човоду в 2 рази, а у 3% пацієнток практично до нормальних розмірів. У 28% пацієнток редукції порожнинної системи не настало, що дозволило віддиференціювати «обструктивний» тип порушення уродинаміки від «функціонального». У вагітних з початковим гідронефрозом (24 випадки), діагностованим відповідно з даним алгоритмом і тенденцією до зменшення його в динаміці терміну вагітності, ознак аномального розвитку верхніх сечових шляхів виявлено не було. У решти вагітних (66 випадки) з діагностованим помірним або вираженим гідронефрозом в 81,1% випадків був діагностований вроджений гідронефроз і в 18,9% (26 вагітних) випадків – обструктивний характер порушення відтоку сечі з верхніх сечових шляхів. При динамічному спостереженні вагітних відзначали стабільну дилатацію ЧМС або її прогресування, з причини чого даним вагітним був встановлений внутрішній стент (11 вагітних) з підбором розміру з урахуванням ширини сечоводу, а 15 вагітним виконана черезшкірна пункційна нефростомія (ЧПНС) з використанням нефростомічного дренажу діаметром 6 Fr. У ході спостереження за вагітними в післяопераційний період відзначено, що переносимість нефростомічного дренажу краща, ніж внутрішнього стента. У 8 вагітних, яким було встановлено внутрішній стент протягом усієї вагітності відзначали больові відчуття в області сечового міхура (6 вагітних), неодноразову макрогематурію (2 вагітні), стійку лейкоцитурію, помірну еритроцитурію, в одному випадку було проведено рестентування у зв'язку зі втратою стента за рахунок вираженої атонії сечоводу. У 4 вагітних проблем з «носінням» внутрішнього стента не виникло, що пов'язано з якістю підбору розмірів стента щодо розміру сечоводу. При більш детальному вивченні даних встановлено, чим менше діаметр внутрішнього стента, тим раніше ліквідується атонія сечоводу після видалення його в післяпологовий період.

ВИСНОВКИ

Для досягнення позитивного ефекту важливо оптимальне співвідношення діаметрів стента і сечоводу, термінів стояння стента. Уродинамічний ефект від ЧПНС на верхні сечові шляхи було повне відключення сечоводу і відведення сечі безпосередньо з миски, за рахунок чого не створювався великий гідростатичний тиск. Також, як і при стентуванні, нормалізувальний ефект частіше і швидше виникав при застосуванні дренажів меншого діаметра, секреторно-евакуаторна функція була задовільною.

Эффективность лечения хронической тазовой боли у больных хроническим простатитом категории IIIБ применением экстракорпоральной магнитной иннервации (ExMI) тазового дна

М.В. Шостак, Р.В. Савчук
Одесский национальный медицинский университет

Хронический простатит (ХП) категории IIIБ, подразумевающий хроническую невоспалительную тазовую боль (ХТБ) без существенных лабораторных проявлений на протяжении 3 мес и более, представляет собой широко распространенную и резистентную к лечению патологию. Экспериментальные и клинические данные, подтверждающие связь источника ХТБ с тазовым дном, определяют новые приоритеты поиска современных эффективных и безопасных средств лечения данной патологии.

Цель исследования: изучить повышение эффективности лечения и улучшение качества жизни пациентов с ХП категории IIIБ путем применения экстракорпоральной магнитной иннервация (ExMI) тазового дна.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования стал 31 больной с ХТБ на фоне ХП (средний возраст 38,6 года), которым проведена экстракорпоральная магнитная иннервация (ExMI) тазового дна прибором Neocontrol (Kitalpha, Германия) в качестве монотерапии, курс – 12 процедур (15 Гц/10 мин + 30 Гц/10 мин + 60 Гц/10 мин, 3 раза в неделю). ExMI основана на экстракорпоральной активации ветвей срамных и тазовых внутренностных нервов по принципу магнитной индукции Фарадея направленным пульсирующим магнитным полем с нейротропным двигательным потенциалом, что обеспечивает сочетанные сокращения всех мышечно-фасциальных слоев тазового дна. Оценка эффективности терапии и динамики качества жизни проводили обработкой шкал симптомов ХП NIH-CPSI и качества жизни, связанного со здоровьем SF-36 до и после лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты переносили сеансы ExMI удовлетворительно, субъективно улучшение отметили 25 (80,6%) больных. Динамика проявлений боли по NIH-CPSI характеризовалась снижением ее интенсивности с 13,7±1,1 до 9,4±0,6 ($p<0,05$), уменьшением выраженности расстройств мочеиспускания – с 6,0±0,8 до 4,6±0,6 ($p=0,06$), изменением качества жизни – с 9,4±0,7 до 4,6±0,3 ($p<0,05$). В результате лечения существенно улучшились показатели физической активности SF-36 ($\Delta M=27,6\%$) и уменьшились показатели эмоционального влияния заболевания ($\Delta M=47,7\%$). Значительное улучшение достигнуто в отношении показателей психического здоровья ($p<0,001$, $\Delta M=30,7\%$) и самооценки пациентов ($\Delta M=27,6\%$), общее качество жизни охарактеризовалось увеличением суммарного балла SF-36 на 26,6% ($p<0,05$).

ВЫВОДЫ

ExMI тазового дна – высокоэффективное и безопасное средство лечения пациентов с ХП IIIБ, существенно снижающее проявления ХТБ и улучшающее качество жизни больных. Оптимизация лечебных режимов ExMI и терапевтических подходов к лечению больных этой категории – перспективное средство патогенетического устранения ХТБ, несущее в себе потенциал решения этой медицинской проблемы.