройств сна – у 12 (25,5%), ночная полиурия или никтурия (ночной диурез более 33% от суточного) у 23 (48,9%) и сочетание нескольких факторов – у 5 (10,7%) пациентов соответственно.

**Выводы.** Таким образом, среди возможных уродинамических причин и клинических расстройств, препятствующих эффективному лечению больных с СНМП/ДГПЖ, ночная полиурия может являться самостоятельным патофизиологическим состоянием, обуславливающим стойкую ноктурию. Для более качественного оказания помощи пациентам указанной категории требуется активная оценка дневника мочеиспускания и исключение никтурии, а в случае ее подтверждения – проведение специальной терапии, направленной на снижение диуреза в ночное время суток.

## Визначення джерел інфікування хворих на гострий пієлонефрит та вдосконалення тактики лікування

**А.В. Руденко, С.П. Пасєчніков, М.В. Мітченко, О.М. Корніліна**

ДУ «Інститут урології НАМН», м. Київ

Ураховуючи значущість проблеми щодо покращання ефективності лікування хворих на гострий пієлонефрит, метою даного дослідження було вдосконалення етіологічної діагностики гострих запальних процесів нирок і одночасно статевих шляхів у жінок і виявлення провідних ланок порушень місцевого імунітету. Обстежено 144 жінки, що хворіли на гострий пієлонефрит. Матеріалом для мікробіологічного дослідження були: сеча, зскрібки зі слизової оболонки сечівника та каналу шийки матки, для імунологічного – змиви зі слизової оболонки піхви. Статистичне оброблення результатів проводили з використанням ПП Microsoft Excel, 2003, з визначенням вірогідності за t-критерієм Стьюдента. Жінки на час обстеження у клініці мали супутні захворювання як урологічної, так і гінекологічної спрямованості: хронічний цистит – 40,2%, гострий цистит – 33,6%, гнійний кольпіт – 40,2%, вульвовагініт – 25,9%,

ерозію шийки матки – 42,4%, хронічний аднексит – 14,1% та інші. Доведено, що у змивах з піхви збільшується на 53,5% кількість фагоцитуючих моноцитів/макрофагів на тлі зниження показників фагоцитозу та ферментативної бактеріцидності нейтрофільних гранулоцитів, що характерно для мікоплазмозу. Показники гуморального імунітету свідчать про дисбаланс факторів антимікробного захисту слизової оболонки піхви: зменшується концентрація IgA, лактоферину, С3-компонента комплемента, секреторного компоненту та збільшується концентрація sIgA, IgM, ФНП-α. Виявлені зміни локального імунітету піхви та наявність однотипного видового спектра збудників у сечі та біологічному матеріалі з піхви та каналу шийки матки свідчать про довготривалий запальний процес статевих органів, який певною мірою є джерелом інфекції при гострому пієлонефриті, що зумовлює нові підходи до лікування хворих на гострий пієлонефрит.

# Характеристика диуреза у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

**В.В. Протошак<sup>1</sup>, А.Ю. Шестаев<sup>1</sup>, В.Н. Цыган<sup>1</sup>, Д.Г. Кулай<sup>2</sup>, А.М. Гулько<sup>1</sup>, А.И. Матич<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», г. Санкт-Петербург,

<sup>2</sup>ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», г. Калининград

Диуретические явления являются основным беспокойством среди пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) и отражают нарушение функции не только нижних, но и верхних мочевых путей. Современные стандарты обследования предусматривают подробную субъективную и объективную оценку уродинамики, в то время как процесс мочеобразования, степень его влияния на клиническую картину и прогрессирование осложнений при ДГПЖ остается недостаточно исследованным.

**Цель исследования:** изучение характеристик суточного образования мочи у больных с ДГПЖ.

**Материалы и методы.** Основу работы составили материалы лабораторно-инструментального обследования и наблюдения 86 мужчин со средним возрастом  $64 \pm 11,5$  года и основным диагнозом аденома простаты, проходивших в разное время лечение в клиниках урологии и терапии. Оценка выделительной функции почек и суточного диуреза проводилась с помощью пробы Зимницкого, дневника мочеиспускания, радиоизотопной скинтиграфии и экскреторной урографии.

**Результаты исследования.** У 17 (19,7%) пациентов наблюдалось умеренное снижение выделительной функции одной из почек. В 15 случаях (17,5%) отмечалась полиурия с непрерывным мочеобразованием в течение 24 ч более 35 мл/кг, диурезом 2500 мл и больше и средней относительной плотностью мочи  $1010 \pm 0,9$  ед. У 18 (20,9%) больных было выявлено преобладание ночного диуреза над дневным. Так, если в норме соотношение составляло 1:3 или ночное образование мочи было менее 33% от суточного, то у больных с ночной полиурией средние показатели диуреза в период между засыпанием и нормальным пробуждением составили  $946 \pm 295$  мл или более 40%. Причинами суточной и ночной полиурии являлись хроническая сердечная недостаточность (30,3%), диабетическая нефропатия (27,3%), хроническая болезнь почек (18,2%) и чрезмерное потребление жидкости на ночь (24,2%).

**Выводы.** Более чем у трети больных (38,4%) с ДГПЖ определяется повышенный суточный и ночной диурез, вызванный поведенческими особенностями и сопутствующими заболеваниями сердца и почек.

# Антеградная и ретроградная уретеролитотрипсия, экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия, лапароскопическая уретеролитотомия в лечении камней проксимального отдела мочеточника

**Ю.П. Серняк, Ю.В. Рошин, А.С. Фуксзон, М.В. Криштопа, Е.Н. Слободянюк**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Современное развитие технологии дало возможность выбора метода лечения: антеградная (АУРС) и ретроградная (РУРС) уретеролитотрипсия, экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ), лапароскопическая уретеролитотомия (ЛУ) – в зависимости от клинической ситуации индивидуально для каждого больного.

**Материалы и методы.** С 2005 по 2012 г. в клинике урологии ФИПО ДНМУ, на базе ДЦГКБ № 1 изучено 653 пациента в возрасте 18–72 лет с камнями проксимального отдела мочеточника размером более 1 см. ЭУВЛ выполнено 289, РУРС – 32, АУРС – 16, ЛУ – 312 больным.

**Результаты исследования.** Эффективность ЭУВЛ со стентированием составила 89,8%. Однако многосеансность те-

рапии пролонгировала время лечения – в среднем 17 (5–32) дней. Эффективность РУРС составила 59%. Продолжительность госпитализации – 6 (4–9) дней. Эффективность АУРС – 88%. Длительность стационарного лечения – 6 (4–9) дней. Эффективность лапароскопической уретеролитотомии – 98,4%. Длительность госпитализации – 7 (5–11) дней.

**Выводы.** ЛУ – метод лечения проксимального уретеролитиаза имеет наибольшую эффективность (98,4%), но и выраженный болевой фактор, и продолжительные сроки госпитализации. ЭУВЛ при высокой эффективности (89,8%) более социально адаптивный метод лечения, так как менее выражен болевой фактор и терапия может проводиться в амбулаторном режиме.

## «Континентная» радикальная простатэктомия

Ю.П. Серняк, А.С. Фуксзон, Ю.В. Роцин, А.С. Фролов

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Радикальная простатэктомия (РПЭ) должна обеспечить онкологический контроль и иметь оптимальные функциональные результаты. В связи с этим считается логичным выполнение пересечения венозно-дорзального комплекса (ВДК) без предварительного прошивания.

**Цель работы:** оценка влияния пересечения ВДК без предварительной перевязки при выполнении РПЭ на качество выполнения операции и функцию удержания мочи.

**Материалы и методы.** 42 больных после РПЭ разделены на две группы. В первую вошли 22 пациента, которым проводили прошивание ВДК. Во вторую – 20, где это не проводили.

**Результаты исследования.** В первой группе полное удержание мочи на первые сутки после удаления катетера

отмечено у 9 (40,9%) больных, через 3 мес 15 (68%) больных, в сроке 12 мес у 2 (9%) пациентов отмечается частичное недержание мочи легкой степени тяжести (до 2 прокладок в день). Во второй группе полное удержание мочи в первый день после удаления катетера отмечено в 17 (85%) случаях, через 3 мес все больные удерживают мочу.

**Выводы.** Пересечение ВДК без прошивания при выполнении лапароскопической РПЭ оказывает существенное влияние на сохранение функции удержания мочи, а именно на 45% больше пациентов отмечают полное удержание мочи в ранние сроки, а в поздние сроки на 10% больше больных полностью удерживают мочу. Не отмечено увеличения кровопотери ( $p > 0,05$ ), количества позитивных краев и количества биохимических рецидивов.

## Наш опыт лечения нейрогенных расстройств мочеиспускания у пациентов с супрасакральными повреждениями спинного мозга

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

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Частота повреждений спинного мозга в современном обществе составляет от 1,5 до 4 на 10 000. Максимальный риск травмы существует в возрасте 15–35 лет. Примерно у 61% пациентов отмечают нейрогенные расстройства мочеиспускания и функции кишечника. У 1/3 пациентов с травмой спинного мозга причиной смерти являются изменения в верхних мочевых путях.

В клинике урологии ФИПО ДонНМУ мы наблюдали 19 человек с супрасакральными повреждениями спинного мозга. Из них женщин было 4 (21,1%), мужчин – 15 (78,9%). Причиной обращения в клинику у них явилась: мочекаменная болезнь у 6 (31,6%) пациентов, стойкая дилатация верхних мочевыводящих путей (ВМП) у 8 (42,1%) больных, атаки пиелонефрита не менее 3 раз в месяц у 9 (47,4%) пациентов, наличие остаточной мочи более 150 мл у 19 (100%) пациентов, недержание мочи 19 (100%) пациентов.

При уродинамическом исследовании у всех больных была выявлена нейрогенная гиперактивность детрузора со снижением физиологической емкости мочевого пузыря до 40–120 мл и наличием гиперактивных сокращений детрузора с повышением внутрипузырного давления до 50–140 см. вод. ст.

Основными задачами терапии у данных пациентов явились санация МВП, профилактика атак инфекции, восста-

новление качества жизни. При начале терапии было проведено обучение пациентов и (или) их родственников приемам чистой периодической катетеризации. Инициально с целью снижения тонуса мочевого пузыря использовали толтеродин 4 мг/сут в сочетании с солифенацином 10 мг/сут. При неэффективности данной терапии в течение 3 мес, наличии побочных эффектов, нежелании пациентов использовать данный вид лечения, у 7 (36,8%) больных использованы внутрипузырные инъекции ботулотоксина.

В результате проводимой терапии у всех пациентов отмечено улучшение как общего состояния (снижение частоты атак пиелонефрита, отсутствие рецидивов мочекаменной болезни и пр.), так и качества жизни (резкое уменьшение эпизодов недержания мочи, активизация деятельности, улучшенные самочувствия). При контрольном уродинамическом исследовании отмечено увеличение функциональной емкости мочевого пузыря до 320–510 мл, со снижением внутрипузырного давления при гиперактивных сокращениях до 25–60 см. вод. ст.

**Выводы.** Пациенты с супрасакральными повреждениями спинного мозга нуждаются в детальном нейроурологическом обследовании и всесторонней реабилитации функции как нижних, так и верхних мочевыводящих путей.

# Опыт лапароскопической коррекции травм мочеточника при гинекологических операциях

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

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Травма мочеточника является частым осложнением тазовой хирургии и встречается в 0,5–30%. Развитие лапароскопической хирургии открыло новые возможности, в том числе, в коррекции травм мочеточника.

**Цель работы:** оценка эффективности лапароскопической коррекции травм мочеточника с применением электроуретерографии (ЭУГ) для определения функциональной активности мочеточника.

**Материалы и методы.** С 2002 по 2012 г. в клинике урологии ФИПО ДНМУ, на базе ДЦГКБ № 1 прооперирована 61 больная в возрасте 21–72 лет с травмой мочеточника. Лапароскопический уретероцистонеоанастомоз (УЦА) выполнен у 36 (59%) больных. Из них прямой УЦА у 26 (72%), УЦА и Psoas-hitch – у 7 (20%), операция Боари – у 3 (8%). У 21 (58,3%) больной при выполнении

лапароскопического УЦА для определения биоэлектрической активности мочеточника и границ его резекции выполняли ЭУГ.

**Результаты исследования.** Длительность операций – 180 (78–312) мин. Кровопотеря – 80 (45–150) мл. Осложнения наблюдались у 8 больных (22,2%), которым не выполнялась ЭУГ. Выделение мочи по дренажу в течение 5–8 сут у 4 больных (11,1%). У 2 (5,5%) несостоятельность анастомоза, что потребовало «открытой» операции и формирования нового УЦА. У 2 больных (5,5%) в связи с развитием гнойного пиелонефрита выполнена нефрэктомия.

**Выводы.** Лапароскопический УЦА является эффективным методом лечения травм н/3 мочеточника. ЭУГ позволяет объективно определить степень функциональной активности мочеточника и уровень его резекции.

## Динамика заболеваемости раком почки в Днепропетровской области

В.П. Стусь<sup>1</sup>, В.Н. Краснов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

<sup>2</sup>КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

**Цель исследования:** изучение заболеваемости и состояния онкологической помощи при новообразованиях почек в Днепропетровской области.

**Материалы и методы.** По данным канцер-регистра Днепропетровской области и анализа историй болезни клиники урологии КУ «ДОКБМ» изучены основные показатели заболеваемости у пациентов с новообразованиями почек с 2003 по 2012 г.

**Результаты исследования.** Рак почки в Днепропетровской области занимает 9–10-е место среди наиболее распространенных онкологических заболеваний. С 2003 по 2012 г. заболеваемость раком почки возросла с 8,3 до 12,6 на 100 тыс. населения. С 2003 по 2012 г. новообразования почек установлены у 792 пациентов КУ «ДОКБМ». У мужчин новообразования почек выявлены в 484 случаях (61,1%), у женщин – в 308 (39,9%) случаях. Индекс соотношения мужчин и женщин при новообразованиях почек за период наблюдения составил 1,57.

Выявлена значимая связь показателей заболеваемости у пациентов с новообразованиями почек с возрастом заболевших: наибольшая заболеваемость выявлена в возрасте 50–59 лет 31,6%, в целом распределение пациентов по возрасту было следующим: < 40 лет – 6%, 40–49 – 25,3%, 60–69 – 23,2%, 70–79 – 13,4%, > 80 лет – 0,5%.

С 2003 по 2012 г. в клинике урологии прооперировано 792 пациента, средний возраст пациентов составил 58 лет.

Поражение опухолевым процессом правой почки отмечено в 392 случаях (49,5%), левой – в 400 (50,5%). Распределение по стадиям: I стадия – 80 пациентов (10,1%), II стадия – 344 пациента (43,6%), III стадия – 232 пациента (29,3%), IV стадия – 136 пациентов (17%)

Опухоль правой почки выявлена в 392 случаях (49,5%), левой – в 400 (50,5%).

По данным патогистологических исследований светлоклеточный рак выявлен в 596 случаях (75,5%), доброкачественные опухоли – в 54 случаях (6,75%) и смешанный тип рака – в 52 случаях (6,5%).

Согласно данным канцер-регистра заболеваемость раком почки постоянно увеличивается: 8,8 – в 2003, 9,7 – в 2004, 9,9 – в 2005, 10,3 – в 2006, 11,9 – в 2008, 10,5 – в 2007, 11,1 – в 2009, 11,3 – в 2010, 12,1 – в 2011, 12,6 – в 2012 г. Абсолютное число умерших пациентов увеличивается и за 2012 год составляет 175 (170 – в 2003, 176 – в 2004, 184 – в 2005, 186 – в 2006, 190 – в 2007, 213 – в 2008, 159 – в 2009, 184 – в 2010, 187 – в 2011 г.), что связано с возросшей заболеваемостью.

**Вывод.** Выявлен рост заболеваемости раком почки у населения Днепропетровской области, что привело к увеличению числа оперируемых пациентов и находящихся на диспансерном учете за период 2003–2012 гг. Данная патология требует ранней диагностики, что будет способствовать увеличению количества органосберегающих операций.

# Контактная литотрипсия, ее виды и преимущества относительно дистанционной

**В.П. Стусь<sup>1</sup>, А.М. Фридрих<sup>2</sup>, Э.А. Светличный<sup>2</sup>, Н. Ю. Полион<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

<sup>2</sup>КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

Первым этапом развития контактной дезагрегации мочевых камней стала механическая литотрипсия. Современная урология оснащена контактными методами разрушения камней, это: механическая, электрогидравлическая, ультразвуковая, пневматическая и лазерная литотрипсия. Такой широкий спектр способов дезагрегации мочевых камней порождает необходимость выделения приоритетности метода. Это и определило актуальность нашего сообщения.

С 2006 г. в клинике урологии выполняют все виды контактной литотрипсии, кроме контактной электрогидравлической литотрипсии.

Механическую литотрипсию в нашей клинике используют для дезагрегации мочевых камней, локализованных в мочевом пузыре.

В последнее время в клинике урологии стали больше внимания уделять контактными методами разрушения мочевых камней в мочеточниках и почках. Полученные результаты отражены в таблице, где показана положительная динамика в пользу контактной литотрипсии по сравнению с дис-

танционной литотрипсией (ДЛТ). В первую очередь ДЛТ это вероятностный метод дезагрегации мочевых камней, когда контактные методы являются гарантированными. ДЛТ в два раза дешевле контактной литотрипсии, но это в том случае, когда дистанционно камень будет разрушен за 1 сеанс. Но такой гарантии нет. По нашему мнению, ультразвуковая и пневматическая литотрипсии являются наиболее безопасными методами. Лазерная контактная литотрипсия – хороший метод, но достаточно дорогостоящий.

В работе приведена информация об этапах решения вопросов борьбы с мочевыми камнями в нашей клинике. Поднят вопрос о приоритетности способов дезагрегации мочевых камней. Представлен двадцатилетний опыт клиники, проведено сравнение двух методов – дистанционной литотрипсии и альтернативного контактного разрушения мочевых камней. Отражены положительные и отрицательные моменты каждого из методов. По нашему мнению, контактные методы разрушения мочевых камней станут приоритетными.

Показатели активности модульной операционной, n (%)

| Год  | Количество операций | Уретероскопия, контактная литотрипсия | Перкутанная нефроскопия, контактная литотрипсия | Трансуретральная механическая литотрипсия | Дистанционная литотрипсия |
|------|---------------------|---------------------------------------|---|---|---------------------------|
| 2008 | 337                 | 112 (33)                              | 9 (3)   | 17 (5)                                    | 156                       |
| 2009 | 549                 | 212 (38,6)                            | 49 (9)  | 15 (2,7)                                  | 127                       |
| 2010 | 688                 | 279 (41)                              | 131 (19)  | 14 (2)                                    | 85                        |
| 2011 | 782                 | 277 (35)                              | 277 (35)  | 4 (0,5)                                   | 33                        |
| 2012 | 953                 | 364 (38)                              | 364 (38)  | 1 (0,1)                                   | 0                         |

## Нефрэктомия у диализных больных с терминальной стадией почечной недостаточности и урологическими заболеваниями

**М.И. Ухаль, В.А. Сагатович, И.П. Пустовойт, И.В. Рачок**

Одесский национальный медицинский университет

На протяжении последних лет число больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) неуклонно возрастает и составляет 60–65 человек на 1 000 000 населения в общей популяции. В целом, количество больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ТХПН) достигает 3 000 000 человек. Общее число больных, получающих заместительную почечную терапию, весьма значительно. Так, в настоящее время в мире по поводу ТХПН

заместительную почечную терапию получают более 700 000 больных. При этом примерно 600 000 получают лечение гемодиализом и 100 000 пациентов получают перитонеальный диализ. Одним из важных вопросов у больных, получающих заместительную почечную терапию, являются урологические заболевания, осложняющие эффективность заместительной терапии. При этом ТХПН при урологических заболеваниях встречается в 25–30% от всех больных, поступающих на

лечение гемодиализом. Наиболее частой причиной, приводящей к ХПН у урологических больных, является пиелонефрит. На втором месте стоит мочекаменная болезнь. Не редкими причинами ХПН являются врожденные изменения в почках, мочевых путях, инфравезикальная обструкция. Некоторые хирурги полагают, что пересадка почки при ТХПН, развившейся у урологических больных, особенно при врожденных урологических заболеваниях, вообще противопоказана. Урологические заболевания также оказывают неблагоприятное влияние на больных с ТХПН, которым проводят заместительную почечную терапию.

**Цель исследования:** повысить эффективность заместительной терапии у больных с урологическими заболеваниями, которые привели к развитию ТХПН.

**Материалы и методы.** Исследования проведены у 9 больных с урологическими заболеваниями, которые привели к развитию ТХПН и которым проводили заместительную почечную терапию. Возраст больных колебался от 24 до 53 лет. Из урологических заболеваний, течение которых привело к развитию ТХПН, у 5 больных была мочекаменная болезнь и хронический пиелонефрит, у 3 поликистоз почек и хронический пиелонефрит, у одного пациента хронический пиелонефрит и опухоль единственной почки. Длительность заместительной почечной терапии колебалась у этих больных от 3 мес до 1,5 года. Показания к нефрэктомии у больных с поликистозом почек и мочекаменной болезнью были частые обострения хронического пиелонефрита, нагноение кист почек и частые гипертензионные кризы.

**Результаты исследования.** Одновременная билатеральная нефрэктомия выполнена у 3 больных с мочека-

менной болезнью. У остальных больных с мочекаменной болезнью и поликистозом почек билатеральная нефрэктомия выполнена поочередно с интервалом от 1,5 до 3 мес. У больного с опухолью единственной почки показаниями к нефрэктомии было наличие самой опухоли и почечное кровотечение. Одновременную билатеральную нефрэктомия проводили из срединного разреза брюшной полости, а раздельное удаление почек – из разреза в поясничной области через одиннадцатое межреберье. Нефрэктомии проводили на второй день после очередного гемодиализа под общим наркозом. Кровопотеря при одновременной билатеральной нефрэктомии в среднем составила  $380 \pm 30$  мл, а при раздельной  $230 \pm 23$  мл. Гемотрансфузию во время операции проводили у 3 из 9 больных (33,3%). Очередной гемодиализ выполняли через 36 ч после нефрэктомии. Раневого кровотечения во время проведения гемодиализа в послеоперационный период не отмечали. Развитие раневой инфекции было у 2 из 9 больных (22,2%) и заживление ран у них происходило вторичным натяжением. У остальных 77,8% больных послеоперационный период в целом протекал гладко. После удаления почек артериальное давление у всех больных значительно снизилось, гипертонических кризов в отдаленные сроки после операции не отмечалось.

**Выводы.** Нефрэктомия у диализных больных с терминальной стадией почечной недостаточности и урологическими заболеваниями является операцией выбора при частых обострениях хронического пиелонефрита и развитием гипертонических кризов, нагноением кист почек у больных с поликистозом и при развитии опухоли почек.

## Доксазозин в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы и артериальной гипертензии у пациентов пожилого возраста

**Д.Ф. Тучин, Р.А. Бистрица**

Андрологическая клиника, г. Одесса

**Цель работы.** Установить взаимосвязь между терапией артериальной гипотензии (АГ) и доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) альфа-1-блокатором доксазозином и состоянием нейроиммуноэндокринных взаимодействий при данной сочетанной патологии, а также особенностями ее клинической картины.

**Материалы и методы.** Сформирована группа пожилых пациентов в количестве 32 человек, средний возраст которых составил  $71,5 \pm 2,4$  года.

Проведено исследование по изучению клинических и нейроиммуноэндокринных эффектов доксазозина.

**Результаты исследования.** В результате применения доксазозина отмечена положительная динамика клинической симптоматики ДГПЖ. У 26 пациентов (81,3%) улучшилось мочеиспускание, улучшение качества струи отметили 24 пациента (75,0%), исчезновение неполного опорожнения моче-

вого пузыря имело место у 21 пациента (65,6%), урежение мочеиспускания и увеличение объема мочи – у 23 пациентов (71,2%), уменьшение ноктурии – у 22 человек (68,8%). Качество жизни, ассоциированное с субъективными проявлениями ДГПЖ, изменилось с  $2,3 \pm 0,5$  балла до  $6,7 \pm 0,4$ ;  $p < 0,05$ . Наблюдается положительная динамика по артериальному давлению и уменьшение количества остаточной мочи.

**Выводы.** В связи со сходными нейроиммуноэндокринными нарушениями при АГ и ДГПЖ, необходимо применение препаратов с однонаправленным механизмом действия при различных патологических процессах, что будет способствовать повышению качества и эффективности лекарственной терапии. Пример положительного влияния доксазозина свидетельствует о целесообразности включения его в программу лечения ДГПЖ на фоне АГ, которая в наибольшей степени присуща больным пожилого возраста.