

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«МУЖСКОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ»

**СБОРНИК ТРУДОВ
XV КОНГРЕССА
«МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»**

25–27 апреля 2019 г.

Сочи 2019

Редакционный совет:

Охоботов Д.А., Лалабекова М.В., Камалов Д.М., Эхоян М.М., Симонян Г.В., Тивтикян А.С.

XV конгресс «Мужское здоровье». Сборник тезисов 25-27 апреля 2019 г., Сочи. Тезисы не прошли рецензирование, редакция не несет ответственности за материалы представленные в тезисах. Тезисы сгруппированы по тематическим направлениям работы конгресса и публикуются в авторской редакции.

Под ред. Камалова А.А., С.: МОО «Мужское и репродуктивное здоровье», с 148.

Диагностика

Значение мультифокальной биопсии в диагностике поражений мочевого пузыря

Абдурахмонов Д.К., Хакимов М.А., Халилов Ш.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан, Ташкент

Диагностика поражений мочевого пузыря зачастую основывается на результатах патоморфологического исследования. Эндоскопический метод, дополненный биопсией, является ведущим в диагностике заболеваний мочевого пузыря. Наиболее информативна мультифокальная биопсия, когда исследуется материал, взятый не только из язвы и прилежащих тканей, но и со всех стенок мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Роль биопсии мочевого пузыря является определяющей в дифференциальной диагностике поражений органа со схожей симптоматикой – *carcinoma in situ*, лейкоплакия, малакоплакия, различные формы циститов, туберкулез мочевого пузыря и требует исследования материала, взятого из нескольких фокусов. В этой связи диагностика поражений мочевого пузыря требует дальнейшего совершенствования.

Цель. Изучить патоморфологические признаки различных поражений мочевого пузыря.

Материал и методы исследования. В урогенитальном отделении клиники РСНПМЦФМП МЗ РУз. комплексному клинико-лабораторному обследованию подвергнуты 194 пациентов с патологиями мочевыделительной системы. Среди этой категории пациентов поражение мочевого пузыря установлено у 93 (47,9%) больных.

Полученные результаты. При подозрении изменений слизистой оболочки мочевого пузыря важное диагностическое значение приобретает цистоскопия. Интерпретация найденных при цистоскопии изменений не всегда проста, поскольку макроскопическая картина некоторых патологических процессов в мочевом пузыре весьма схожа. Так, например, трудно отличить простую язву мочевого пузыря от туберкулезной, туберкулезные грануляции от опухолевых разрастаний. В таких случаях существенную помощь в дифференциальной диагностике оказывает эндовезикальная биопсия.

Применение мультифокальной биопсии у 93 пациентов способствовало выявлению у 67 (72,0%) пациентов туберкулеза мочевого пузыря, у 17 (18,3%) – рака мочевого пузыря, у 9 (9,7%) – полипа мочевого пузыря. Среди больных установлены следующие варианты развития туберкулеза мочевого пузыря: Туберкулезный цистит (продуктивное воспаление, просовидные высыпания, окруженной зоной гиперемии) выявили у 17 (25,4%), туберкулезный язвенный цистит (образование язв с неровными, подрытыми краями, окружённой зоной гиперемии с нечёткими контурами) – у 36 (53,7%), туберкулезный микроцистис (сморщивание мочевого пузыря) – у 14 (20,9%) больных.

Заключение. Диагностика поражений мочевого пузыря – трудоемкий и длительный процесс, требующий тщательной работы с пациентом в специализированном учреждении. Проведение дифференциальной диагностики поражений мочевого пузыря предполагает: клинико-лабораторные обследования, инструментальное обследование (цистоскопия с биопсией мочевого пузыря); При поражении мочевого пузыря цистоскопия с биопсией может быть с успехом использована в комплексном обследовании пациентов с подозрением на специфический процесс.

Особенности ранней диагностики мочеполового туберкулеза в условиях противотуберкулезных и нетуберкулезных учреждениях

Абдурахмонов Д.К., Хакимов М.А., Халилов Ш.М., Набиев С.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан, Ташкент

Более 40 % больных поступают во фтизиоурологический стационар с неправильными диагнозами, после многомесячного и многолетнего ненужного противотуберкулезного лечения вследствие гипердиагностики. Среди населения Узбекистана имеются группы лиц с факторами повышенной предрасположенности к мочеполовому туберкулезу (МПТ). Большая часть лиц с медицинскими факторами риска обращается за помощью или состоит на учете в нетуберкулезных лечебных учреждениях и нуждаются в постоянном контроле фтизиатрической службы и дообследовании с целью своевременного выявления МПТ. Это медицинские группы риска, имеющие следующие виды патологии. Отсутствие эффекта от проведенного противовоспалительного лечения патологии мочеполовых органов неспецифическими средствами должно вызвать у любого специалиста подозрение о наличии у больного туберкулеза. Больных с такими симптомами врач обязан обследовать на туберкулез. Медико-биологическими факторами риска заболевания туберкулезом у женщин являются роды и аборты, у лиц обоего пола – контакт с больными активным туберкулезом, особенно с бактериовыделителями. В условиях недостаточного количества фтизиоурологов возрастает роль общей лечебной сети в выявлении МПТ по клиническим проявлениям заболевания. В этой связи необходима постоянная организационно-методическая работа противотуберкулезных диспансеров с врачами общей лечебной сети. В целях совершенствования работы по профилактике и раннему выявлению туберкулеза, необходимо повышение квалификации врачей общей лечебной сети по внелегочному туберкулезу на базе кафедр туберкулеза. При оценке работы врачей поликлиники необходимо обращать особое внимание на полноту и своевременность выполнения диагностического минимума обследования на МПТ у пациентов предъявляющих жалобы или имеющих симптомы, подозрительные на МПТ. При постановке на диспансерный учет больного по туберкулезу любой локализации необходимо обеспечить в обязательном порядке проведение осмотра уролога и динамический осмотр через 6 месяцев. Наиболее надежным признаком заболевания МПТ является наличие микобактерий туберкулеза (МБТ) в моче, а также в биоптатах тканей. Обнаружение МБТ в моче является доказательством МПТ. Если в анализе мочи обнаруживается белок и лейкоцитурия (8–100 и более лейкоцитов в поле зрения) должна быть проведена в лаборатории нетуберкулезного ЛПУ бактериоскопия осадка мочи на МБТ; 3-х кратное исследование собранной мочи посевом в асептических условиях на обычную микрофлору и МБТ; УЗИ почек, предстательной железы, мочевого пузыря; в случае выявления отклонения от нормы – рентгеноурологическое обследование; эндоскопическое исследование; биопсия, патоморфологическое исследование. На СВП и в центральной поликлинике должен быть проведен сбор анамнеза и анализ жалоб, общие анализы крови и мочи, бактериоскопия мазка мокроты на МБТ, туберкулиновая проба Манту 2ТЕ.

На уровне центральной районной больницы (ЦРБ), городской и/или областной больницы к тому объему должно быть добавлено рентгено-флюорографическое исследование пациента и необходимые виды обследования у специалистов по внелегочной патологии при наличии показаний (невропатолога, уролога, хирурга, ортопеда, гинеколога, окулиста и др.). Своевременное выявление МПТ, с проведением дифференциальной диагностики в условиях противотуберкулезных учреждений с использованием диагностической базы, современных возможностей микробиологических, морфологических методов позволит достигнуть излечения.

МРТ в диагностике рецидива рака предстательной железы после HIFU и криоабляции

Абоян И.А., Бадьян К.И., Маликов Л.Л., Галстян А.М., Пакус С.М.

г. Ростов-на-Дону. МБУЗ КДЦ «Здоровье»

Главный врач, проф. д.м.н. Абоян Игорь Артемович

Введение и цели. Органосохраняющая малоинвазивная хирургия при локализованном раке предстательной железы с термической абляцией связана с необратимыми изменениями структуры органа после операции, что затрудняет визуализацию простаты в будущем. Целью исследования являлась оценка возможностей мультипараметрической МРТ в диагностике рецидивирующего рака предстательной железы после HIFU и криоабляции РПЖ.

Материалы и методы. С 2014 по 2018 год в КДЦ «Здоровье» г Ростов-на-Дону, было проведено 56 fusion-биопсий у пациентов с биохимическим рецидивом после криоабляции и HIFU. Средний период наблюдения за пациентом составил 38 месяцев (диапазон 14–52). В 22 случаях программный fusion был выполнен на устройстве bk5000, 34 пациента перенесли когнитивный fusion. Средний PSA составлял 3,4 нг/мл (диапазон 2,2–4,5), размер предстательной железы составлял 26,4 см³ (диапазон 22–34), среднее количество точек составило 16 (диапазон 14–18), согласно схеме 10 системных точек, по одному вколу от каждого семенного пузырька, 2–3 точки из подозрительного очага. Средний объем патологического очага составил 0,7 см³ (0,5–2,2), среднее количество очагов составило 1,2 (1–3) на пациента.

Результаты. Общая частота гистологического рецидива составила 37,5% (n= 21), 30% были обнаружены с использованием fusion-биопсии (n=17) и 21% систематической биопсии (n= 12). Согласно статистическому анализу, была получена значительная корреляция с размером очага, интенсивностью накопления очага по данным контрастного исследования (p <0,01). Статистически, степень злокачественности была выше из точек, взятых из патологических очагов, подозрительных на МРТ (p <0,001). Согласно данным TRUS, процент очагов, визуализированных в В-режиме, не превышал 10% (p <0,05).

Выводы. МРТ в мультипараметрической режиме является основным инструментом повышения точности диагностики рецидива рака предстательной железы после различных варинатов термической абляции.

Комплексная диагностическая программа «Репродуктивное здоровье» в диагностике и лечении бесплодия

Абоян И.А., Павлов С.В., Шкодин С.В., Минкина Е.В.

Введение. Данные мировой и отечественной статистики свидетельствуют о том, что 15 супружеских пар из 100 имеют сложности с зачатием ребёнка. По данным ВОЗ, число бесплодных пар в мире достигает 70 миллионов. Около 35% случаев бесплодия приходится на женский фактор и столько же – 35% на мужской. Примерно в 20% случаев проблема является совместной и около 10% – бесплодие неясного генеза. Учитывая, высокую распространённость данной проблемы, на базе МБУЗ КДЦ «Здоровье» г.Ростова-на-Дону создана программа «Репродуктивное здоровье». Данная программа внедрена в практическую деятельность для всестороннего обследования и последующего лечения обоих партнёров в бесплодной паре.

Цель работы. Оценить возможность рациональной организации помощи парам с проблемами репродуктивного здоровья на базе многопрофильного лечебно-диагностического учреждения.

Материалы и методы. В МБУЗ КДЦ «Здоровье» собран многопрофильный коллектив врачей, (гинекологи, урологи, эндокринологи, генетик, гемостазиолог) занимающихся обследованием и лечением бесплодных пар. Проведено дополнительное обучение данных специалистов в ведущих клиниках России, специализирующихся на вопросах репродуктивного здоровья и бесплодия в браке. Лаборатория центра, являющаяся Централизованной клинко-диагностической лабораторией г.Ростова-на-Дону, модернизирована и дополнительно оснащена для всесторонней диагностики инфертильных состояний. В сложных диагностических случаях проводится консилиум, позволяющий наиболее рационально выбрать тактику последующего лечения.

Результаты. В программе «Репродуктивное здоровье» три модели пациентов, которые могут обратиться за помощью, и три возможных диагностических линии, имеющие объем обследования в зависимости от модели пациента. Пациенты с нарушениями репродуктивного здоровья разделены на три группы (модели): 1 – желающие оценить собственную фертильность; 2 – страдающие бесплодием в течение года и более, при этом не обследованы ранее и не получали лечения и 3 модель – пациенты из бесплодной пары, неоднократно обследованы в разных клиниках, получали лечение, в т.ч. методами ВРТ, желаемой беременности не достигли. Первая модель (как мужчины, так и женщины) получала минимальное обследование для оценки фертильности, при обнаружении патологии – проводились последующие диагностические линии. Вторая модель пациента сразу подвергалась всестороннему обследованию, включая генетическое, с консультацией эндокринолога, генетика, гемостазиолога (женщины). Третья модель – проводились единичные уточняющие исследования (НВА тест, тест на фрагментацию ДНК спермиев, генетические исследования) для выбора оптимального метода ВРТ (такие как ПИКСИ, ИМСИ).

Выводы. Создание моделей пациентов и разделение диагностического процесса на этапы позволило стандартизировать подход к ведению бесплодных пар, сократить время обследования и материальные затраты пациентов. Внедрение «командного» подхода к ведению пары и практика репродуктивных консилиумов позволили успешнее решать вопросы бесплодия в паре.

Возможности иммуногистохимических исследований при морфологической верификации рака предстательной железы

Аль-Шукри С.Х.¹, Корниенко Ю.В.¹, Рыбакова М.Г.², Боровец С.Ю.¹,
Ботина А.В.², Рыбалов М.А.¹

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России (г. Санкт-Петербург)

¹Кафедра урологии с курсом урологии с клиникой

²Кафедра патологической анатомии

Введение. Среди широко распространенных во всех странах мира болезней мужчин среднего и пожилого возраста особое место занимает рак предстательной железы (РПЖ). Внедрение в клиническую практику в 80-е годы прошлого века определения уровня простатического специфического антигена (ПСА) в плазме крови позволило выявлять РПЖ у большего числа мужчин, в том числе, на ранних стадиях болезни. Несмотря на это, до настоящего времени почти у 70% больных в Российской Федерации РПЖ выявляют только в III-IV стадии, когда радикальное лечение уже невозможно (Родоман В.Е. и соавт. 2009; Каприн А.Д. и соавт., 2014). С другой стороны, остается актуальной и проблема гипердиагностики клинически незначимых случаев РПЖ, что приводит к повышению числа «ненужных» биопсий предстательной железы, в результате которых нередко выявляют доброкачественную гиперплазию предстательной железы (ДГПЖ) или простатическую интраэпителиальную неоплазию (ПИН). В ряде случаев, с целью уточнения диагноза, для подтверждения наличия атипичных клеток в биоптатах предстательной железы прибегают к выполнению иммуногистохимических исследований (ИГХ). Однако большая стоимость данных исследований затрудняет их рутинное использование в клинической практике.

Цель исследования: изучить результаты ИГХ-исследований при морфологической верификации РПЖ

Пациенты и методы: проанализированы результаты ИГХ исследований биоптатов предстательной железы 43 пациентов в возрасте от 57 до 85 лет (средний возраст 65,72±7,25), которым выполняли мультифокальную биопсию в клинике урологии ПСПБГМУ им. И.П. Павлова в 2015-2018 гг. ИГХ-исследования включали определение экспрессии рацемазы, высокомолекулярных цитокератинов, рб3. Показанием к биопсии у всех больных явилось подозрение на РПЖ, на что указывали повышенный уровень общего ПСА в плазме крови у 41 из 43 (95%) пациентов, наличие гипоезогенных очагов в ткани предстательной железы при трансректальном ультразвуковом исследовании – у 2 из 43 (5%) пациентов.

Результаты. В связи с сомнительными результатами гистопатоморфологического исследования всем отобранным пациентам (n=43) были дополнительно выполнены ИГХ исследования биоптатов предстательной железы, в результате которых только у 21 из 43 (49%) больных в биопсийном материале подтвердили наличие РПЖ; у 10 из 43 (23%) – выявили признаки ПИН; у остальных 12 из 43 (28%) больных – признаки ДГПЖ. Таким образом, по результатам ИГХ, диагноз РПЖ был подтвержден только у половины больных.

Выводы:

1. сомнительных результатах рутинных патоморфологических исследований для уточнения диагноза РПЖ целесообразно прибегать к ИГХ.
2. Использование ИГХ биопатов простаты позволяет существенно повысить точность диагностики РПЖ.

Роль коллатеральных путей кровоснабжения полового члена при мультифокальных поражениях ветвей внутренних подвздошных артерий

Быстренков А.В.¹, Повелица Э.А.²

¹У «Гомельская областная клиническая больница», Гомель, Республика Беларусь

²ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» Гомель, Республика Беларусь.

Остается не до конца изученным значение компенсаторного артериального кровоснабжения полового члена (ПЧ) у пациентов с эректильной дисфункцией (ЭД) в условиях мультифокального окклюзионно-стенотического поражения внутренних подвздошных артерий (ВПА). Основным методом верификации артериогенной ЭД является инвазивная рентгенэндоваскулярная и динамическая мультиспиральная компьютерная контрастная ангиография (ДМККА) подвздошно-бедренных сегментов, включая сосуды бассейна внутренней половой артерии.

Цель. Оценить значение ДМККА в диагностике стенозо-окклюзионных поражений артерий бассейна ВПА и коллатеральных путей кровоснабжения ПЧ при мультифокальном поражении для выбора метода коррекции.

Материал и методы. В результате обследования пациентов с артериогенной формой ЭД был произведен анализ 150 тазовых половин по данным динамической мультиспиральной компьютерной контрастной ангиографии (ДМККА) у 75 пациентов. Исследование выполнялось на 64-срезовом компьютерном томографе производства фирмы «GE» (General Electric) (США) "Discovery750". Оценивались окклюзионно-стенотические поражения подвздошных артерий, внутренней половой артерии в тазовом и экстратазовом отделах. Визуализировались дополнительные развившиеся в условиях атеросклероза коллатеральные артериальные сосуды к внутренней половой артерии из системы запирающей артерии, наружной половой артерии. Оценка ЭД была произведена по шкале МИЭФ-5. По результатам анализа 17 пациентам была рекомендована и произведена рентгеноэндоваскулярная коррекция окклюзионно-стенотических поражений общей (ОПА) и/или наружной подвздошной артерии (НПА) с одной (n=14) или с обеих сторон (n=3).

Результаты. В результате произведенной эндоваскулярной коррекции магистральных сосудов у всех пациентов отмечалось статистически значимое улучшение эректильной функции по шкале МИЭФ-5 (8-12 баллов до операции и 16-19 баллов после операции) (p<0,05). Более высокие значения индекса МИЭФ-5 были зафиксированы у пациентов после эндоваскулярной коррекции стенотических поражений ОПА (прямая коррекция) и НПА при развившемся коллатеральном кровотоке за счет артериальных анастомозов между внутренней половой артерией и запирающей артерий, отходящей от нижней надчревной

артерии на стороне поражения (непрямая коррекция), а также между внутренней половой артерией и наружной половой артерией из системы бедренной артерии.

Выводы. Современные цифровые методы исследования аорто-подвздошных сегментов, как рентгенэндоваскулярная ангиография и ДМККА, позволяют на дооперационном этапе верифицировать окклюзионно-стенотическое поражение сосудов бассейна внутренней половой артерии у пациентов с ЭД, а также выявить дополнительные артериальные коллатеральные анастомозы между внутренней половой артерией и артериями из бассейна наружной подвздошной и бедренной артерий, участвующих в обеспечении физиологической эрекции на фоне артериогенной ЭД. Указанная информация необходима для принятия решения о возможности выполнения двухэтапной комбинированной реваскуляризации артерий ПЧ, в случае недостаточной компенсации артериальной перфузии в сосудах бассейна внутренней половой артерии после рентгенэндоваскулярной коррекции ОПА и НПА

Дефицит тестостерона как прогностический фактор при эндоскопических операциях на уретре у мужчин

Ефремов Е.А, Бутов А.О., Кастрикин Ю.В., Едоян Т.А.

Кафедра урологии, андрологии и онкоурологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Актуальность: Известно, что низкий уровень тестостерона оказывает негативное влияние на соматическое и психическое состояние мужчин. Кроме того, установлено, при снижении уровня тестостерона повышается вероятность развития послеоперационных осложнений.

Цель исследования: Изучение изменения уровня тестостерона у пациентов при плазменной аблации стриктуры уретры.

Материалы и методы: Были обследованы 37 пациентов со стриктурой уретры.

Все пациенты были разделены на 3 группы: I группа (12 человек) – пациенты с нормальным дооперационным уровнем общего тестостерона (14,9 [13,3; 16,3] нмоль/л), IIA группа (10 человек) – пациенты с дооперационным дефицитом тестостерона (9,4 [8,6; 10] нмоль/л), получавшие заместительную гормональную (ЗГТ) терапию за 2 недели до оперативного вмешательства и в течение всего срока послеоперационного наблюдения и IIB группа (11 человек) - пациенты с дооперационным дефицитом тестостерона (9 [8,2; 9,6] нмоль/л), не получавшие ЗГТ. К моменту операции уровень тестостерона во IIA группе составлял 16,1 [14,8; 16,7] нмоль/л. Всем больным была выполнена плазменная аблация стриктуры уретры.

Результаты: У пациентов I и IIA групп в раннем послеоперационном периоде было отмечено скачкообразное снижение (на 15% и 14% соответственно) уровня общего тестостерона с последующим восстановлением к 30 суткам. У пациентов IIB группы хирургическое вмешательство не вызвало резких изменений, однако наблюдалось постепенное снижение уровня общего тестостерона к 30 суткам (на 6%). Нормализации уровня тестостерона у пациентов данной группы за все время наблюдения отмечено не было. Данные изменения были статистически значимы.

При сравнении осложнений было отмечено, что у пациентов IIB группы их количество было больше, чем у пациентов I и IIA групп, однако небольшая выборка и малое количество осложнений не позволили сделать выводов о статистической значимости.

Заключение: Выполнение плазменной абляции стриктуры уретры приводит снижению уровня тестостерона в раннем послеоперационном периоде у нормогонадных пациентов. У гипогонадных пациентов проведение хирургического вмешательства усугубляет уже существующий дефицит тестостерона. Выполнение такого рода операций на фоне дефицита тестостерона негативно сказывается на клиническом течении раннего послеоперационного периода, развитии осложнений и общем состоянии больного. Преоперационная диагностика и коррекция дефицита тестостерона является важной составляющей, позволяющей минимизировать количество рисков и осложнений в результате хирургических вмешательств, а также улучшить качество жизни и ускорить послеоперационную реабилитацию пациентов.

Trimprob – новые возможности в диагностике рака предстательной железы. Первый клинический опыт

Камалов А.А., Чалый М.Е., Дзитиев В.К., Тахирзаде Т.Б., Охоботов Д.А., Камалов Д.М., Афанасьевская Е.В., Стригунов А.А.

*Кафедра урологии и андрологии ФФМ МГУ имени М.В.Ломоносова, Москва
Научный руководитель: Камалов А.А. – зав.каф.урологии и андрологии ФФМ МГУ
имени М.В.Ломоносова, профессор, академик РАН*

По данным ВОЗ, рак предстательной железы занимает третье место по смертности среди мужского населения Европы. Раннее выявление рака ассоциировано с достижением максимального результата лечения и, как следствие, с повышением общей выживаемости среди пациентов с данным заболеванием. Определение уровня простатспецифического антигена сыворотки крови в настоящее время является всемирно признанным методом диагностики рака предстательной железы. Однако повышение данного маркера наблюдается и при доброкачественных заболеваниях простаты: гиперплазии и простатите, а также при физических манипуляциях. Несмотря на высокую чувствительность и высокую прогностическую ценность положительного результата, простатспецифический антиген не является высокоспецифичным онкомаркером. В настоящее время мы проводим исследование сканера Trimprob™ (Tissue Resonance InterferoMeter Probe) в диагностике рака предстательной железы с определением возможности его внедрения в рамках неинвазивного скрининга населения. Нами обследован 31 мужчина (ср. возраст – 68 (от 59 до 82 лет), ср.уровень ПСА – 39,5 (от 4,1 до 609 нг/мл)), отобранных для трансректальной биопсии предстательной железы (от 9 до 15 точек). Пациент в одежде становился напротив ресивера с раздвинутыми ногами. Зонд Trimprob™ прикладывали к зоне интереса в области промежности, проводили поиск в трех плоскостях. В режиме реального времени проводилась оценка графиков и визуальной аналоговой шкалы на мониторе. При обнаружении патологического очага в диапазоне излучения 465МГц, данные фиксировались. Исследование проводили три оператора, неосведомленные о данных пальцевого ректального исследования, об уровне простатспецифического антигена и трансректального ультразвукового исследования ни у одного пациента. Данные, полученные при сканировании, сравнивались с результатами патоморфологического исследования биоптатов. Среди всех испытуемых было выявлено 15 истинно положительных и 6 истинно отрицательных результатов. Ложноотрицательных результатов – 5, ложноположительных – 6. Последняя группа отнесена в наблюдаемую, как потенциально истинно положительная. Оценки критериев достоверности метода на данном

этапе не проводилось по причине небольшой выборки. Промежуточные результаты нашего исследования подтверждают возможность диагностики онкоурологических заболеваний с использованием электромагнитного излучения. Мы считаем, что исследование пациентов сканером Trimprob™ может повысить раннюю выявляемость рака предстательной железы среди мужского населения, что может служить обоснованием внедрения данной технологии на уровне поликлинического скрининга. Также, сканер Trimprob™ можно использовать как в случае активного наблюдения пациентов с раком предстательной железы, так и оценки эффективности проведенного лечения. В настоящее время исследование продолжается.

Методы ранней диагностики аденомы простаты

Климов Н.Ю.¹, Андрейчиков А.В., Винник Ю.Ю.²

¹КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского», Россия, Красноярский край, г. Красноярск

²Кафедра урологии, андрологии и сексологии ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф.

В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Россия, Красноярский край, г. Красноярск

Цель работы. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГП) – прогрессирующее заболевание, имеющее важные последствия для здоровья пациента и приводящее к значительным финансовым затратам в системе здравоохранения развитых стран. Статистическими исследованиями Европейской ассоциации урологов подтвержден факт прогрессирования уроандрологических проблем среди мужского населения всего мира. Доброкачественную гиперплазию предстательной железы диагностируют у 30 % мужчин старше 40–50 лет, у 65 % – в возрастной группе 51–60 лет, у 80–90 % мужчин в группе 70–80 лет. Несмотря на то что истинная этиология ДГП до настоящего времени остается неясной, развитие данного состояния связывают со стромальной и железистой пролиферацией клеток в периуретральной зоне простаты. В то же время на возникновение и развитие этого заболевания оказывает влияние комплекс медико-социальных факторов.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 150 больных с морфологически подтвержденным диагнозом, оперированных в урологических отделениях больниц г. Красноярска. Средний возраст больных – $67,7 \pm 1,3$ г. Всем произведена стандартная антропометрия по 27 параметрам с подсчетом остеометрических индексов Rees-Eyshenck'a и Tanner'a по известным формулам. В качестве группы сравнения использованы данные антропометрии здоровых мужчин той же возрастной группы.

Результаты. Соматотипирование больных по индексу Rees-Eyshenck'a показало, что пациенты с ДГПЖ пикнического соматотипа составили 47,4% (мужчины популяции – 78,6%), нормостенического – 40,6% (13,9%), астенического – 12% (7,5%). При сравнении частоты встречаемости того или иного соматотипа среди пациентов с АП и мужчин популяции – они малоразличимы. Распределяя больных с аденомой простаты на соматотипы по индексу Таннера было обнаружено, что гинекоморфы составляют 80,8% всех больных (мужчины популяции – 17,2%), мезоморфы 17,6% (66,6%), а андроморфы 1,6% (16,2%). В сравнении с популяционными нормами – разительные отличия. Среди больных преобладают гинекоморфы и практически отсутствуют андроморфы.

Таким образом, среди больных АП преимущественно встречаются гинеко- и мезоморфы. Следовательно, баланс эстрогены/андрогены имеет непосредственное отношение к этиологии заболевания. Осмелимся предположить, что АП наследуется в той же мере, что и выраженность гинекоморфных черт телосложения.

Выявление сывороточного биомаркера цистатина С для мониторинга скорости клубочковой фильтрации с целью ранней диагностики острого повреждения почек у больных с сочетанной травмой

Мизиев И.А., Махов М.Х.

На сегодняшний день в клинической практике ведется поиск различных биомаркеров, позволивших бы осуществить раннюю диагностику острого повреждения почек (ОПП), с последующим их включением в алгоритм исследования. Такими маркерами в сыворотке крови являются цистатин С, NGAL, пропредсердный натрийуретический пептид, CD 11b – нейтрофил. Так как скорость клубочковой фильтрации – наиболее надежный показатель, который отражает функционирование почек, то особенно актуален, поиск точного, простого, малотравматичного и быстрого метода определения СКФ у пострадавших с сочетанной травмой. Цистатин С – наиболее надежный показатель сохранности функций почек, является более чувствительным показателем снижения СКФ, чем сывороточный креатинин, что дает возможность считать его эффективным критерием диагностики ОПП даже при нормальных значениях сывороточного креатинина.

Цель исследования: определение ранних диагностических критериев ОПП у больных с сочетанной травмой путем внедрения в план обследования пострадавших измерения высокоточного сывороточного биомаркера цистатина С.

Результаты исследования: в исследование вошли 42 пострадавших, находящихся в отделении сочетанной травмы на базе ГБУЗ РКБ в клинике кафедры факультетской и эндоскопической хирургии КБГУ им. Х.М. Бербекова. Возраст обследуемых больных с сочетанной травмой составил от 22 до 62 лет, при этом отмечалась разная степень тяжести повреждения. Наблюдение за больными проводилось в течение всего периода пребывания в стационаре. Забор анализов крови и мочи производился в фиксированные сроки: на 3-5 день, 7, 14, 21. В ходе лечения проводился мониторинг фильтрационной способности почек у больных с сочетанной травмой. Необходимо отметить, что в отличие от креатинина крови, сывороточный цистатин отреагировал повышением концентрации в первые же сутки с момента травмы, тогда как гиперкреатининемия наблюдалась лишь к 3 суткам наблюдения. СКФ при расчете по формуле Хоука (по цистатину С) снизилась в первые сутки и восстановилась к 2 нед. При расчете СКФ по пробе Реберга – Тареева (по креатинину) снижение отмечено к 3 суткам с момента травмы.

Выводы: вышеизложенные данные обуславливают актуальность настоящей работы на исследование значимости в диагностике нового биомаркера цистатина С у больных с сочетанной травмой, проведения оценки перспектив его клинического использования с последующим включением в план обследования, что будет способствовать ранней диагностике ОПП.

Интерпретация графических показателей анализа ночных тумесценций на аппарате Андроскан МИТ. Первый опыт применения

Павлов А.Ю., Ивашин А.К., Дзидзария А.Г., Цыбульский А.Д.

ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России, г.Москва.

Ключевые слова: Эректильная функция, эректильная дисфункция, тест ночной пенильной тумесценции.

Введение. Регистрацию ночных тумесценций полового члена давно используют с целью дифференциальной диагностики между органической и психогенной эректильной дисфункцией (ЭД), поскольку считается, что ночные эрекции не зависят от психологических факторов. Кроме того, данные формы ЭД могут сочетаться, а на основании опроса и анамнеза не всегда возможно распознать этиологию ЭД.

Андроскан МИТ первое в России устройство созданное для регистрации ночных пенильных тумесценций, которое внесено в Государственный реестр медицинских изделий в ноябре 2018. Переносной и компактный датчик считывания Андроскан МИТ позволяет проведение исследования в домашних условиях в привычной для пациента обстановке. В отличие от аппарата RigiScan на данном регистраторе не происходит определение ригидности полового члена, а определяется только изменение диаметра полового члена у основания полового члена.

Цель работы. Определить графические параметры теста ночной пенильной тумесценции на устройстве Андроскан МИТ для пациентов с отсутствием эректильной дисфункции. Оценить возможности и особенности проведения анализа ночных тумесценций на устройстве Андроскан МИТ.

Материалы и методы. 5 пациентам с отсутствием ЭД и 30 пациентам с жалобами на ЭД различной степени выраженности проведен анализ ночных тумесценций на аппарате Андроскан МИТ. Степень выраженности ЭД определялась по опросникам Международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5). Всем пациентам проводился анализ ночных тумесценций в течение минимум двух ночей с минимальным 6-часовым сном. Пациентам рекомендовалось исключить употребление алкоголя, прием лекарственных препаратов для сна или ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа в течение двух ночей до начала теста.

Исследование одобрено комитетом по этике в ФГБУ «Российский научный центр рентгено-радиологии» Минздрава России. Информированное согласие получено от всех пациентов.

Результаты. На основании проведенной работы нами выработаны нормативные графические параметры теста ночной пенильной тумесценции на устройстве Андроскан МИТ для пациентов с отсутствием эректильной дисфункции: количество эпизодов эрекции – более 3 за ночь; продолжительность эректильных эпизодов – более 10 минут; соотношение диаметра полового члена в не эрегированном и эрегированном состоянии более 0,75.

У всех 5 пациентов с отсутствием ЭД наблюдались вышеуказанные параметры. При этом ни у одного из 7 пациентов с выраженной ЭД (5–10 баллов по опросникам МИЭФ-5) не выявлены вышеуказанные критерии. Статистическая обработка полученных данных не проводилась в связи с малым количеством пациентов и получением заведомо статистически незначимых результатов.

Значение мультифокальной биопсии в диагностике поражений мочевого пузыря

Парпиева Н.Н., Абдурахмонов Д.К., Хакимов М.А., Халилов Ш.М., Алижонов С.К.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан, Ташкент.*

Диагностика поражений мочевого пузыря зачастую основывается на результатах патоморфологического исследования. Эндоскопический метод, дополненный биопсией, является ведущим в диагностике заболеваний мочевого пузыря. Наиболее информативна мультифокальная биопсия, когда исследуется материал, взятый не только из язвы и прилежащих тканей, но и со всех стенок мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Роль биопсии мочевого пузыря является определяющей в дифференциальной диагностике поражений органа со схожей симптоматикой – carcinoma in situ, лейкоплакия, малакоплакия, различные формы циститов, туберкулез мочевого пузыря и требует исследования материала, взятого из нескольких фокусов. В этой связи диагностика поражений мочевого пузыря требует дальнейшего совершенствования.

Цель. Изучить патоморфологические признаки различных поражений мочевого пузыря.

Материал и методы исследования. В урогенитальном отделении клиники РСНПМЦФП МЗ РУз. комплексному клиничко-лабораторному обследованию подвергнуты 194 пациентов с патологиями мочевого пузыря. Среди этой категории пациентов поражение мочевого пузыря установлено у 93 (47,9%) больных.

Полученные результаты. При подозрении изменений слизистой оболочки мочевого пузыря важное диагностическое значение приобретает цистоскопия. Интерпретация найденных при цистоскопии изменений не всегда проста, поскольку макроскопическая картина некоторых патологических процессов в мочевом пузыре весьма схожа. Так, например, трудно отличить простую язву мочевого пузыря от туберкулезной, туберкулезные грануляции от опухолевых разрастаний. В таких случаях существенную помощь в дифференциальной диагностике оказывает эндовезикальная биопсия.

Применение мультифокальной биопсии у 93 пациентов способствовало выявлению у 67 (72,0%) пациентов туберкулеза мочевого пузыря, у 17 (18,3%) – рака мочевого пузыря, у 9 (9,7%) – полипа мочевого пузыря. Среди больных установлены следующие варианты развития туберкулеза мочевого пузыря: Туберкулезный цистит (продуктивное воспаление, просовидные высыпания, окруженной зоной гиперемии) выявили у 17 (25,4%), туберкулезный язвенный цистит (образование язв с неровными, подрытыми краями, окружённой зоной гиперемии с нечёткими контурами) – у 36 (53,7%), туберкулезный микроцистис (сморщивание мочевого пузыря) – у 14 (20,9%) больных.

Выводы. Диагностика поражений мочевого пузыря – трудоемкий и длительный процесс, требующий тщательной работы с пациентом в специализированном учреждении. Проведение дифференциальной диагностики поражений мочевого пузыря предполагает: клиничко-лабораторные обследования, инструментальное обследование (цистоскопия с биопсией мочевого пузыря); При поражении мочевого пузыря цистоскопия с биопсией может быть с успехом использована в комплексном обследовании пациентов с подозрением на специфический процесс.

Роль динамической компьютерной контрастной и магнитно-резонансной ангиографии в эндоваскулярной хирургии артериогенной эректильной дисфункции

Повелица Э.А.¹, Доманцевич В.А.¹, Доста Н.И.², Быстренков А.В.³, Пархоменко О.В.¹

¹ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» Гомель, Республика Беларусь

²ГУО «Белорусская Медицинская Академия Последипломного Образования» Минск, Республика Беларусь

³Учреждение «Гомельская областная клиническая больница», Гомель, Республика Беларусь

Динамическая компьютерная контрастная и магнитно-резонансная ангиография (ДККА, МРТА) являются современными методами исследования, которые позволяют выявить патологические изменения в артериальных сосудах от уровня бифуркации общей подвздошной артерии до a.pudenda interna, a.penis и её конечных ветвей - a.dorsalis penis et a.dorsalis penis profunda при диагностике артериогенной эректильной дисфункции (ЭД), а также наметить тактику хирургической коррекции.

Материал и методы. Было выполнено 75 ДККА у мужчин с ЭД и произведен анализ 150 тазовых половин. Исследование выполнялось на 64-срезовом двухэнергетическом компьютерном томографе производства фирмы «GE» (General Electric) (США) "Discovery750" в программе pelvis. Анализ производился на рабочей станции «GE» Z800 (после построения объемных трехмерных реконструкций с использованием MIP- протокола (проекции максимальной интенсивности) и автоматическим вычитанием костных структур.

МРТ-ангиографическое исследование производилось на аппарате Optima MR 450, 1.5т, (GE Medical Systems, 2015) в программе pelvis vascular seqra и с реконструкцией в программе small vessels. Для контрастирования сосудов малого таза использовался препарат «Омнипак» (General Electric Healthcare, Ирландия). Выполнено 45 МРТ ангиографий ВПА с анализом 90 половин таза.

Оценивалась визуализация и проходимость тыльных и глубоких сосудов полового члена (ПЧ), внутренней половой артерии (ВПА) в тазовом и экстраатазовом отделах, оценивалось состояние аорто-подвздошных сегментов, определялись стенозы, окклюзии, их выраженность в % отношении к просвету артерии и протяженность. При интерпретации полученных результатов использовали классификацию Adachi и Yamaki.

Результаты. Чувствительность и специфичность ДККА в диагностике стенозо-окклюзионных поражений ВПА у пациентов с ЭД составила 92% и 72% соответственно. В случае отсутствия патологических изменений в артериях малого таза у мужчин в 100% случаев отмечалась четкая двусторонняя визуализация внутренних подвздошных артерий, ВПА до уровня её дистальных артерий, включая артерии ПЧ. При этом ВПА имела в области устья диаметр в пределах 2,8-3 мм, четкие наружные и внутренние контуры, отсутствовали патологические изгибы (кинкинг) на промежности и её диаметр на промежности составлял в пределах 1,2-1,8 мм.

МРТА продемонстрировала высокие показатели диагностической ценности (чувствительность 89%) и специфичность (90%) в диагностике стенозо-окклюзионных поражений в бассейне ВПА у мужчин с артериогенной ЭД. У пациентов с артериогенной ЭД выявлялись моно – и мультифокальные поражения в бассейне ВПА, сопровождающиеся, стенозами различной степени выраженности и окклюзией их просвета.

По результатам ДККА, МРТА и УЗИ сосудов бассейна ВПА у 17 пациентов с артериогенной ЭД было произведено прямое неселективное интервенционное вмешательство на общей подвздошной артерии и её бифуркации путём установки в 3 случаях с двух сторон и в 14 случаях с одной стороны стентов в сочетании с баллонной ангиопластикой. По показаниям (первоначальное предоперационное ДККА, МРТА) и результатам контрольного УЗИ сосудов полового члена (ПЧ) после эндоваскулярного вмешательства на противоположной стороне дополнительно вторым этапом выполнялась с целью коррекции недостаточной артериальной перфузии в сосудах ПЧ открытая реваскуляризация ПЧ (операция Michal II-Sharpir Virag II).

В ряде случаев (2) по данным ДККА, МРТА и УЗИ сосудов бассейна ВПА были установлены показания к двусторонней открытой реваскуляризации ПЧ ввиду моносегментарных стенозов в тазовом отделе ВПА, приведших к значительному снижению артериальной перфузии в артериях ПЧ и неэффективности ингибиторов фосфодиэстеразы V типа.

Эффективность произведенной хирургической коррекции артериогенной ЭД в послеоперационном периоде осуществлялась путем выполнения ДККА, МРТА (в одном наблюдении была произведена МРТА у пациента с ранее установленным нитиноловым МРТ-совместимым стентом в наружную подвздошную артерию) в сочетании с трансперинеальным УЗИ сосудов бассейна ВПА и оценкой по шкале МИЭФ-5.

Выводы. Современные цифровые методы исследования сосудов бассейна ВПА и аорто-подвздошных сегментов при ДКК- и МРТ ангиографии позволяют с высокой разрешающей способностью визуализировать патологические изменения в указанных артериях и соответственно улучшить диагностику артериогенной ЭД. ДККА и МРТА позволяют наметить тактику хирургической коррекции стенозо-окклюзионных поражений как методами эндоваскулярной (включая селективную) интервенции, так и открытыми реваскуляризирующими реконструктивными операциями на сосудах ПЧ. ДККА и МРТА позволяют оценивать в динамике эффективность проведенных хирургических вмешательств, а учитывая высокую лучевую нагрузку при ДККА и сопоставимые показатели диагностической ценности методов, предпочтительным может быть МРТА.

Собственный опыт применения мультиспиральной динамической компьютерной фармакокавернозографии в диагностике веногенной эректильной дисфункции

Попов С.В.^{1,2,3}, Орлов И.Н.^{1,3}, Гарачах И.А.¹, Гринь Е.А.¹, Малевич С.М.¹, Гулько А.М.¹, Топузов Т.М.¹

¹СПБ ГБУЗ «Клиническая больница Святого Луки», г. Санкт-Петербург.

²Военно-Медицинская Академия им. С.М. Кирова, кафедра урологии, г. Санкт-Петербург.

³Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, кафедра урологии, г. Санкт-Петербург.

Цель исследования: Оценка эффективности компьютерной фармакокавернозографии в диагностике органической (веногенной) эректильной дисфункции (ЭД) и последующем планировании лечения данной нозологической формы.

Материалы и методы: С целью диагностики веногенной ЭД применяли метод мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с последующим 3D-моделированием полученных томограмм для визуализации венозных сосудов, по которым преимущественно происходит патологический сброс крови из кавернозных тел, кроме того определяли состояние кавернозных тел. Исследование было проведено на 45 пациентах с подозрением на наличие веногенной ЭД в рамках комплексной диагностики. Выделяют 3 типа патологического венозного дренажа (ПВД) из кавернозных тел: дистальный сброс – по системе глубокой дорсальной вены, проксимальный сброс – по глубоким пенильным венам, и смешанный тип сброса крови.

Исследование проводилось на мультисрезовом спиральном компьютерном томографе «Aquilion PRIME», фирмы Тошиба (Япония) по протоколу Pelvis HCT Native; 120 KV; 60 mA; Rot. Time 0,5 с последующей обработкой полученных данных с моделированием (MPR и 3D-реконструкция). Средний возраст пациентов составил $30,7 \pm 6,7$ лет. Исследование начиналось со стандартной укладки: пациент располагался на столе компьютерного томографа с заведенными за голову руками. На начальном этапе сканирование проводилось в нативном режиме от крыльев подвздошной кости до головки пениса с одновременной задержкой дыхания на вдохе, после чего выполняли интракавернозную инъекцию вазоактивного препарата (Каверджет, 10 мкг) и после достижения эрекции использовали мануальную методику интракавернозного введения неионного низкоосмолярного контрастного вещества йогексол (Омнипак) 10 мл, разведенного в 40 мл физиологического раствора (использовался одноразовый шприц типа Луер-Лок (50 мл) для шприцевых насосов и игла-бабочка 21 G с инфузионной линией и луер-адаптером) с предварительной обработкой зоны инъекции раствором антисептика. При введении половины объема иницируется программа сканирования, с последующим введением оставшегося объема. Повторное сканирование проводили через 50 секунд, после чего исследование завершали.

Результаты и заключение: При обработке данных динамической компьютерной фармакокавернозографии (ДКФКГ) получены следующие результаты: ПВД верифицирован у 43 (Всего 95,5% из них 20% пришлось на долю дистального ПВД, 30% на проксимальный тип ПВД и 45,5 % на смешанный), кавернозный фиброз у 7 пациентов (15,5%) и болезнь Peyroni у 1 пациента (2,2%). ДКФКГ позволяет выявить у пациентов с веногенной ЭД вид ПВД и структурные изменения кавернозной ткани, что является определяющим фактором в выборе метода лечения, позволяет сделать прогноз эффективности того или иного способа лечения ЭД в зависимости от тяжести органических расстройств у каждого пациента в отдельности.

Осознанный выбор лечения симптомов нижних мочевых путей у мужчин: известные эффекты и новые исследования

Старцев В.Ю., Дударев В.А.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Росздрава, ФГБОУ ВО ЧГМА Росздрава

Гиперплазия предстательной железы (ГПЖ) и ассоциированные симптомы нижних мочевых путей (СНМП) – распространенная патология у мужчин старшего возраста. Из трех типов α_1 -адренорецепторов, только α_{1A} -рецепторы локализируются в предстательной железе, в основании и шейке мочевого пузыря и в простатической части уретры, принимая участие в опосредованном сокращении гладкомышечных клеток. С учетом недостаточной селективности α_1 -адреноблокаторов, при их назначении отмечен ряд нежелательных явлений, НЯ (напр., ортостатическая гипотензия). Коррекция СНМП высокоселективными α_{1A} -адреноблокаторами редко сопровождается НЯ со стороны сердечно-сосудистой системы.

Силодозин (С) известный антагонист α_1 -адренорецепторов с высокой селективностью к подтипу α_{1A} . В Европе и США в трёх исследованиях III фазы у мужчин старше 50 лет с ГПЖ, принимавших С (8 мг/сутки), статистически значимо, в сравнении с плацебо, улучшались показатели IPSS (симптомы накопления и опорожнения). Согласно post hoc анализу, С достоверно ($p < 0,05$) превосходил плацебо и тамсулозин (исследования III фазы) в отношении уменьшения ноктурии, частоты мочеиспускания и неполного опорожнения мочевого пузыря (Q_{max} 2,8 vs 1,5 мл/с). В известном исследовании 2016 г. С значимо снижал ИВО

(соотношение Q_{max} и давления детрузора во время мочеиспускания) [Roehrborn C.G. et al., 2016]. Долговременные открытые исследования продемонстрировали, что С поддерживает ослабление симптомов ГПЖ в течение 1 года, хорошо переносится, а НЯ выражены минимально, за исключением нарушений эякуляции. Последнее из указанных явлений использовано индийскими учеными, признавшими С «высокоэффективным обратимым оральным контрацептивом для мужчин» [Bhat G., Bhat A., 2018].

Наилучшие результаты коррекции СНМП достигнуты в ходе комбинированной терапии С и ингибиторов 5 α -редуктазы [Nagiwara K. et al., 2016]. Ряд исследователей свидетельствует о снижении эффективности применения С за 4 года наблюдения [Tanaka Y. et al., 2017], другие отмечают ухудшение эффекта этого лекарства именно у больных с небольшим (менее 40 см³) объемом гиперплазированной железы [Matsukawa Y. et al., 2018].

Оценка предпочтительного препарата для коррекции СНМП ретроспективно проведена на многочисленной когорте пациентов ($n=1035340$): 43% пациентов в возрасте >50 лет с ГПЖ/СНМП назначены α_{1A} -адреноблокаторы. Тамсулозин показал наивысший «коэффициент стойкости» по сравнению с другими препаратами этой группы, а С оказался на 3-м месте. Исследователи связали этот факт с доступностью тамсулозина в программе льготного рецептурного обеспечения, поскольку иных клинических различий эффективности установлено не было [Moon H.W. et al., 2018].

В ходе мультицентровых исследований эффективности С при конкрементах нижней трети мочеточника (2014–2016) установлен высокий уровень экспульсии фрагментов ($5,23 \pm 2,32$ мм) в 75,9–86,2% наблюдений, с достоверно ($p < 0,001$) меньшей частотой почечных колик на фоне приема С [Kumar S. et al., 2015; Ozsoy M. et al., 2016]. Сопоставление эффективности экспульсии конкрементов при приеме С и тамсулозина оказалось однозначным в пользу первого из препаратов [Elgalaly H. et al., 2016; Rahman M.J. et al., 2018]. Дополнительным эффектом С явилась возможность его применения для преодоления химиорезистентности у ряда пациентов с уротелиальной карциномой [Kawahara T. et al., 2015].

Выводы. Силодозин высокоселективен и близок по действию тамсулозину для улучшения СНМП, но превосходит его при одновременном улучшении триады симптомов. Побочно

часто выражена ретроградная эякуляция. Возможно одновременное назначение С, иФДЭ-5 и антигипертензивных препаратов, а риск возникновения осложнений со стороны органов сердечно-сосудистой системы минимален. Препарат высокоэффективен при конкрементах нижней трети мочеточника.

Безболевая макрогематурия: диагностика и лечения

Тилляшайхов М.Н., Абдурахманов Д.К., Хакимов М.А., Халилов Ш.М., Алижонов С.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз

Безболевая макрогематурия особенно у мужчин среднего, пожилого и старческого возрастов высоковероятный признак рака мочевого пузыря. Такая гематурия требует обязательного исследования, включая немедленную цистоскопию, для определения, ее источника, а также рандомизированных биопсий слизистой мочевого пузыря в тех случаях, когда видимое для глаза поражение отсутствует. Макрогематурия ведущий симптом (90%) при всех стадиях и не зависит от размера опухоли. Гематурия может быть видна больному или обнаруживается при общем анализе мочи. Любая степень микрогематурии требует обследования на предмет рака мочевого пузыря (цистит, камни пузыря, туберкулез и др.). Более того, микрогематурия всегда показание к всестороннему урологическому обследованию, особенно у лиц старше 50 лет.

Проведен анализ истории болезней 74 больных, поступивших в урологическое отделение нашей клиники с жалобами на наличие крови в моче и направительным диагнозом туберкулез мочевых путей. Их возраст варьировал от 28 до 84 лет, среди них мужчин было 59 (62%), женщин-36(38%), 38 пациентов (40%) отмечали постоянную макрогематурии в течение длительного времени с выраженными дизурическими расстройствами (учащенное, затрудненное, иногда болезненное мочеиспускание). У 57 больных (60%) наблюдали периодическую, безболевою тотальную макрогематурию.

С целью верификации патологии проводилась цистоскопия, при которой были выявлены язвы, бугорковые высыпания, новообразования разных размеров, структуры, количества с преимущественной локализацией в области шейки и левой боковой стенки мочевого пузыря с вовлечением устья мочеточника и без такого. В четырёх случаях большим цистоскопия не удалась из-за наличия большого сгустка крови в пузыре, продолжающегося кровотечения из невидимого очага. Цистоскопия больным с болевой гематурией оставалась на заключительный этап диагностики. Биоптат при гистоанализе показал в 6 случаях (6,3%) карциному, в 3 (3,1%) переходноклеточный рак МП, в 2 (2,1%) плоскоклеточную папиллому, в 47 (49,5%) туберкулезное поражение мочевого пузыря. В остальных наблюдениях у 30 (31,6%) больных установлена гематурия из верхних мочевых путей за счет туберкулезного поражения и у 7 (7,4%) за счет нефроптоза.

Таким образом, любая гематурия требует всестороннего урологического обследования на предмет рака мочевого пузыря, с последующей диагностикой стадии патологии и выбора адекватного метода лечения.

Эхографическая дифференциальная диагностика туберкулеза и опухоли почки

Тилляшайхов М.Н., Хакимов М.А., Абдурахмонов Д.К., Рахматов М.М.,
Халилов Ш.М., Абдикаримов М.Г.

РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан, Ташкент

В ряде не вполне ясных по клинической картине или по установленным объективным данным случаев нам приходится проводить дифференциальную диагностику с туберкулезом и опухолью почки, возросло число публикаций о сочетанном поражении почки опухолью и туберкулезом (А.А. Волков, О.Н. Зубань, 2007).

Цель работы. Изучить дифференциально-диагностические признаки поражений почек опухолью и туберкулезом.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты 3284 исследований в клинике РСНПМЦФип МЗ РУз с подозрением на нефротуберкулез (НТ). Среди обследованных, НТ был установлен у 1820 (55,4%) больных, хронический пиелонефрит – у 584 (17,8%), нефролитиаз – у 245 (7,5%), нефроптоз – у 160 (4,8%), аномалии структуры почек – у 74 (2,3%), амилоидоз почек – у 35 (1,1%), опухоль почки – у 53 (1,6%), патологии почек не обнаружено – у 313 (9,5%) пациентов.

Результаты и обсуждения. Клинико-лабораторные, рентгенологические и эхографические критерии диагностики НТ, предусматривает констатации нормы и патологии в почках, а также локализацию, форму и характер специфического процесса. Такой системный подход позволит достичь высокой точности диагностики туберкулеза и опухоли почки. На основании клинико-лабораторных и лучевых методов исследования у 3284 больных с подозрением на туберкулез нами был разработан оптимальный комплекс дифференциальной диагностики туберкулеза почки, состоящих из 81 наиболее информативных признаков патологии почек. Безусловно, не все признаки равноценны. Такие признаки, как туберкулезная микобактериурия, туберкулезные бугорки, язвы и рубцовые изменения в мочевом пузыре, на рентгенограммах наличие полостей в паренхиме почки, на эхотомограммах выявление гипо- и анэхогенных полостей неправильной формы с утолщенными, уплотненными стенками неправильной формы, имеют решающее значение в диагностике НТ. Обнаружение расширения вен семенного канатика у мужчин или расширения вен больших половых губ у женщин, эхографическое выявление образования в почке неоднородной структуры играет решающую роль в постановке диагноза опухоли почки. Эти признаки, имеющие особое значение в дифференциальной диагностике НТ обозначены «++». Для удобства математического анализа данных, предлагаем схему. Сумма всех положительных признаков для каждого заболевания составляет 100%. Таких положительных признаков, отмеченных знаком «+», для туберкулеза почки 45, хронического пиелонефрита – 32, нефролитиаза – 16, опухоли почки – 23, аномалии структуры почек – 20. Например, у пациента определено 21 положительных признаков туберкулеза почки, 8 – хронического пиелонефрита, 3 – нефролитиаза, 7 – опухоли почки, 4 – аномалии структуры почек. Это соответственно составляет 46,7; 25; 18,8; 30,4; 20%. Поэтому у такого пациента с большей вероятностью можно предположить диагноз НТ. При наличии признаков, отмеченных двумя знаками «++» мы предлагаем прибавлять к полученной сумме 50%, что достаточно объективно отражает их информативность.

Заключение. Диагностика туберкулеза и опухоли почек представляет значительные трудности, разработанный нами дифференциально-диагностический комплекс может значительно облегчить проведение дифференциации туберкулеза почки с опухолями, хроническим пиелонефритом, нефролитазом, аномалиями структуры почек. Сочетание эхографии почек с клинико-лабораторными исследованиями являются на наш взгляд, не только способами дифференциальной диагностики между опухолью и туберкулезом почек, а также имеет значение в оценке эффективности проводимой комплексной терапии больных нефротуберкулезом.

Сравнительная характеристика различных методов выявления туберкулёза в Узбекистане

Тилляшайхов М.Н., Хакимов М.А., Абдурахмонов Д.К., Халилов Ш.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз.

Рентгенография и флюорография как известные методы выявления туберкулеза, позволяют в относительно короткие сроки обследовать значительные контингенты населения и выявить у них туберкулез, неспецифические болезни органов дыхания, онкологические, сердечно-сосудистые заболевания и костную патологию грудной клетки (Е.Я. Кочеткова, 2011).

Цель работы. Представить сравнительную характеристику различных методов выявления туберкулеза в Узбекистане.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ данных сравнительного изучения эффективности флюорографического, бактериологического методов для выявления туберкулеза.

Результаты исследования. В 2012 г. среди пациентов активным туберкулезом, 82,1% выявили рентгено-флюорографическим методом, 15,2% - исследованием мокроты и 2,7% - гистологическим методом. За 2012 г. было обследовано 3483993 лиц флюорографическим методом. Среди впервые зарегистрированных больных активным туберкулезом органов дыхания удельный вес выявленных лиц флюорографическим методом по Узбекистану составил 61,2%. План флюорографических исследований лиц из «групп риска» выполнен на 86%, «обязательного» контингента – на 88,9%. На цифровых флюорографических аппаратах «Проскан» в 2012 году по республике обследовано 404740 лиц, из них туберкулез легких заподозрено у 17,3% флюороположительных лиц. Среди подозрительных лиц активный туберкулез легких установлен у 6,4% (в 2011г. – у 0,4%), неактивный – у 10,9% (в 2011г. – у 0,6%) пациентов. Низкие показатели выявления флюороположительных лиц были отмечены в Бухарской (0,2%), в Андижанской (0,3%), в Ферганской (0,3%), в Самаркандской (0,4%), Кашкадарьинской (0,5%), Сурхандарьинской (0,6%) областях и в г. Ташкенте (0,3%).

Среди впервые выявленных больных туберкулезом, множественные лекарственно-устойчивые формы составили 23%, среди повторных больных – 62%, широкая лекарственная устойчивость отмечена в 5% случаев. В целом по республике процент бактериологической диагностики и верификации случаев МЛУ/ТБ низкий. Особенно, по Андижанской, Джизакской, Кашкадарьинской, Навоийской, Сырдарьинской, Ферганской и Хорезмской областям выявления МЛУ/ТБ составляют от 3 до 8% случаев. В настоящее время внедрение микро-

скопии на МБТ на местах осуществляются с низкой результативностью, так в 2012г. в 317 микроскопических лабораториях проведены 128204 исследований мокроты и показатель выявляемости составил 7,8% (10018).

Заключение. В Узбекистане имеется тенденция к снижению эпидемиологической ситуации по туберкулезу. Однако, структура выявленного туберкулеза мало меняется, что свидетельствует о недостаточном качестве проводимых мероприятий по раннему выявлению болезни. Рентгено-флюорографические и бактериологические методы выявления туберкулеза имеет свои преимущества и недостатки, а комплексное или последовательное применение их, способствует максимальному выявлению больных туберкулезом. На сегодняшний день высокоинформативным и наиболее доступным методом раннего выявления туберкулеза легких остается рентгенофлюорографическое обследование.

Роль эндоскопических исследований в диагностике туберкулеза мочевых путей

Хакимов М.А., Абдурахмонов Д.К., Набиев С.Р., Халилов Ш.М.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз.*

Более чем в половине случаев туберкулез мочевых путей диагностируют при поздней и запущенной стадии развития туберкулезного процесса [Кульчавеня Е.В. с соавт., 2012; Зубань О.Н., 2013].

Цель: Оценить эффективность эндоскопических исследований в диагностике туберкулеза мочевого пузыря.

Материал и методы исследования. Комплексному клинико-лабораторному обследованию подвергнуты 440 пациентов с подозрением на туберкулез мочевых путей. Больные разделены на две группы, в 1-ой – 238 впервые выявленных больных туберкулезом мочевых путей, находившихся на стационарном лечении в РСНПМЦФП МЗ РУз. с 2015 г. по 2017гг.; во 2-ой – 202 пациентов неспецифическими урологическими заболеваниями.

Результаты. При туберкулезе мочевых путей дизурию выявили в 1,5 раза чаще и гематурию – в 1,8 раза чаще, чем у пациентов инфекцией мочевых путей (60,5 и 39,6%; 59,7 и 33,2%, соответственно, $P < 0,01$). Боль в поясничной области и пиурия в обеих группах наблюдалась примерно с равной частотой. Среди 238 больных туберкулезом мочевых путей туберкулезную микобактериурию выявили у 65 ($27,3 \pm 2,8\%$), пиурию – у 175 ($73,5 \pm 2,8\%$) и гематурию – у 142 ($59,7 \pm 3,1\%$) пациентов. Эти признаки кроме пиурии встречаются достоверно чаще при туберкулезе мочевых путей. Среди 238 исследуемых, расстройствами мочеиспускания были 105 (44,1%) пациентов. Из 105 больных с нарушением резервуарной функции мочевого пузыря были 39 (37,1%). При эндоскопическом исследовании 92 пациентов с подозрением на туберкулез, снижение объема мочевого пузыря наблюдались в 91,9%, контактные геморрагии – в 83,9%, язвы слизистой – в 62,9%), деформации устьев – в 38,7% случаев. При цистоскопии 92 пациентов у 63 (68,4%) выявили туберкулез мочевого пузыря, у 24 (26,1%) – хронический цистит, у 3 (3,3%) – неспецифический язвенный цистит, у 2 (2,2%) пациента – рак мочевого пузыря. Среди 63 больных туберкулезом мочевых путей у 22 (34,9%) установлен туберкулезный цистит, у 35 (55,6%) – язвенный туберкулезный цистит, а также

установлены у 5 (79%) – туберкулезный микроцистис и у 1 (1,6%) – выявили сочетания туберкулеза мочевых путей и рака мочевого пузыря. Нами выявлены полиморфность патоморфологической картины мочевого пузыря и отсутствие специфических изменений у большинства больных ТМП; лишь в 12,9 % случаев были обнаружены многоядерные клетки Пирогова-Лангханса.

Заключение. Сравнивая информативность клиничко-лабораторных и рентгенологических исследований, можно заключить, что цистоскопия и биопсия слизистой оболочки представляются наиболее важными в ранней диагностике туберкулеза мочевого пузыря. Патоморфологическая верификация туберкулеза мочевого пузыря возможна лишь в 12,2% случаев; однако отсутствие гистологических признаков специфического воспаления в биоптате не исключает диагноз.

Оценка лучевых методов исследования в диагностике туберкулеза почек

Хакимов М.А., Абдурахмонов Д.К., Халилов Ш.М., Абдикаримов М.Г.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз., Ташкент.*

Информативность того или иного метода лучевой диагностики туберкулеза почек (ТП) зависит от локализации, характера и выраженности деструктивного процесса. Характерные для ТП признаки наблюдаются, как правило, при его далеко зашедших формах и представлены кавернозными образованиями и различными вариантами кальцификации (Камышан И.С., 2006; Нерсесян А.А. с соавт., 2007; Benchekroun A. et al., 1998). До сих пор не дана сравнительная оценка лучевых методов исследований различных форм туберкулеза почек, не разработаны эхографические дифференциально-диагностические признаки поражения почек (Журавлев В.Н. с соавт., 2002; Рахматуллин Р.Р. с соавт., 2007).

Цель работы. Сравнительно изучить информативность лучевых методов исследования в диагностике туберкулеза почек.

Материал и методы. Проанализированы данные стандартного лучевого обследования, включающего экскреторную урографию и эхографию почек 344 больных туберкулезом почек. Результаты исследования верифицированы на основании клиничко-лабораторных, рентгенологических, радионуклидных и патоморфологических данных. Эхографию почек проводили на аппарате «Интерскан-250» (Германия), работающем в реальном времени с использованием линейных и секторальных датчиков частотой 3,5-5,0 МГц.

Результаты и обсуждение. На эхотомограммах различные формы туберкулеза почек характеризовались очаговыми и органными признаками различной выраженности, и зависела, прежде всего, от глубины наступивших патоморфологических изменений. Увеличение размеров почки при туберкулезе выявили в 41,8%, уменьшение – в 2 раза реже в 19,5% случаев. При различных формах туберкулеза почек чаще встречается повышение эхогенности паренхимы почек I (41,6%) и II (22,1%) степени (Ольховская Е.Б., 1999). При туберкулезе почек у половины больных выявили полостные образования в паренхиме почки (каверна), однополостное образование наблюдалось у 70 (39,8%), более одного полостные образования – у 106 (60,2%) пациентов. При сравнительном анализе четкие эхографические

признаки туберкулеза почек были установлены у 76,2% больных, рентгенологические – у 51,2%. При ограниченных формах туберкулеза почек четкие эхографические признаки определяли реже (45,7%), чем рентгенологические – 75,7%; а при распространенных формах туберкулеза почек, наоборот, эхографические четкие признаки туберкулеза почек выявляли чаще (83,6%), чем рентгенологических (44,9%).

Заключение. Эхографические признаки туберкулеза почек прямо зависят от глубины патоморфологических изменений. Выявлены при туберкулезе почек главные и вторичные эхографические признаки. Главные признаки характеризуют сам туберкулез («петрификаты» в паренхиме; полостные образования в паренхиме неправильной формы с утолщенными, уплотненными стенками и неровными контурами), вторичные – обусловлены изменениями вокруг специфического очага (изменение размеров почки, деформация, склероз, уплотнение и расширение чашечно-лоханочной системы; повышение и/или снижение экзогенности паренхимы почки). Эхография почек является высокоинформативным методом выявления туберкулеза почек, точность метода составляет 78,5%, специфичность – 89,7%.

Эхографическая семиотика туберкулеза почки

Хакимов М.А., Абдурахмонов Д.К., Халилов Ш.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз., Ташкент

В связи с появлением слабо выраженных признаков и отсутствием патогномичной клинической симптоматики туберкулеза почки, важное значение приобретает раннее выявление болезни, трудности которой объясняется значительным сходством эхографических проявлений различных по своему генезу заболеваний почек.

Цель исследования. С дифференциально-диагностической целью изучить эхографическую семиотику туберкулеза почки.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты 344 эхографических исследований больных туберкулезом почек (ТП) поступивших в клинику РСНПМЦФиП МЗ РУз. Результаты исследования верифицированы на основании клинко-лабораторных, рентгенологических, радионуклидных и патоморфологических данных. Эхографию почек проводили на аппарате «ACUSON P300» (Италия), работающем в реальном времени с использованием линейных и секторальных датчиков частотой 3,5-5,0 МГц.

Результаты. Различные формы ТП, на эхограммах характеризовались очаговыми и органными признаками различной выраженности, деформацию чашечно-лоханочной системы выявили у 79,1% пациентов; уплотнение – у 67,2%; склерозирование – у 63,1%; «петрификаты» в паренхиме почки – у 50,3%; одно полостное образование – у 70 (39,8%), более одного полостное образования – у 106 (60,2%) больных ТП. Наиболее часто полости распада характеризовались с неровными контурами (85,8%) и неправильной формой (63,6%). Нередко вокруг полостных образований наблюдались фиброзные изменения и деформации (65,9%).

Заключение. Эхографические признаки ТП прямо зависят от глубины патоморфологических изменений. Выявлены при ТП главные и вторичные эхографические признаки. Главные признаки характеризуют сам туберкулез («петрификаты» в паренхиме; полостные образования в паренхиме неправильной формы с утолщенными, уплотненными стенками

и неровными контурами), вторичные – обусловлены изменениями вокруг специфического очага (изменение размеров почки, деформация, склероз, уплотнение и расширение чашечно-лоханочной системы; повышение и/или снижение экзогенности паренхимы почки).

Лабораторные показатели гомеостаза у больных хроническим абактериальным простатитом IIIВ-категории

Шорманов И.С., Можаяв И.И., Соловьёв А.С., Шорманова Н.С.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Цель. Оценить состояние цитокинового, оксидативного и вегетативно-медиаторного статуса на органном и системном уровнях у больных с ХАП IIIВ-категории.

Материалы и методы. В исследование включено 90 мужчин с диагнозом СХТБ IIIВ категории в возрасте 22–48 лет (средний возраст $40,6 \pm 4,6$ года) (основная группа) и 30 клинически здоровых мужчин (средний возраст $35,2 \pm 2,6$ года) (контрольная группа). Биохимическим лабораторным тестам подвергались периферическая кровь и секрет предстательной железы. Для оценки цитокинового статуса определяли уровни провоспалительного ИЛ-8 и противовоспалительного ИЛ-10. Для оценки оксидативного статуса определяли промежуточные и окончательные продукты перекисного окисления липидов, а также активность фермента каталазы. Для оценки вегетативно-медиаторного статуса проводили определение биогенных аминов.

Результаты. Исследование уровней про- и противовоспалительных цитокинов в плазме крови показало, что у больных с обострением ХАП концентрация провоспалительного ИЛ-8 была достоверно выше, чем у мужчин контрольной группы на 86%, концентрация же противовоспалительного ИЛ-10 у них оказалась достоверно ниже на 8,4%. Исследование этих же показателей в секрете предстательной железы показало то же направление различий, соответственно – на 140% и 34%. При этом, значения плазменного и простатического уровней ИЛ-10 у мужчин контрольной группы были сопоставимы с недостоверной разницей между ними. В то же время у больных с обострением ХАП простатический уровень ИЛ-10 оказался достоверно на 23,4% ниже по сравнению с его плазменным уровнем.

Исследования оксидативного статуса плазмы крови показали, что в период обострения ХАП в крови отмечалось одновременное достоверное усиление, как процессов перекисного окисления липидов, так и синхронное повышение активности каталазы в 1,3 раза. В секрете предстательной железы отмечено достоверное повышение концентрации диеновых конъюгатов – на 36,4%, при этом концентрация малонового диальдегида достоверно не повышалась, а активность каталазы была повышена в 2,1 раза.

Изучение обмена биогенных аминов плазмы крови показало, что достоверные различия их уровней были выявлены только в отношении адреналина, значение которого у оказалось в 1,4 раза выше по сравнению с контрольной группой, что отражало наличие системной симпатической гиперактивности.

Заключение. Исследование показало, что ХАП IIIВ-категории в стадии обострения, является не локальным асептическим воспалением предстательной железы, а патологией

с системными патогенетическими механизмами, находившимися в тесном взаимодействии с аналогичными органными системами обеспечения гомеостаза. При этом, наиболее выраженные изменения цитокинового статуса происходят в ткани предстательной железы, где наблюдается резкое снижение концентрации противовоспалительного ИЛ-10, что отражает неадекватность ее системы противовоспалительной защиты. Выраженность нарушений оксидативного статуса также значительно выше в предстательной железе, чем в системном кровотоке. Наиболее существенные нарушения оксидации связаны с высоким уровнем каталазной активности секрета предстательной железы. Сам же факт повышения активности каталазы может свидетельствовать об относительно недостаточной активности этого фермента в секрете предстательной железы при обострении ХАП IIIВ-категории. Выявленная гипердреналинемия служила дополнительным критерием системной симпатической вегетативной гиперактивности, клинически наблюдаемой при данном заболевании.

**Доброкачественные
заболевания предстательной
железы**

Гольмиевая лазерная энуклеация предстательной железы (HoLEP). Совершенствование хирургической техники

*Абоян И.А., Толмачев А.Н., Грачев С.В., Пакус С.М.,
Ширанов К.В., Куликов И.В.*

*Ростов-на-Дону. МБУЗ КДЦ «Здоровье»
Главный врач, проф. д.м.н. Абоян Игорь Артемович*

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого и старшего возраста при неэффективности консервативной терапии, а также наличиях осложнений гиперплазии в виде камней мочевого пузыря, рецидивирующих задержек мочеиспускания показано оперативное лечение. HoLEP – метод оперативного вмешательства, результаты которого превосходят результаты ТУР по данным долгосрочных исследований. Применение данного метода является высокоэффективным в том числе, у пациентов со значительным размером предстательной железы, которые ранее являлись кандидатами для трансвезикальной простатэктомии.

Материалы и методы. было проведено проспективное исследование 515 пациентов с ДГПЖ, которым в МБУЗ КДЦ «Здоровье» Г Ростов-на-Дону в 2014-2018 г.г. выполнена гольмиевая лазерная энуклеация гиперплазии предстательной железы. Предоперационная диагностика включала в себя стандартные общеклинические и лучевые методы исследования с определением уровня ПСА, ТРУЗИ, урофлуометрия с определением уровня остаточной мочи.

Результаты: средний возраст пациентов составил 65 лет (56 – 78). Средний объем предстательной железы согласно данным ТРУЗИ составил 117,66 (90,0-240,0) см³. Пациенты оперированы по совершенствованной нами технике «трехдолевой» энуклеации. Среднее время операции составило 86 мин, снижение уровня гемоглобина более 10 г/л относительно исходных показателей имело место у 12 % пациентов, необходимости в гемотрансфузии не было. Средний срок удаления уретрального катетера 42 часа. При оценке осложнений у 6% пациентов имела место стресс-недержание мочи, у 3% пациентов обструктивные осложнения (стриктура уретры, рубцовая контрактура шейки мочевого пузыря), у 2% пациентов выраженная макрогематурия в послеоперационном периоде. После 100 оперативных вмешательств конверсия не потребовалась ни в одном случае.

Заключение. Нами выполняется оптимизированной и стандартизированной нами техника HoLEP, с подробным изложением необходимого оборудования, и поэтапного анализа оперативного вмешательства основанное на опыте более 500 оперативных вмешательств, выполненных в нашей клинике. Несмотря на то, что кривая обучения данному методу вмешательства остаётся достаточно крутой, очевидные преимущества для пациента являются достаточно веским фактором для широкого распространения техники HoLEP в урологической практике. Данный метод имеет достаточный потенциал, чтобы стать стандартом хирургического лечения ДГПЖ в обозримом будущем.

Контроль над консервативной терапией доброкачественной гиперплазии простаты

Волков А.А., Петричко М.И., Будник Н.В.

Госпиталь Ветеранов войн, г. Ростов-на-Дону

Цель исследования – оптимизация сроков лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ).

Материалы и методы. 610 пациентам, находящимся под нашим наблюдением, проводилась консервативная терапия (КТ): дутастерид 0,5 мг + тамсулозин 0,4 мг 1 раз в сутки, в период 2007 – 2016 г. 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 ПСА1 – показатель общего ПСА до лечения, ПСА2 – показатель общего ПСА после лечения, Т1 – показатель Т общ. до лечения, Т2 – показатель Т общ. после лечения.

Результаты. 324 пациентам КТ отменена в сроки 6 – 24 месяца. 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.

Выводы. 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 см³, значение ЛМЭТ > 3. Совокупность этих критериев позволяет прекратить КТ ДГПЖ с возможностью ее возобновления.

Оценка вариантов лечения пациентов с ДГПЖ при низком тестостероне

Василевский Р.П., Камалов А.А., Неплохов Е.А.

Москва, ГБУЗ «ГП №134 ДЗМ»

Возрастной андрогенный дефицит у мужчин – биохимический синдром, развивающийся с возрастом, характеризующийся уменьшением концентрации андрогенов в крови. Одновременно с появлением ВАД возрастает частота появления СНМП и ДГПЖ. ВАД индуцирует железистую пролиферацию, повышает тонус нижних мочевых путей, приводит к нарушению гемодинамики в ПЖ.

Цель исследования: проанализировать влияние комбинированной терапии (а-АБ + Тестостерон) на течение ДГПЖ у гипогонадных мужчин в сравнении с монотерапией а-АБ.

Набор пациентов проводился на урологическом приеме в ГБУЗ «ГП №134 ДЗМ». Из 521 мужчины 184 человека соответствовали критериям включения. 60 пациентов согласились на участие в исследовании и были поделены на 2 группы по 30 человек. В ходе комботерапии (1 группа) пациенты получали силодозин 8 мг вместе с тестостероном (1% трансдермальный гель). В ходе монотерапии (2 группа) пациенты получали один а-АБ. Комплексное обследование проводилось до начала терапии и во время контрольных визитов 1 раз в 2 месяца в течение полугода.

В группе 1: по опроснику IPSS/QoI выявлено снижение выраженности симптомов (с 25/4,2 до 8,9/2,6). По опроснику МИЭФ-5 определено повышение оценки сексуальной функции (с 6,3 до 26,8 балла). Выявлено снижение ПСА (с 2,25 до 1,8 нг/мл), повышение Т (с 7,8 до 18,2 нмоль/л), уменьшение холестерина (с 5,0 до 4,5 моль/л), снижение глюкозы (с 4,9 до 4,5), повышение объема ПЖ (с 55,1 до 61,3 см³), уменьшение объема ОМ (с 72 до 19 мл), увеличение Q_{max} (с 13,34 до 21,1 мл/с), уменьшение ОТ (с 116 до 103,2 см), снижение ИМТ (с 35,4 до 27,2 кг/м²).

В группе 2: по опроснику IPSS/QoI определено снижение выраженности симптомов (с 25/4,9 до 15,1/3,2 балла). По опроснику МИЭФ-5 произошло повышение сексуальной функции (с 7,3 до 8,1 балла). Зарегистрированы незначимые изменения в других исследуемых параметрах: снижение ПСА (с 2,4 до 2,35 нг/мл), повышение Т (с 7,4 до 7,9 нмоль/л), рост холестерина (с 4,5 до 4,6 моль/л), уменьшение глюкозы (с 4,9 до 4,5), повышение объема ПЖ (с 53,4 до 53,8 см³), снижение объема ОМ (с 83 до 32 мл), повышение Q_{max} (с 11,3 до 19,0 мл/с), уменьшение ОТ (с 114 до 110,5 см), снижение ИМТ (от 33,2 до 30,1 кг/м²).

На основании полученных данных можно сделать заключение, что применение препаратов тестостерона в сочетании с а-АБ является патогенетически целесообразной терапией для гипогонадных пациентов с ДГПЖ.

Улучшает ли альфа-адреноблокатор результаты лечения хронического простатита?

Давидов М.И., Дремин Д.И., Никонова О.Е.

Урологическая клиника Пермского государственного медицинского университета

Цель работы: оценка влияния альфа-адреноблокатора на результаты лечения хронического простатита (ХП) категории II.

Материалы и методы. В амбулаторных и стационарных условиях в двух лечебных учреждениях изучили результаты лечения хронического бактериального простатита категории II у 85 пациентов, имевших возраст от 18 до 60 лет (средний возраст 38,5 ± 5 лет). Длительность заболевания варьировала от 6 мес до 17 лет (в среднем 4,6 ± 2,1 года). Использовали методы: анкетирование по шкале NIH-CPSI, ультразвуковое исследование (УЗИ) предстательной железы, микроскопию секрета предстательной железы и 3-й (постмассажной) порции мочи, бактериологическое исследование по методике Gould с забором материала преимущественно по методике Meares – Stamey и другие методы. Лейкоцитарная реакция секрета предстательной

железы обнаружена у 100 % больных. В секрете простаты и/или 3-й порции мочи у всех 85 больных выявлены микроорганизмы. Больные методом случайных чисел были рандомизированы на две группы, которые были сопоставимы по среднему возрасту, длительности заболевания, сумме баллов клинической симптоматики, лейкоцитарной реакции секрета простаты и наличия в нем бактерий. В 1-й группе 42 больных получали стандартное лечение бактериального ХП (левофлоксацин перорально в течение 4 недель, цитомедины, массаж простаты, физиотерапия). Во 2-й группе 43 больных дополнительно к стандартной терапии в течение 3 мес принимали тамсулозин в дозе 0,4 мг ежедневно. Результаты оценивали через 3 месяца.

Результаты и обсуждение. В 1-й группе через 3 месяца стандартной терапии исходная сумма баллов клинической симптоматики $26,4 \pm 3,0$ баллов снизилась до $14,8 \pm 1,5$ балла. Во второй группе наблюдали более выраженное снижение: исходно $26,7 \pm 2,6$ балла, через 3 мес – $11,0 \pm 1,2$ балла ($P < 0,05$). Лейкоцитарная реакция секрета простаты через 3 мес терапии сохранилась у 9 (21,4%) больных 1-й группы и у 6 (14,0%) больных 2-й группы. При бактериологическом исследовании секрета простаты и/или 3-й (постмассажной) порции мочи через 3 мес рост микроорганизмов обнаружен у 8 (19,0%) больных 1-й группы и лишь у 4 (9,3%) пациентов 2-й группы ($p < 0,05$). Механизмы положительного эффекта альфа-адреноблокаторов различные авторы [Камалов А.А., Винаров А.З., Kirby R.] видят в прерывании уретро-простатических рефлюксов и улучшении проникновения антибиотиков в ткани простаты.

Заключение. Альфа-адреноблокатор тамсулозин при 3-месячном курсе действительно улучшает клинические, лабораторные и антибактериальные результаты лечения хронического бактериального простатита.

Сочетанное применение пелоидотерапии и вибромагнитнолазерного массажа при хроническом простатите

Ибодов Н.С., Ибодуллоев И.А., Ибодуллоев Ч.И.

Республиканский научно-клинический центр урологии г.Душанбе

Аннотация. Применение природных лечебных факторов, в том числе грязелечения в виде тампонов, является перспективным направлением в лечении и реабилитации больных хроническим простатитом. Грязелечение вызывает увеличение кровотока в тканях, способствующего улучшению их питания и трофики. Тепловой эффект пелоида оказывает антиспастическое, обезболивающее, противовоспалительное действие. Применение высококонцентрированных грязевых тампонов нормализует тонус кровеносных сосудов, особенно мелкого и среднего калибра. Под влиянием грязевых тампонов улучшается микроциркуляция и кровообращение в различных органах и тканях. В связи с этим улучшаются обменные и трофические процессы в простате.

Цель исследования: – сравнительная оценка результатов грязевых тампонов с применением и без применения вибромагнитнолазерного массажа предстательной железы.

Всем пациентам проведено предварительное обследование общеклинические исследования, физикальное обследование, включая пальцевое ректальное исследование, мазок из уретры, анализ секрета предстательной железы и пазов на микрофлору с определением чувствительности, спермограмма по показаниям.

Материалы и методы: В группу исследования вошли 121 пациент с установленным диагнозом: ХАП -хронический бактериальный простатит. Критериями включения являлись возрастной фактор мужчины в возрасте 20-55 лет. Бесплодие в браке, симптомы хронической тазовой боли – СХТБ в течение 3 месяцев за последние полгода. До лечения хронический простатит проявлялся болевым симптомом, дизурией, сексуальными расстройствами , снижением качество жизни.

Из 121 обследованных больных ХАП в 77 (63,6%) случаях была диагностирована патоспермия , которая выражалась в снижении подвижности, жизнеспособности и количества морфологически нормальных форм сперматозоидов. Пациенты были рандомизированы на 2 группы.

В 1-й группе – 88 человек проводились ректальные грязевые тампоны из озеро «Оксукона» Аштского района 150-200 г. на 40 мин., температура 38-40 гр.С, №10 ежедневно.

Во второй группе 33 человек дополнительно проводилась ректальная вибромагнитолазерная терапия (ВМЛТ) с использованием вибромагнитолазерной головки ВМЛГ-10 К АЛТ «Матрикс Уролог» по следующей методике: время экспозиции 5 мин., частота излучения -10 Гц, частота вибрации – 10 Гц, максимальная амплитуда вибрации – до 60 % под контролем субъективной оценки пациента. Процедуры проводились ежедневно № 10 процедур на курс, при частично наполненном мочевом пузыре , с обязательным опорожнением мочевого пузыря сразу после каждой процедуры. Пациентам обеих групп проводились местные грязевые аппликации (брюки), температура 40-42 гр С, 10 мин, ч/день № 10 процедур на курс.

На фоне терапии через 12 дней от начала лечения клинические проявления заболевания уменьшились в обеих группах, что проявлялось снижением болевого, дизурического симптомов, улучшением половой функции и сопровождалось повышением качества жизни. Наибольший клинический эффект был достигнут в группе пациентов, получивших ВМЛТ.

Комплексное исследование анализа эякулята через 1 месяц после лечения показало улучшение всех основных параметров эякулята: увеличение концентрации и количества активно подвижных сперматозоидов, снижение количества антиспермальных антител в эякуляте. Оценку эффективности ВМЛТ проводили по следующим показателям спермограммы: концентрации сперматозоидов, их подвижности и содержанию дегенеративных форм. Кон-центрация сперматозоидов сразу после лечения несколько увеличилась в обеих группах обследуемых, но существенными эти изменения были по 2-й группе от 45,2+ _5,7млн/мл до 65,3+ _5,7 млн /мл. Через месяц после лечения продолжалось повышение концентрации сперматозоидов в исследуемых группах, но после ВМЛТ оно было выше и достигало значений от 67,5+ _ 5,9 до 78,3+ 7,3 млн/мл. Содержание подвижных сперматозоидов после лечения повышалось в обеих группах больных в различной степени. В срок от 1 до 3 месяцев оно было максимальным и составило: в 1-й группе пациентов - от 47,6 +_ 5,3 % до 69,4 +_ 4,2 %, во 2-й группе, у пациентов, получавших бальнеогрязелечение и ВМЛТ - от 48,5+- 4,2% до 82,8 +- 4,5% . Достоверного снижения числа патологических форм сперматозоидов не отмечено .При контроле через 6 месяцев сохранилось достоверное снижение процента тератозооспермии в обеих группах обследуемых без значимых различий .

Выводы. Таким образом сочетанное применение бальнеогрязелечения и вибромагнитолазерного массажа предстательной железы в комплексном лечении больных ХАП с патоспермией СХТБ позволяет добиться стойкого снижения клинических проявлений заболевания, улучшения гемодинамики , улучшения микроциркуляции, а также нормализации основных

параметров эякулята. Коррекция данных нарушений позволяет нормализовать основные показатели эякулята и добиться восстановления фертильности в 70 % случаев. Полученные данные свидетельствуют о стимулирующем действии местной магнитолазерной терапии на сперматогенез у больных, страдающих хронического простатита о состоянии которого судили по основным показателям спермограммы. ВМЛТ приводило к более значительному повышению концентрации сперматозоидов и к выраженному улучшению их подвижности.

Эффективность консервативного лечения доброкачественной гиперплазии простаты в амбулаторных условиях

Ибодов Н.С., Ибодуллоев И.А., Ибодуллоев Дж.И.

Республиканский научно-клинический центр урологии г. Душанбе

Актуальность консервативной терапии доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП) привели к созданию ряда медикаментов, применение которых оказалось настолько эффективным, что можно с большой уверенностью предположить, что по соответствующим показаниям больные ДГП будут лечиться в основном медикаментозно, с обеспечением высокого качества жизни. Комбинированная терапия альфа - адрено- блокаторами и ингибиторами 5 альфа - ре- дуктазы рассматривается как альтернатива хирургическому методу у пациентов с высоким анестезиологическим риском.

Материалы и методы. Проведено лечение ДГП, сочетанным применением препаратов Дутамс больных с симптомами нарушения функции нижних мочевых путей. Сравнивали данные до и во время комбинированного назначения препаратов 123 пациентам в возрасте от 49 до 85 лет, средний возраст 67. Период наблюдения составил 3 месяца. Эффективность лечения оценивали по выраженности симптомов нижних мочевых путей по шкале I-PSS, изменению размеров предстательной железы максимальной скорости потока мочи (Q max), средней скорости потока мочи (Q ave), объема остаточной мочи (V res).

Показатели	До лечения	ч/з 3 месяца после лечения
I-PSS	24,2	10,8
Q max	6,8	9,7
Q ave	4,25	6,1
У res	86,5	59
Объём предстательной железы	83,4	58,2
Качества жизни	3,8	2,6
объем разового выделения мочи	167,5	235,5

Выводы. Одновременное применение препаратов Зоксон и Пенестер у больных с ДГП, при правильном подборе пациентов, приводит к клинически значимому улучшению у них качества жизни, параметров мочеиспускания, снижает объем остаточной мочи. Данная схема лечения, позволяющая добиться устойчивого эффекта, может быть рекомендована как схема лечения больных с ДГП.

Опыт выполнения суперселективной эмболизации простатических артерий у пациентов с ДГПЖ

Камалов А.А.¹, Капранов С.А.^{2,3}, Карпов В.К.^{1,3}, Шапаров Б.М.¹

¹Кафедра урологии и андрологии МГУ им. М.В. Ломоносова

²РНИМУ им. Н.И. Пирогова

³ГБУЗ ГKB №31 ДЗМ

Актуальность проблемы: В связи с ростом продолжительности жизни и увеличением числа пациентов с высоким анестезиологическим риском в последнее десятилетие наметилась тенденция поиска минимально инвазивных методов хирургического лечения ДГПЖ. Одним из таких методов стала суперселективная эмболизация простатических артерий (эмболизация простатических артерий; ЭПА). ЭПА позволяет сократить объем анестезиологического пособия, объем кровопотери, длительность оперативного лечения и уменьшить операционные риски.

Материалы и методы: С 2013 года в условиях урологического отделения ГKB №31 выполнена суперселективная эмболизация простатических артерий 143 пациентам с ДГПЖ. Средний возраст составил 69 лет (от 53 до 89 лет). Объем простаты в среднем составил $109,2 \pm 27,6$ см³ (52–213 см³). Уровень ПСА составил $5,25 \pm 2,55$ нг/мл. При уровне ПСА выше 4 нг/мл выполнялась трансректальная биопсия простаты и МРТ органов малого таза с в/в контрастированием для исключения онкологического процесса. Максимальная скорость мочеиспускания (Qmax) до операции составила $7,35 \pm 2,44$ мл/сек. Оценка качества жизни (QoL), оценка симптомов нижних мочевых путей по шкале IPSS и Международного индекса эректильной функции согласно опросникам: QoL – $3,22 \pm 1,2$; IPSS – $20,3 \pm 3,24$; IIEF – $15,4 \pm 6,6$.

Результаты: Суперселективная эмболизация простатических артерий с двух сторон успешно выполнена 123 пациентам, в 14 случаях выполнена унилатеральная ЭПА, шестерым пациентам в сроки до 16 месяцев была выполнена повторная ЭПА. Через 18 месяцев наблюдения у 92% пациентов выявлено уменьшение объема простаты в среднем на 48%, снижение ПСА до 33 % от исходного, средний показатель IPSS составил $11,73 \pm 4,85$; средний балл QoL $2,48 \pm 1,16$; IIEF $17,3 \pm 5,12$. Показатель максимальной скорости мочеиспускания (Qmax) достоверно улучшился до нормальных значений у 88% пациентов и составил в среднем $16,34 \pm 6,16$ мл/сек.

Вывод: На сегодняшний день ЭПА широко вошла в урологическую практику и успешно применяется во многих отечественных клиниках. Основными преимуществами ЭПА являются минимальная инвазивность, низкий риск развития осложнений и отсутствие необходимости выполнения анестезиологического пособия. Для пациентов группы высокого анестезиологического риска, выполнение которым традиционных трансуретральных оперативных методик невозможно, ЭПА является наиболее эффективным из методов хирургического лечения ДГПЖ. Требуется дальнейшие долгосрочные мультицентровые контрольные исследования, помогающие расширить показания к применению и повысить эффективность данного метода.

История появления и сравнительная эффективность различных α -адреноблокаторов (по данным литературы)

Кызласов П.С., Мартов А.Г., Дианов М.П.

В наше время медикаментозная терапия гиперплазии простаты является одной из динамично развивающихся фармацевтических дисциплин. Но стоит вспомнить, что долгое время нарушения мочеиспускания сводилась к разного рода фитотерапии, механизм действия которых заключался в ингибиции ряда ферментов (5α -редуктаза), сокращение продукции глобулин – связывающего полового гормон, блокирующее действие на андрогенные рецепторы, ингибирование синтеза простогландинов в простате.

Революция в консервативном лечении гиперплазии простаты наступила во 2-ой половине XX века, когда накопленный опыт о нарушении симпатической регуляции в патогенезе заболевания привел к применению α -адреноблокаторов. В 1975г. Марко Кэйном (Marco Caïne) был впервые применен на практике неселективный α -адреноблокатор в феноксибензамин. В результате недолгих исследований подтвержден его терапевтический эффект. При более длительном исследовании энтузиазм к данной группе препаратов стих в связи с побочными эффектами, в основном со стороны сердечнососудистой системы. Так же было выявлено, что α -адреноблокаторы не влияют на размер и рост предстательной железы. При более глубоком изучении симпатической регуляции Герберт Лепор в 1984 году выделил в простате α_1 и α_2 адренорецепторы, а 1988г. доказал, что в воздействии на акт мочеиспускания принимают участие только α_1 адренорецепторы. И уже в 1992г. опубликовал результаты мультицентрового рандомизированного плацебо-контролируемого исследования по эффективности и безопасности селективного α_1 -адреноблокатора теразозина. В последствии продемонстрирована и доказана безопасность длительного приема альфузозина. В нашей стране первые публикации и клинические исследования по данной теме принадлежат Ю. А. Пытелю (1988г).

При дальнейших исследованиях были выделены подтипы α -адренорецепторов: α_{1A} , α_{1B} и α_{1D} . Было доказано что до 70% всех α_{1A} адренорецепторов человека присутствует в шейке мочевого пузыря и простате, и являются регуляторами тонуса последних. α_{1B} подтип регулирует артериальное давление через релаксацию гладких мышц артерий, а α_{1D} подтип связан с сокращением мышц мочевого пузыря. Группа препаратов активно развивалась и, как результат, в 1995 году синтезирован первый α_{1A} адреноблокатор тамсулозин. Который в сравнении с другими, имеющимися на тот момент препаратами, оказывал гораздо меньшее системное воздействие и, как следствие, демонстрировал снижение побочных эффектов связанных с постуральной гипотензией.

Последний препарат из данной группы силодозин, был зарегистрирован в 2006г. В сравнении с тамсулозином он обладает большей избирательностью к α_{1A} адренорецепторам чем к α_{1B} адренорецепторам более чем в 16 раз, к α_{1D} адренорецепторам в 22 раза. Тем самым снижая к минимуму побочные действия со стороны сердечнососудистой системы. Но при оценке побочного действия характеризующегося нарушением эякуляции, силодозин показал высокую частоту расстройств, в то время, как альфузозин показал лучшие результаты (Descazeaud A. 2015г)

В настоящее время α -адреноблокаторы являются первой линией терапии для большинства мужчин с гиперплазией простаты и симптомами нижних мочевых путей. При выборе препарата стоит обращать внимание на сопутствующую патологию, возраст больного и стараться назначить препарат с минимальными побочными действиями. Но на фоне динамично развивающейся системы здравоохранения, средняя продолжительность жизни в России постепенно увеличивается, тем самым растет тенденция к позднему отцовству. И у такой группы больных следует отдавать предпочтение препаратам, максимально сохраняющим эякуляторный компонент копулятивной ф-ии.

Возможные осложнения после хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Попов С.В.^{1,2}, Орлов И.Н.^{1,3}, Сушина И.В.¹, Гринь Е.А.¹, Малевич С.М.¹, Вязовцев П.В.¹

¹СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», г. Санкт-Петербург

²«Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», кафедра урологии, г. Санкт-Петербург

³Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, кафедра урологии, г. Санкт-Петербург,

Введение: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) заболевание, которое может привести к значительному ухудшению качества жизни, требующее консервативного лечения или/и оперативного лечения.

Операции на предстательной железе можно разделить по виду доступа: Открытые.

Лапароскопические. Эндоскопические. Роботассистированная аденомэктомия

Цель исследования. Сравнение послеоперационных результатов инвазивных техник энуклеации аденомы предстательной железы, выполненных у пациентов с симптомами нижних мочевых путей (СНМП), связанных с ДГПЖ любого объема : TUR, TUEB, HoLEP, TuLEP против ЭВХ аденомэктомии.

Материалы и методы. Это было моноцентровое ретроспективное наблюдательное исследование, сравнивающее TUR, TUEB, HoLEP, TuLEP и ЭВХ аденомэктомии. Оно включало пациентов с ДГПЖ, имеющих осложнения в связи с наличием инфравезикальной обструкции, а также пациентов не отмечающих положительную динамику на фоне медикаментозного лечения, прооперированных в период с января 2016 года по январь 2019 года на базе Клинической больницы Святителя Луки (г. Санкт-Петербург)

Результаты и их обсуждение. Всего в исследование было вовлечено 581 пациент, 302 пациента распределены в группу TUR, 93 – TUEB, 99 – HoLEP и 87 пациента в группу ЭВХ аденомэктомии. Группы были равноценны по таким параметрам как, возраст, объем предстательной железы, данным по качеству опорожнения (I-PSS-качество жизни, урофлоуметрия, с определением объема остаточной мочи) и уровню гемоглобина перед операцией. Объем предстательной железы был значительно выше в группе ЭВХ аденомэктомии .

Осложнения возникшие во время операции: перфорация стенки мочевого пузыря – 0,8%. В послеоперационном периоде: острая задержка мочи 4,8% , инфекции мочевыводящих путей - 5,3%, гематампонада мочевого пузыря - 3%, недержание мочи - 5,3%, абсцесс предпузырного пространства - 0,1%

Выводы. 1. ЭВХ АЭ по сравнению с эндоскопическими методами имеет явные преимущества в выборе оперативного пособия для лечения ДГПЖ любого объема, а именно: меньше риск развития острой задержки мочи, а так же, выполнения ревизии мочевого пузыря, меньшее число развития инфекции мочевыводящих путей, лучшие показатели урофлоуметрии, ниже IPSS, ниже объем остаточной мочи, ниже частота развития полаккиурии, ургентурии с- или без- недержания мочи.

К вопросу метафилактики хронического простатита и реабилитации больных на курорте

Рязанцев Н.И., Рубин В.В., Емжуев К.Э., Кочарян Г.В.

Ставропольское Краевое Общество урологов.

Метафилактику хронического абактериального простатита и реабилитацию больных проводим с учетом комплекса санаторно-курортных факторов, включающих: активный режим с проведением ЛФК, терренкур, бадминтон, теннис, бег трусцой, спортивные игры, лыжи, конную езду (иппотерапия) направленных на улучшение кровотока органов малого таза.

Лечение хронического простатита должно быть длительным от 6 месяцев до 3 и более лет, поэтому пребывание на курорте необходимо расценивать как один из этапов продолжительной реабилитации. Подбираем индивидуально для каждого больного лечебные физиотерапевтические факторы и методы. Назначаем лечебную иловую грязь Тамбуканского озера в виде грязевых тампонов, трусов, электрофореза на низ живота по принятой методике; микроклизмы из лечебных трав и минеральной воды; минеральные и искусственные ванны.

Природные курортные факторы сочетаем с аппаратной физиотерапией. Наш опыт показал особую эффективность прямой электрической стимуляцией с помощью аппаратов «Интрадон», КВЧ-терапии, УВЧ-терапии, ультразвука и фонофореза лекарственных средств, лазера, магнитного поля, микроволновой терапии, с применением отечественных аппаратов «Андрогин», «Матрикс-У», «Ивавита». Для стимуляции эректильной функции широко применяем вакуумную терапию (ЛОД) с применением отечественных аппаратов: «Ермак», «Ивавита»; озонотерапию, апитерапию, гирудотерапию, массаж позвоночника и массаж предстательной железы (по показаниям и принятым схемам), иглорефлексотерапию.

В процессе санаторно-курортной реабилитации больные консультируются с врачами: сексопатологом, невропатологом, остеопатом, мануальным терапевтом с дальнейшим проведением профилактических и метафилактических мероприятий.

Мы полагаем, что наиболее эффективными курортами для реабилитации больных хроническим простатитом, целесообразно считать курорты Кавказских Минеральных Вод (Железноводск, Пятигорск, Ессентуки, Кисловодск), Крыма (Саки, Феодосия, Евпатория), Белокуриха (Алтай).

После окончания реабилитационного лечения на курорте мы рекомендуем нашим пациентам (по схеме) проводить поддерживающую терапию растительными препаратами отечественных фирм и компаний т.к. «ФармиВилар», «Экомир», «Эвалар», «Оптисалт», «Артлайф»; с применением ректальных свечей «Тамбуэль», «Витапрост», «Тыквеол».

Энуклеация предстательной железы и цистолитотрипсия с помощью гольмиевой лазерной системы MultiPulse HoPLUS «JENA SURGICAL».

Освоение технологии

Франк М.А., Шамуратов Р.Ш., Мирошниченко В.И., Насибуллина Г.Ш.

г. Екатеринбург

Введение

HoLEP – гольмиевая лазерная энуклеация предстательной железы, сегодня широко применяется в лучших клиниках мира. Лазерная энуклеация наиболее универсальный из всех существующих сегодня методов лечения гиперплазии предстательной железы.

С 2018 г. гольмиевый лазер применяется при оперативных вмешательствах и в нашей клинике.

До внедрения лазерной энуклеации нами накоплен опыт выполнения более 10 000 TUP простаты и мочевого пузыря. По литературным данным, при имеющемся опыте эндоскопических вмешательств на простате, хирургу необходимо самостоятельно выполнить не менее 10-20 операций с использованием гольмиевого лазера для освоения методики энуклеации простаты.

Цель: поделиться впечатлениями и нашим скромным опытом по освоению методики энуклеации предстательной железы и цистолитотрипсии гольмиевой лазерной системой MultiPulse HoPLUS Артикул J1911 «JENA SURGICAL».

Материалы и методы. Нами проанализированы 24 случая применения гольмиевого лазера на базе МАУ "Городская клиническая больница №40" г. Екатеринбурга. Из них лазерная энуклеация предстательной железы выполнена в 22 случаях и цистолитотрипсия в 2 случаях. Средний возраст пациентов 66,9±7,99 лет. Средний размер камня мочевого пузыря составил 4 см в диаметре. Нами использован гольмиевый лазер «JENA SURGICAL» (Германия), параметры которого позволяют выполнять на разных режимах HoLEP, TUP мочевого пузыря, литотрипсию при различной локализации конкремента. Длина волны данной лазерной установки составляет 2100 нм. Для лазерной энуклеации простаты использовалось оптическое лазерное волокно диаметром 600 мкм, при мощности 100-120 W. При контактной лазерной литотрипсии использовалось волокно 200-325 мкм, при мощности 30-40 W.

Результаты. Средний размер доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) составил 59,6 ±10,26 см³. Наличие цистосмического дренажа у 4 пациентов. Длительность операции составила 103±10,31 мин. Интраоперационная кровопотеря в среднем составила 110±20,31мл.

В период освоения методики мы столкнулись с определенными трудностями. В 1 случае отмечена неисправность инструмента при попытке выполнить марцелляцию и удалить аденоматозную ткань после удачной энуклеации простаты. У 1 пациента в конце марцеллирования отмечен дефицит промывной жидкости. При лапароскопии выявлен дефект мочевого пузыря, произведено его ушивание.

В 2-х случаях выполнение оперативного вмешательства было невозможно, ввиду неисправности оборудования, которое потребовало выполнение технических работ.

Выводы. В настоящее время мы не можем судить о высокой надежности оборудования в связи с небольшим накопленным опытом и, практически, начальным периодом его использования. В целом, мы можем свидетельствовать о его высокой эффективности при выполнении лазерной энуклеации простаты и выполнении литотрипсии.

Профилактика развития фиброза простаты на фоне венозного полнокровия в хроническом эксперименте

Цуканов А.Ю.¹, Мозговой С.И.¹, Рудченко Н.В.¹, Бельская Л.В.², Семикина С.П.¹, Иванов А.И.¹, Волковская В.И.¹, Грамович Е.С.¹, Варфоломеева Е.А.¹

¹ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет Минздрава России; ²ООО "Тест-Лаб", Россия, г. Омск.

Введение. Хронический простатит является одним из самых распространённых урологических заболеваний. Одним из исходов хронического воспаления в предстательной железе является увеличение объема фиброзной ткани. В ряде случаев сосудистый компонент является определяющим в развитии заболевания. На сегодняшний день остается открытым вопрос о действенных методах профилактики развития фиброза простаты.

Цель исследования: сравнение действия диосмина и комбинации диосмин/ресвератрол на развитие фиброза простаты в хроническом эксперименте.

Материалы и методы. В эксперименте было использовано 48 кроликов-самцов. Животные были разделены на 3 группы: 1 группа (n=16) – контроль, моделирование хронического венозного полнокровия; 2 группа (n=16) – животные, получавшие диосмин 2,6 мг/кг; 3 группа (n=16) – животные, получавшие комбинацию диосмин/ресвератрол 2,6/0,9 мг/кг. Вывод животных осуществляли через 1, 2, 3, 4 месяца. Полученные микропрепараты окрашивали по Малори, оценивали соотношение железистый компонент/фиброз/гладкая мускулатура, высоту эпителия, секреторную активность эпителия. В образцах ткани простаты определяли концентрацию гидроксипролина – маркера развития соединительной ткани. Кроме того, у 4 животных была изучена нормальная анатомия.

Результаты. В норме у животных получено следующее распределение исследуемых типов ткани 92,1±1,4/3.3±0,3/5,1±1,1%. При исследовании выявлено нарастание доли соединительной ткани при значительном снижении секреторной активности в контрольной группе на протяжении всего эксперимента и было максимальным. Соотношение к 4-му месяцу железистый компоненты/соединительная ткань/гладкая мускулатура составило 54,8±2,8/24,1±0,9/22,7±1,3% соответственно. Отмечено и увеличение концентрации гидроксипролина к концу эксперимента до 403,5±4,3 мкг/г. В группе 2 отмечен значительно меньший процент фиброзного компонента, сохранная секреторная активность, оцениваемое соотношение на 4 месяц составило 78,3±1,3/8,7±0,3/14,4±1,2%. В 3 группе развитие фиброза в предстательной железе минимально, железистый компонент фактически не пострадал от повреждающего эффекта венозного полнокровия, соотношение на 4 месяц

железы/соединительная ткань/гладкая мускулатура $85,2 \pm 1,8/3,1 \pm 0,8/12,1 \pm 0,8\%$. Во 2 и 3 группах концентрация гидроксипролина значимо меньше показателей контрольной группы, в 3 группе показатели минимальные, концентрация $239,3 \pm 3,5/151,8 \pm 2,8$ мкг/г соответственно.

Выводы. Использование комбинации диосмин/ресвератрол в профилактике развития фиброза простаты на фоне венозного полнокровия эффективнее монотерапии диосмином.

Место лапароскопической позадилоной аденомэктомии у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы больших размеров

Чернышев И.В., Кешишев Н.Г

ФГБУ «ОБП» Управления делами Президента РФ

Введение. В соответствии с рекомендациямиEAU, открытая аденомэктомия до сих пор остается золотым стандартом лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) у больных с объемом аденомы более 80 см³. Быстрое развитие видеондоскопических минимально-инвазивных оперативных вмешательств в урологии значительно уменьшило количество открытых операций. В связи с этим, в литературе появляются публикации о применении лапароскопической позадилоной аденомэктомии (ЛПА) при лечении ДГПЖ больших размеров.

Цель исследования: оценить результаты применения ЛПА у больных с ДГПЖ больших размеров.

Материалы и методы. В исследование было включено 26 пациентов с ДГПЖ (медиана возраста 67,3 (63-80) лет). Все больные получали консервативное лечение в течение 3-4 месяцев, которое было неэффективным. Всем больным было проведено стандартное предоперационное обследование. Медианы объема гиперплазированных узлов, Q_{max}, Q_{ave}, суммы баллов по шкале IPSS и объема остаточной мочи составили: 139,2 (64,0-170,2) см³, 9,1 (6,0-17,0) мл/с, 4,8 (2,0-6,2) мл/с, 22 (16-31) и 62 (0-156) мл, соответственно.

Всем пациентам была выполнена ЛПА, которая включает несколько этапов: установку троакаров, выделение предстательной железы по передней поверхности, поперечное вскрытие капсулы предстательной железы по передней поверхности, энуклеацию аденоматозных узлов, ушивание капсулы предстательной железы. В послеоперационном периоде мы оценивали: длительность операции, кровопотерю, длительность катетеризации, Q_{max}, Q_{ave}, IPSS, объем остаточной мочи.

Результаты. Медианы длительности операции, объема кровопотери и длительности катетеризации составили: 124,5 (110-230) мин, 310 (100-600) мл и 7 (5-12) дней, соответственно.

Медиана длительности наблюдения составила 14 (1-24) мес. По результатам контрольного обследования, медианы Q_{max}, Q_{ave}, суммы баллов по шкале IPSS и объем остаточной мочи составили: 21,0 (14,0-33,0) мл/с, 13,2 (5,0-19,0) мл/с, 6 (1-15) и 0 (0-26) мл, соответственно. Различия по пред- и послеоперационным показателям Q_{max}, Q_{ave} и объему остаточной мочи, были статистически достоверны (p<0,05).

Заключение. ЛПА – это малоинвазивная операция с хорошими функциональными и косметическими результатами. Необходимо проведение дальнейших широкомасштабных исследований, сравнивающих эффективность, стоимость и кривую обучения ЛПА с открытой аденомэктомией и эндоскопическими методами энуклеации.

Влияние ударно-волновой терапии на симптомы нарушенного мочеиспускания у пациентов с хроническим простатитом

Шкодкин С.В.^{1,2}, Полищук А.В.^{2,3}

¹Россия, Белгород ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»

²Россия, Белгород НИУ БелГУ

³Россия, Белгород ОГБУЗ «Поликлиника г. Белгорода поликлиническое отделение № 7»

Актуальность. К современному урологу все больше обращаются пациенты с симптомами нарушенного мочеиспускания. Этиология и патогенез данной проблемы довольно обширны.

Цель. Мы решили определить эффективность УВТ у мужчин, которым был установлен диагноз хронический простатит с ирритативными симптомами, сопровождающимся стойким болевым синдромом в области промежности и над лоном.

Материалы и методы. Всего в исследовании приняло участие 29 пациентов. Пациенты разделены на группы. В основной группе (n-16 пациентов, средний возраст 37±4,9 лет) пациенты получали антибактериальную и противовоспалительную терапию с применением УВТ. В контрольной группе (n-13 пациентов, средний возраст 40±5,4 лет) пациенты получали только антибактериальную и противовоспалительную терапию без процедуры УВТ. В обеих группах достоверно не было выраженных различий в объеме предстательной железы, а также показателей урофлоуметрии (Q_{max} 14±1,2мл/с, Q_{mid} 18±2,1 мл/с, TQ_{max} 7±1,8 с). В анализе секрета простаты у всех пациентов количество лейкоцитов превышало 10 в поле зрения и подтверждено наличие патогенной микрофлоры методом бак.посева. До лечения проведен опрос по шкале IPSS и ВАШ (Визуальная аналоговая шкала), результаты которых были схожи в обеих группах, в основной группе IPSS= 23±1,2 бала, ВАШ= 6±0,6 бала и IPSS= 21±1,4 бала и ВАШ= 6±0,4бала в контрольной.

Результаты и обсуждения. После проведения курса лечения пациенты обеих групп оценили свое самочувствие как значительное улучшение, однако разница в выраженности симптомов нарушенного мочеиспускания согласно опроснику IPSS и по шкале ВАШ была статистически достоверна. Так, в основной группе, где пациенты получали комбинированную терапию с УВТ, IPSS= 5±1,3 бала что указывало на незначительные нарушения и ВАШ= 1±0,7 бала. В группе контроля, где мужчинам не проводились сеансы УВТ, IPSS= 11±1,6 бала, что уже соответствовало умеренной симптоматике и ВАШ= 4±1,1 бала.

Вывод. Применение ударно- волновой терапии улучшает качество лечения у пациентов, страдающих хроническим простатитом, сопровождающихся симптомами нарушенного мочеиспускания, а также значительно уменьшает болевую симптоматику.

Патогенез органических дисциркуляторных изменений у больных хроническим бактериальным простатитом

Шорманов И.С., Соловьев А.С., Шорманова Н.С., Можаяев И.И.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Цель. Изучить состояние эндотелиальной функции у пациентов, страдающих хроническим бактериальным простатитом.

Материалы и методы. В работе использованы результаты обследования 120 пациентов с хроническим бактериальным простатитом и 30 клинически здоровых мужчин (группа контроля). Средний возраст в исследуемой группе составил $39,6 \pm 0,96$ лет, в группе контроля $36,8 \pm 0,95$ лет. У всех пациентов выполнялось определение содержания маркеров функции эндотелия: основных метаболитов NO, эндотелина 1, гомоцистеина. Кроме этого вазоактивная функция эндотелия в пробах с реактивной гиперемией.

Результаты. Выявлено снижение плазменного уровня суммарных метаболитов окиси азота у больных с обострением хронического бактериального простатита на 17% по отношению к показателям контрольной группы. В исследуемой группе плазменный уровень NO составил $26,1 \pm 2,62$, в группе контроля $32,1 \pm 3,59$ мкмоль/л ($p < 0,05$).

Изучение уровня эндотелина 1 в плазме крови больных с обострением хронического бактериального простатита показало, что его концентрация на 26 % превышает содержание в крови пациентов контрольной группы ($1,03 \pm 0,37$ и $1,3 \pm 0,52$ фмоль/мл, соответственно) ($p < 0,05$).

При анализе результатов пробы с реактивной гиперемией обращало на себя внимание отсутствие должной степени дилатации плечевой артерии у больных с хроническим бактериальным простатитом по сравнению с показателями здоровых лиц, учитывая, что нормой считается увеличение диаметра плечевой артерии в пределах 9-15%. При этом, средние показатели эндотелий-зависимой вазодилатации в группе больных ХБП оказались на 54% хуже результатов здоровых мужчин. В исследуемой группе средний показатель составил $16,1 \pm 2,1\%$, в контрольной $7,21 \pm 3,44\%$ ($p < 0,05$).

Исследование уровня гомоцистеина в крови показало увеличение содержания гомоцистеина у пациентов с хроническим бактериальным простатитом на 55% по сравнению со здоровыми мужчинами ($p < 0,05$). В исследуемой группе уровень гомоцистеина составил $16,03 \pm 7,94$ мкмоль/л, в группе контроля $10,32 \pm 4,62$ мкмоль/л.

При проведении сравнительного анализа выявлена отрицательная связь между продолжительностью заболевания и уровнем метаболитов окиси азота и положительная - между длительностью заболевания и содержанием эндотелина 1. Кроме того, выявлена достоверную отрицательную связь между содержанием метаболитов оксида азота и уровнем гомоцистеина ($n=120$; $r=0,345$; $p=0,001$). Нами также выявлена достоверная положительная связь между уровнем гомоцистеина плазмы крови и сывороточным уровнем эндотелина 1 ($n=120$; $r=0,345$; $p=0,001$).

Заключение. У пациентов с хроническим бактериальным простатитом имеются значительные нарушения системной эндотелиальной функции, тяжесть которой прямо пропорциональна длительности заболевания и напрямую зависит от уровня гомоцистеина крови.

Эффективность препаратов α-липовой кислоты в лечении больных хроническим абактериальным простатитом

Шорманов И.С., Можаяв И.И., Соловьёв А.С., Шорманова Н.С.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Цель исследования. Изучить влияние α-липовой кислоты на динамику лабораторных показателей пациентов с ХАП IIIВ категории.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 45 мужчин (ср. возр. – 39,4±3,6 лет) с диагнозом «хронический абактериальный простатит IIIВ-категории», которых разделили на 2 группы. Пациенты группы 1 (n=23) получали стандартную терапию в течение 30 дней (НПВС, простанорм, α-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. На фоне терапии в обеих группах происходило достоверное снижение плазменного уровня провоспалительного цитокина ИЛ-8. Однако, во 2-й группе эта динамика составила 53,6%, а в первой – только 21,2%. Уровень ИЛ-10 в крови претерпевал практически аналогичные изменения, но со знаком «+». Во второй группе данный прирост достоверно составил 9,2 %, а в первой отмечено его достоверное повышение лишь на 0,07%. Таким образом, во 2-й группе констатировано полное восстановление нарушенного баланса цитокинов в плазме крови.

В секрете предстательной железы также отмечено более выраженное снижение концентрации ИЛ-8 во 2-й группе по сравнению с группой 1 (44,3% против 32,4%), однако, ни в одной из групп к концу лечения его значение так и не достигло показателя здоровых мужчин. Уровень противовоспалительного ИЛ-10 в предстательной железе на фоне стандартной терапии практически не изменился и его прирост от исходного уровня составил лишь 2,8%. В группе 2 данный показатель достоверно увеличился на 42,6%. Однако, несмотря на это, ни в одной группе не была достигнута концентрация, характерная для здоровых мужчин.

В ходе проведения обоих вариантов лечения отмечалось достоверное снижение содержания в крови промежуточных и конечных продуктов перекисного окисления липидов: в первой группе оно составило 9,8% и 11,1%, а во второй – 20,9% и 36,4%, соответственно.

Анализ секрета простаты показал, что в 1-й группе на фоне снижения простатической концентрации промежуточных продуктов ПОЛ достоверного снижения конечных продуктов ПОЛ не наблюдалось. У больных же 2-й группы в секрете наблюдалась нормализация содержания обоих изучаемых продуктов ПОЛ, что позволило к концу лечения полностью восстановить оксидативный баланс.

Снижение активности каталазы в обеих группах происходило более существенно в предстательной железе, чем в плазме крови, а в группе 2 – более существенно, чем в группе 1. И только в группе 2 к концу лечения уровень каталазы восстановился до показателя контроля.

Вывод. Дополнительное назначение препарата α-липовой кислоты позволяет повысить общую лабораторную эффективность лечения ХАП IIIВ-категории на 22,7%.

Нарушения мочеиспускания у мужчин

Комплексное уродинамическое исследование у пациентов с недержанием мочи после оперативного лечения локализованного рака предстательной железы

Абоян И.А., Абоян И.А., Пакус С.М., Орлов Ю.Н., Пакус Д.И.

г. Ростов-на-Дону. МБУЗ КДЦ «Здоровье»

Главный врач, проф. д.м.н. Абоян Игорь Артемович

Введение. Оперативное лечение рака предстательной железы (РПЖ) ассоциировано с развитием недержания мочи (НМ), которое может быть обусловлено как недостаточностью сфинктера уретры, так и дисфункцией мочевого пузыря. На сегодняшний день отсутствуют сравнительные исследования генеза НМ у пациентов как после органосохраняющего лечения РПЖ, так и после радикальной простатэктомии (РПЭ). Данный факт послужил основанием к проведению сравнительной оценки уродинамических изменений у пациентов данной категории.

Материалы и методы. Нами проведено ретроспективное исследование 158 пациентов, распределенных по группам в зависимости от метода лечения: группа I (n=32) – HIFU, группа II (n=46) – позадилоная РПЭ, группа III (n=80) – робот-ассистированная РПЭ. Средний возраст по группам составил $71,8 \pm 3,68$; $69,5 \pm 4,63$ и $65,8 \pm 3,4$ года соответственно ($p < 0,01$), средний балл ICIQ-SF – 14, медиана наблюдения – 2,7 года. Всем пациентам выполнено комплексное уродинамическое исследование в соответствии со стандартами ICS.

Результаты. Детрузорная гиперактивность (ДГ) выявлена у 22 (68,7%), 24 (52,1%) и 64 (80%) пациентов групп I, II и III соответственно ($p < 0,001$). При этом у 14% (18, 12 и 12% в соответствующих группах, $p < 0,05$) пациентов с ДГ проба на порог абдоминального давления была отрицательной. Снижение эластичности детрузора выявлено у 75,9% обследованных, у 8,8% оно имело анатомический характер (12,5, 8,6 и 7,5% по группам соответственно, $p < 0,01$). Средние показатели максимального детрузорного давления были снижены у всех пациентов. Инфравезикальная обструкция выявлена в 46,6, 21,7 и 12,5% наблюдений ($p < 0,001$). Достоверной разницы в уровне максимального уретрального давления по группам не отмечено, однако она была достоверной у пациентов с отрицательной пробой на порог абдоминального давления и ДГ ($p < 0,05$; $k = 0,87$).

Заключение. Выявленная нами высокая частота послеоперационной дисфункции мочевого пузыря у пациентов исследуемых групп отличается от существующих литературных данных, что диктует необходимость детальной оценки дисфункции мочевого пузыря при выборе тактики лечения НМ.

Хирургическое лечение тотального недержания мочи с использованием *m. Gracilis*

Волокитин Е.В., Мустафаев А.Т., Соколыщик М.М., Мартов А.Г., Кызласов П.С.

МБУ ИНО ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, кафедра урологии и андрологии, заведующий кафедрой д.м.н., профессор Мартов А.Г., г. Москва.

Автор для связи: Е.В. Волокитин – Россия, 650000, Кемерово, ул. Н.Островского, 22, ГАУЗ КО ОКБ СМП им. М.А. Подгорбунского; e-mail: evgvolokitin82@mail.ru, тел: 89132972552.

Недержание мочи после хирургического лечения рака предстательной железы развивается до 19% процентов случаев, из них 3% больных имеют тотальное недержание мочи. «Золотым стандартом» лечения недержания мочи у мужчин является имплантация искусственного сфинктера мочевого пузыря. Но учитывая высокую экономическую стоимость, количество проводимых операций по имплантации искусственного сфинктера мочевого пузыря составляет до 0,8% от урологических операций.

Цель исследования: Изучить результаты сфинктеропластики *m.gracilis* у пациентов с тотальным недержанием мочи после радикальной простатэктомии.

Материалы и методы: За 2017-2019 гг нами было прооперировано 24 пациентов с тотальным недержанием мочи в сроки 12 месяцев и более после РПЭ. Пациентам выполнена сфинктеропластика *m.gracilis*. Сроки наблюдения пациентов от 3 до 19 месяцев после операции. В пред- и послеоперационном периоде пациентам проводили анкетирование по шкале оценки симптомов недержания мочи (LISS), микционную цистоуретрографию. У всех пациентов в предоперационном периоде отмечалась тяжелая степень недержания мочи.

Оценка результатов лечения: положительный – легкая степень недержания мочи и стрессовая форма недержания мочи в послеоперационном периоде, удержание мочи более 150 мл, контролируемое опорожнение мочевого пузыря по данным микционной цистоуретрографии.

Результаты: через 3 месяца после операции в 95,83% случаях отмечен положительный результат лечения.

В раннем послеоперационном периоде были зафиксированы следующие осложнения: у 1 пациента на 5 послеоперационные сутки диагностирован разрыв уретроцистоанастомоза (данному пациенту после РПЭ проводилась лучевая терапия), пациенту выполнен ре-уретроцистоанастомоз. Уретральный катетер удален на 10 сутки, восстановлено самостоятельное мочеиспускание, мочу удерживал в объеме 200 мл. Зафиксирован 1 случай интраоперационной перфорации уретры, в послеоперационном периоде проводилась катетеризация мочевого пузыря в течение 10 суток, при контрольной уретрографии экстравазации контрастного вещества не отмечено. Восстановленное самостоятельное мочеиспускание без особенностей, мочу удерживал в объеме 180 мл.

У 7 пациентов отмечена послеоперационная гематома не требующая оперативного вмешательства. Проводилась консервативная терапия с положительным эффектом в двух случаях, с последующим удержанием мочи. В одном случае вследствие гематомы произошли ишемические изменения *m.gracilis* в области пластики с последующим лизисом.

У данного пациента отрицательный результат лечения в виде сохранившегося тотального недержания мочи.

Заключение: Таким образом, сфинктеропластика *m.gracilis* является эффективным методом лечения тотального недержания мочи у пациентов после РПЭ. Может быть рекомендована пациентам как альтернатива имплантации искусственного сфинктера мочевого пузыря.

Опыт хирургического лечения мужчин с недержанием мочи различной этиологии

Медведев В.Л., Лепетунов С.Н., Исаева Д.С.

ФГБОУ ВО «КубГМУ» МЗ РФ ГБУЗ «НИИ-ККБ №1 им. проф. С. В. Очаповского»

Недержание мочи у мужчин – симптом множества заболеваний, калечащий не только физически, но и социально.

Наиболее частые причины: оперативные вмешательства на нижних мочевыводящих путях при заболеваниях мочевого пузыря, предстательной железы, уретры; неврологические заболевания, сопряженные с нарушением функции тазовых органов, травмы органов малого таза.

Задачей современных хирургических методов является избавление от недержания мочи, один из видов хирургии – является имплантации искусственного мочевого сфинктера.

За период 2008 – 2018 гг было пролечено 44 пациента с тотальным недержанием мочи (ТНМ): средний возраст пациентов 55(+4) лет (22-70).

По нозологии спектр заболеваний распределился следующим образом: недержание мочи после проведение радикальной хирургии рака простаты (РПЖ) 12 пациентов; после курса лучевой терапии по поводу РПЖ – 3; посттравматические изменения уретры; после травмы костей таза с полным отрывом уретры, протребовавший неоднократные реконструктивно-пластические операции на уретре, предстательной железе, мочевом пузыре – 10; повреждения сфинктера уретры после трансуретральных операций – 18; врожденные аномалия нервной системы (тотальное недержание мочи и кала) – 1 пациента;

Импантировались мочевые сфинктеры фирм: AMS- 800 и Zephyr- 375.

• AMS-800 двухманжеточные (18%), одноманжеточные (82%). Длина манжет колебались от 4 см до 5см.

AMS-800 импантировали – 39 пациентам, ZSI-375 – 5 пациентам.

Доступы для имплантации манжет промежностный (75%), мошоночный (4,6%), комбинированный (промежностный и мошоночный) (20,4%).

При промежностных доступах манжеты импантировались в зону бульбозного отдела уретры. При мошоночном доступе в область пенильного отдела уретры (после травмы костей таза с полным отрывом уретры, протребовавший неоднократные реконструктивно-пластические операции на уретре, предстательной железе, мочевом пузыре). При комбинированных доступах импантировались две манжеты – в область луковичного и пенильного отдела уретры.

Следует отметить, что с появлением нового искусственного сфинктера фирмы Zephyr (ZSI-375) отпала нужда в подборе манжеты, ибо они универсальные, сфинктер поставляется с заполненной системой и помпа является одновременно баллоном резервуаром, что

сокращает время для заполнения системы и нет необходимости для проведения баллона в малый таз, что сокращает время хирургии и площадь операционного вмешательства.

Послеоперационное течение гладкое. Уретральные катетеры удалялись в течение первых 24 часов послеоперационного периода. Средний койко-день 12+2.

Активация сфинктера проводилась через 6 недель.

Среднее наблюдение пациентов от 9 месяцев до – 10 лет

У 8 (18.2%) пациентов сфинктер функционирует удовлетворительно, периодически отмечают капельное недержание мочи, при физической нагрузке.

4 (9%) пациентам после активации сфинктера диагностирована недостаточная функция мочевого сфинктера, потребовавшая в последующем замену манжет на меньший размер.

У 1 (2.3%) пациента через 6 месяцев диагностирован пролежень кожи мошонки на фоне тяжелой формы сахарного диабета, потребовавший ревизии и иссечения дефекта кожи.

1 (2.3%) пациент после активации сфинктера не появлялся на контрольные осмотры.

3 (6,8%) пациентам удалены по поводу гнойно-септических осложнения (1 (2,2%) - арозия уретры с развитием мочевого затека и гнойного воспаления тканей мошонки. 2 (4.5%) – через 12 месяцев – гнойный эпидидиморхит на фоне тяжелой сопутствующей патологии).

Из 44 прооперированных – у 25 (56%) удовлетворительные отдаленные результаты.

Таким образом, имплантация искусственных сфинктеров мочевого пузыря один из основных методов лечения тотального недержания мочи у мужчин различного генеза. Метод трудоемкий и чреват многими осложнениями, но имеющий хорошие результаты в плане удержания мочи.

Онкологическая уроандрология

Прогнозирование риска рецидива после минимально инвазивной хирургии рака предстательной железы

Абоян И.А., Бадьян К.И., Маликов Л.Л., Галстян А.М., Пакус С.М.

г. Ростов-на-Дону. МБУЗ КДЦ «Здоровье»

Главный врач, проф. д.м.н. Абоян Игорь Артемович

Введение и цели. Несмотря на большое количество публикаций, посвященных онкологическим результатам фокального лечения РПЖ, только небольшая часть посвящена прогнозированию результатов хирургического. Целью данного исследования являлась оценка результатов и разработать многофакторную модель для прогнозирования риска рецидива рака предстательной железы после термической абляции.

Материалы и методы. Обследовано 167 пациентов с локализованным РПЖ, которые прошли обследование и лечение в период с 2011 по 2014 годы в нашем медицинском центре. 123 пациента перенесли HIFU, 44 — криоабляцию. Предоперационная диагностика включала PSA, TRUS, MRI, трансректальную биопсию, включая иммуногистохимическое исследование для ретроспективной оценки предикторов рецидива. Рецидив заболевания был определен как гистологически подтвержденная аденокарцинома, выявленная путем контрольной повторной трансректальной биопсии.

Результаты. После первоначального статистического анализа 9 факторов: исходный PSA, количество положительных биоптатов, перинеуральная инвазия, объем опухоли, паттерн G3, HG PIN, p53, маркеры bcl-2 ($p < 0,001$) показали максимальную корреляцию с развитием рецидива простаты рак, которые впоследствии были использованы для создания прогностической модели. В результате была создана таблица диагностических коэффициентов для каждого фактора и общий прогностический коэффициент (ПК). Если $ПК \geq 1,5$, это считается высоким риском рецидива. Если оно меньше 1,5 балла, этот показатель рассматривается как низкий риск рецидива. Диагностическая чувствительность составляет 89,3%, а специфичность - 100%. AUC разработанной модели составляет $0,86 \pm 0,017$ ($p < 0,0001$).

Выводы. Разработанная прогностическая модель может быть использована для расчета риска развития рецидива рака предстательной железы после абляции предстательной железы и для реализации персонализированного подхода к отбору пациентов с локализованным раком предстательной железы для минимально инвазивного лечения.

Комплексный подход в улучшении функциональных результатов радикального хирургического лечения РПЖ

Абоян И.А., Пакус С.М., Орлов Ю.Н., Пакус Д.И., Павлов С.В., Кудинова Е.В., Адилов Б.Н.

г. Ростов-на-Дону. МБУЗ КДЦ «Здоровье»

Главный врач, проф. д.м.н. Абоян Игорь Артемович

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) является распространённым злокачественным заболеванием у мужчин. Основным методом хирургического лечения локализо-

ванной формы РПЖ, обеспечивающий высокую безрецидивную выживаемость является радикальная простатэктомия. Частыми осложнениями хирургии РПЖ являются недержание мочи и эректильная дисфункция, оказывающие негативное влияние на качество жизни и удовлетворенность хирургическим лечением. На сегодняшний день не существует единых подходов к реабилитации пациентов после радикальной простатэктомии.

Материалы и методы. Для улучшения функциональных результатов РАРП нами создана программа послеоперационной реабилитации, состоящая из трех направлений эректильная дисфункция, недержание мочи и наблюдение. С целью реализации программы реабилитации разработано и внедрено программное обеспечение, интегрированное во внутрибольничную информационную систему, создан реестр пациентов с диагнозом рак предстательной железы, позволяющий отслеживать онкологические и функциональные результаты; для оценки функциональных результатов нами используются валидизированные опросники ICIQ-SF, МИЭФ-5 и PAD-тест; создан и видео-диск с оригинальной методикой гимнастики для укрепления мышц тазового дна; при реабилитации эректильной функции и удержания мочи используются три линии аппаратного и фармакологического лечения, с учетом длительности послеоперационного периода, результатов уродинамических исследований и индивидуальных особенностей пациента.

Результаты. 84 пациента получили комплексное лечение в условиях «Центра реабилитации». Необходимо отметить, что 6 пациентов были исключены из исследования, в связи с положительным хирургическим краем ($n=1$), биохимическим рецидивом РПЖ ($n=2$), стенозом везико-уретрального анастомоза ($n=3$). В зависимости от направления программы реабилитации, пациенты были разделены на две группы. Первая группа составила 43 пациента, получивших лечение по программе лечения недержания мочи. Вторая группа составила 24 пациента получивших лечение по программе лечения эректильной дисфункции. Средний возраст пациентов первой группы составил $69,5 \pm 4,63$ года, в группе 2 – $65,8 \pm 3,4$ года соответственно ($p < 0,01$).

Результаты реабилитации пациентов в группе 1 с недержанием мочи ($n=43$), через 12 месяцев послеоперационного периода. До начала реабилитации средний балл по опроснику ICIQ-SF составлял 14 баллов, что соответствует тяжелой степени недержания мочи, при этом пациенты использовали более четырех прокладок в сутки. После окончания 3 линии реабилитации 37 (86%) пациентов имели средний балл по опроснику ICIQ-SF равный 5, что соответствует легкой степени недержания мочи ($p < 0,01$), а количество использованных прокладок сократилось до одной и менее в сутки ($p < 0,01$). Хирургическое лечение (4 линия терапии) было выполнено 3 (7%) пациентам: 2 пациентам – слинговая уретропексия, 1 пациенту – BOTOX-терапия.

Среди прошедших 3 линии реабилитации 3 (7%) пациента, имевшие средний балл по опроснику ICIQ-SF равный 12 (средняя степень недержания мочи), использовавшие более 2 прокладок в сутки, отказались от хирургического лечения (4 линия реабилитации) и продолжили консервативную терапию. Результаты реабилитации пациентов с эректильной дисфункцией (группа 2, $n=24$), через 12 месяцев послеоперационного периода. В предоперационном периоде средний балл по шкале МИЭФ-5 у пациентов составил 20 баллов. Перед началом реабилитации пациентам второй группы выполнялась оценка степени выраженности эректильной дисфункции с помощью международного индекса эректильной дисфункции (МИЭФ-5). Средний балл по опроснику МИЭФ-5 до реабилитации составил 8 баллов, что соответствует выраженной степени эректильной дисфункции. После окончания 2 линии

реабилитации 11 (45,8%) пациентов имели средний балл по опроснику МИЭФ-5 равный 16, что соответствует легкой степени эректильной дисфункции ($p < 0,01$). Между тем, 4 (16,8%) пациента, имевшие средний балл по опроснику МИЭФ-5 равный 12 (умеренная эректильная дисфункция), отказались от 3 (интракавернозных инъекций) и 4 (хирургическое лечение) линий реабилитации и продолжили неинвазивные методы лечения. У 7 (29%) пациентов после 2 линий реабилитации, имевшие средний балл по опроснику МИЭФ-5 равный 8 (значительная эректильная дисфункция), в качестве основного метода лечения ЭД использовались интракавернозные инъекции алпростадил (3 линия реабилитации). Хирургическое лечение (4 линия реабилитации) было выполнено 2 (8,4%) пациентам – интракавернозная имплантация пенильных протезов.

Выводы. Оптимизация функциональных результатов является одной из основных задач, ведущих к улучшению качества жизни пациентов. Программы реабилитации пациентов после радикального хирургического лечения, локализованного РПЖ создана, внедрена и реализуется в МБУЗ КДЦ «Здоровье» г. Ростова-на-Дону. Используемая нами программа послеоперационной реабилитации позволяет ускорить процесс восстановления удержания мочи и эректильной функции у пациентов, перенесших РПЭ, а также снизить частоту выполнения хирургической коррекции данных осложнений. В нашем исследовании выявлена положительная связь послеоперационной реабилитации и восстановлением эректильной функции и удержанием мочи.

Робот-ассистированная радикальная простатэктомия. Латеральный подход

Абоян И.А., Пакус С.М., Грачев С.В., Пакус Д.И., Березин К.В., Осокин Р.А.

г. Ростов-на-Дону. МБУЗ КДЦ «Здоровье»

Главный врач, проф. д.м.н. Абоян Игорь Артемович

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) является наиболее распространённым злокачественным заболеванием у мужчин. Радикальная простатэктомия (РПЭ) у пациентов с локализованными формами рака предстательной железы (РПЖ) обеспечивает длительный онкологический контроль. Робот-ассистированная РПЭ в последние годы, наряду с открытой и лапароскопической РПЭ рассматривается в качестве стандарта лечения, локализованного РПЖ. Данная оперативный подход является непрерывно эволюционирующей методикой, в связи с необходимостью улучшения функциональных результатов РПЭ.

Материалы и методы. В 2018 году нами выполнена РАРП с использованием латерального подхода у 20 пациентов локализованным РПЖ, оперативные вмешательства выполнены 2 хирургами на хирургической системе DaVinci Si. Особенности данного доступа являются: проведение первоначальной инцизии в проекции латерального сосудисто-нервного пучка от лонно-простатических связок до простато-везикулярного сочленения, далее производится диссекция правого сосудисто-нервного пучка без использования коагуляции (клипирование титановыми клипсами 5мм). В последующем производится выделение проксимальной части семенных пузырьков с последующей резекцией последних, далее производится выделение дорзальной поверхности предстательной железы, после чего мобилизуется шейка мочевого пузыря. После пересечения шейки производится последующее выделение левого сосуди-

сто-нервного пучка, далее мобилизуется вентральная поверхность предстательной железы с сохранением «фартука детрузора» и дорзального венозного комплекса. После удаления предстательной железы формируется анастомоз по Van-Velthoven (V-Lock 2-0).

Результаты. По данной методике нами оперировано 20 пациентов с РПЖ низкой степени риска согласно критериям Д Амико. Все пациенты имели РПЖ в стадии T1c, средний уровень ПСА составил 5,7 (3,1-8,5) ммоль/л, средний объем предстательной железы 43 (21-62) см³, средний возраст составил 65 (51-69) лет, у 3 пациентов имел место интраульнарный рост гиперплазии предстательной железы. После удаления уретрального катетера у 17 пациентов имело место полное удержание мочи с использованием 1 страховой прокладки в сутки. Из 8 оперированных патентных пациентов, у 6 через 3 месяца послеоперационного периода имели место сопоставимые с предоперационными показателями баллы по шкале МИЭФ-5.

Заключение. Робот-ассистированная радикальная простатэктомия с использованием латерального подхода является одной из наиболее перспективных методик хирургического лечения рака предстательной железы, позволяющей добиться высоких результатов относительно сексуальной функции и удержания мочи.

HiFu в объеме гемиабляции в лечении пациентов с локализованным раком предстательной железы

Абоян И.А., Галстян А.М., Бадьян К.И., Пакус С.М.

г. Ростов-на-Дону. МБУЗ КДЦ «Здоровье»

Введение: в настоящее время гемиабляция при локализованном раке предстательной железы у тщательно отобранной группы пациентов является перспективным направлением лечения. На сегодняшний день существуют значительные проблемы отбора пациентов для данного вида терапии и мониторинга после проведенного лечения. Воздействие высокоинтенсивным сфокусированным ультразвуком (англ. HIFU) проводится на половину железы, включая «доминантное поражение» и любой другой очаг, находящийся в пределах доли.

Цель исследования: определение диагностического алгоритма отбора пациентов для гемиабляции и принципов мониторинга после проведенного лечения.

Материалы и методы исследования: в хирургическом отделении №1 МБУЗ КДЦ "Здоровье" г. Ростова-на-Дону лечение пациентов локализованным РПЖ методом ультразвуковой абляции с использованием аппарата SONOBLATE 500 V5 TCM проводится с 2011года. С накоплением опыта и полученными возможностями диагностики выделена группа пациентов, которым выполнено лечение в объеме гемиабляции (n=72). Исследуемая группа разделена на 2 подгруппы: I (n=50) пациенты с доказанным унилатеральным поражением; II (n=22) с мультифокальным поражением, но при наличии доказанного очага «доминантного поражения» и воздействием на долю с его локализацией. При проведении сравнительной возрастной характеристики пациентов значительных расхождений между указанными группами не выявлено. Всем пациентам в группе гемиабляции в качестве отбора выполнена мультипараметрическая МРТ и промежуточная биопсия с отбором не менее 40 точек (схема Barzel-20 секторов). С целью подтверждения наличия очага «доминантного поражения» проводилось иммуногистохимическое исследование полученного морфологического материала, в частности изучение маркеров p-53 и ki-67. Отбор пациентов локализованным РПЖ

для фокального лечения в объеме гемабляции проводился на основании выработанных критериев отбора с использованием всех современных диагностических опций обследования. HIFU-гемиабляция у отобранной группы пациентов проводилась по собственной оригинальной методике. Получен патент № 2676599: «Способ отбора пациентов для ультразвуковой гемабляции локализованного рака предстательной железы».

Результаты: наблюдение пациентов в динамике проводилось нами согласно разработанной «Диагностической карты мониторинга пациентов, подвергшихся HIFU гемабляции». Непосредственная оценка результатов хирургического лечения в изучаемых группах осуществлялась через 3, 6 и 12 месяцев в течение первого года наблюдения и в последующем один раз в год в течение 3-х лет. Временной показатель изучения отдаленных результатов составил 36 месяцев с момента операции. В обеих исследуемых подгруппах по результатам контрольной биопсии через 12 месяцев после лечения оценивался гистологический рецидив. Выполнение промежуточной биопсии даёт более точную топическую диагностику и оценку возможного рецидива после проведенной гемабляции. В первой подгруппе пациентов с унилатеральным поражением гистологический рецидив после контрольной биопсии составил 6,9%. В подгруппе пациентов гемабляции с верифицированным «очагом доминантного поражения» гистологического рецидива после контрольной биопсии через 12 месяцев выявлено не было. Также в обеих группах оценивались функциональные результаты. С этой целью пациенты производили в динамике заполнение опросников IPSS, МИЭФ-5, индекса качества жизни QoL, а также опросника качества жизни онкологического пациента EORTC QLQ-C30 в обеих исследуемых группах. В результате анализа выявлено, что пациенты в группе гемабляции легче адаптировались и сроки реабилитации после выполненного вмешательства значительно сокращались в сравнении с тотальной абляцией, что также сопровождалось меньшим количеством осложнений.

Выводы: проведение МРТ в мультипараметрическом режиме с последующей промежуточной биопсией и отбором не менее 40 точек являются обязательными этапами отбора пациентов для гемабляции. Необходимо проведение иммуногистохимического исследования, полученного материала с целью выделения очага «доминантного поражения» и последующего воздействия на соответствующую долю его локализации. Проведение гемабляции у тщательно отобранной группы пациентов не привело к ухудшению онкологических результатов, при этом полученные функциональные результаты лечения оказались значительно лучше в сравнении с пациентами после тотальной абляции.

Возможность использование простатического АПФ в качестве нового онкомаркера рака простаты

Данилов С.М., Самоходская Л.М., Кадрев А.В., Охоботов Д.А., Мамедов В.Н., Карпов В.К., Камалов А.А.

¹Университетская клиника МНОЦ МГУ им.М.В.Ломоносова

²Кафедра урологии и андрологии ФФМ МГУ им.М.В.Ломоносова.

На базе МНОЦ МГУ имени М.В. Ломоносова проводится исследование, целью которого является определение активности простатического АПФ в качестве потенциального маркера скрининга и прогрессии ДГПЖ и РПЖ, с учетом определения его специфичности для

текущих процессов в предстательной железе, в том числе патологических, в зависимости от их характера.

Материалы и методы: С 2017 года на базе университетской клиники МНОЦ МГУ имени М.В. Ломоносова в исследование включено 100 пациентов, у которых выявлено повышение ПСА крови от 4,5 нг/мл до 15 нг/мл. С целью верификации диагноза всем пациентам выполнена трансректальная биопсия простаты. Исследуемый биопсийный материал, помимо, патоморфологического исследования, подвергается дополнительным исследованиям, направленным на определение реакции АГ-АТ для всех характерных изоформ молекулы АПФ, выделяемым секреторным эпителием простаты. Активность АПФ предстательной железы оценивалась в двух основных субстратах: Z-Phe-His-Leu и HipHis-Leu.

Полученные результаты: У пациентов с выявленным гистологически подтвержденным раком предстательной железы в полученных образцах активность АПФ была статистически достоверно ниже активности АПФ по сравнению с пациентами, с морфологически подтвержденным диагнозом ДГПЖ. При сравнении активности АПФ предстательной железы при раке и ДГПЖ, было выявлено характерное для рака простаты, повышенное соотношение скоростей гидролиза двух субстратов Z-Phe-His-Leu и HipHis-Leu под действием АПФ в составе гомогенатов различных тканей (ZPHL/HNL отношение), чего не наблюдается при наличии ДГПЖ.

В ходе исследования было проведено фенотипирование АПФ из полученных образцов ткани простаты как в случае рака, так и в случае ДГПЖ, в результате чего было выявлено, что активность АПФ, кинетические свойства и конформация молекул АПФ в случае рака предстательной железы достоверно отличаются от ДГПЖ. Кроме того, были получены конформационные изменения в АПФ простаты, специфические именно для рака.

Робот – ассистированная нервосберегающая простатэктомия – метод сохранения эректильной функции и способности удерживать мочу

Камалов Д.М.¹, Дзитиев В.К.², Карпов В.К.¹, Эхоян М.М.³, Тивтикян А.С.¹, Камалов А.А.¹

¹*Кафедра урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ имени М.В. Ломоносова, Россия, Москва, 119192, Ломоносовский пр-т., дом 31, корп. 5.*

²*Медицинского научно – образовательного центра МГУ имени М.В. Ломоносова, 119192, Ломоносовский пр-т., дом 27, корп. 10.*

³*ГБУЗ «Городская клиническая больница 31», 119415, Россия, Москва, ул. Лобачевского, дом 42.*

Цель. Оценить методику робот – ассистированной простатэктомии, как инструмент, позволяющий сохранить эректильную функцию и способность удерживать мочу после операции.

Материалы и методы. За период 2014 – 2018гг на базе Медицинского научно – образовательного центра МГУ имени М.В. Ломоносова и ГБУЗ «Городская клиническая больница 31» выполнено 87 робот – ассистированных нервосберегающих простатэктомий. Средний возраст пациентов составил 66 лет (46-77). Средний объем предстательной железы составил 65см³ (35-140см³). Хирургическое вмешательство выполнялось одной бригадой. Контрольное

обследование по оценке эректильной функции и способности удерживать мочу проводилось в срок 3 месяца, 6 месяцев и 12 месяцев после операции.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 175 (110–355) минут, средний объем кровопотери — 150 (70–800) мл. Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде отмечен один случай динамической кишечной непроходимости, разрешившийся консервативно. Пациенты выписаны на амбулаторное лечение на 4–10 сутки. Уретральный катетер удален на 10 (7–18) сутки. Сразу после удаления катетера мочу удерживало 75 % пациентов, а спустя 12 месяцев — до 91 % пациентов. У 75 % пациентов с сохраненным сосудисто-нервным пучком в течение года восстановилась эрекция. Положительный хирургический край получен у 6 пациентов. Биохимический рецидив заболевания диагностирован у 3 пациентов, у одного выявлен местный рецидив.

Выводы. Анализ результатов лапароскопической робот – ассистированной нервосберегающей простатэктомии делает данную методику приоритетной, значительно упрощается выполнение простатэктомии – за счет идеальной визуализации и возможности прецизионного движения инструментов в малых пространствах уменьшается травматизм, выделение предстательной железы, сосудисто – нервных пучков и уретры осуществляется максимально анатомично, что позволяет сохранить способность удержания мочи и значительно увеличивается эффективность нервосбережения. Робот – ассистированная нервосберегающая простатэктомия, как метод позволяет практически полностью избежать недержания мочи, а максимальное нервосбережение позволяет сохранить эректильную функцию и менять мнения об осложнениях простатэктомии – стоит говорить об эректильной дисфункции не как об осложнении простатэктомии, а как о стадии заболевания принципиально не позволяющей выполнение нервосбережение и сохранение эректильной функции.

Роль нейтрофилов в прогнозировании эффективности лечения мышечно-неинвазивного рака мочевого пузыря

Камалов А.А.¹, Карпов В.К.¹, Охоботов Д.А.¹, Проскурнина Е.В.², Краснов А.О.¹

¹*Кафедра урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова.*

²*Кафедра медицинской биофизики МГУ им.М.В.Ломоносова*

Введение и материалы и методы:

Несмотря на высокую эффективность БЦЖ-терапии при мышечно-неинвазивном раке мочевого пузыря, остается около 32.6–42.1% и 9.5%–13.4% пациентов, у которых наступает рецидив или прогрессирование заболевания. Миграция гранулоцитов в мочу и мононуклеарных клеток в стенку мочевого пузыря, приводят к стимулированию обновления уротелиального слоя и хроническому гранулематозному воспалению, которые вместе обуславливают отрыв резидуальных раковых клеток. Для оценки напряжения противоопухолевого локального и системного ответа нейтрофилы должны быть активными при хемотаксисе для выполнения адекватного цитотоксического действия в уротелиальном слое. Активация нейтрофилов позволяет высвобождать компоненты гранул и способствует образованию свободных радикалов вместе с пероксидом водорода (ROS). Сегодня доказана четкая зависимость между

уровнем активности нейтрофилов и количеством эпителиальных клеток, отслоившихся от уротелиального слоя при БЦЖ-терапии.

В настоящее время в МНОЦ МГУ проводится исследование оценки локального и системного иммунного ответа на воздействие иммунотерапии (БЦЖ) на основе определения нейтрофилов в моче и выявлением корреляции между активностью нейтрофилов, активностью опухолевого процесса и персистенции *M.tuberculosis*. Согласно предварительным данным исследование активности нейтрофилов хемилюминисценцией на люминоле дает 3 варианта клинического ответа, причем активность нейтрофилов напрямую коррелирует с уровнем локальной радикал-продуцирующей активности в моче. Чем более выражена данная активность, тем более выражено напряжение локального иммунитета для подавления агрессивной активности *M.tuberculosis*.

Изучение активности нейтрофилов в крови и в моче во время иммунотерапии вакциной БЦЖ, в перспективе может являться высокоспецифичным методом контроля прогрессии рака мочевого пузыря.

Методы ранней диагностики рака простаты

Климов Н.Ю.¹, Андрейчиков А.В.², Винник Ю.Ю.²

¹КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского», Россия, Красноярский край, г.Красноярск.

²кафедра урологии, андрологии и сексологии ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, Россия, Красноярский край, г. Красноярск.

Цель работы. В настоящее время актуальной проблемой клинической урологии остается повышение возможности выявления латентных форм рака простаты (РП) (стадии Т1, 2). Решение этой задачи позволит повысить эффективность лечения и значительно улучшить прогноз заболевания. Известно, что РП в 80% случаев развивается на фоне сопутствующей доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП), причем в этих случаях клинические проявления заболевания вначале определяет именно ДГП. Поэтому в подобных ситуациях возникают определенные трудности в выявлении РП. Обследование больных с симптомами ДГП рутинными методами, такими как пальцевое ректальное исследование (ПРИ), ТРУЗИ простаты, экскреторная урография с нисходящей цистографией зачастую не позволяют выявить признаки РП в стадиях Т 1, 2. В минувшее десятилетие наметилась тенденция к увеличению частоты распространения рака предстательной железы у мужчин сравнительно молодого и работоспособного возраста, что в свою очередь приводит к росту смертности в этой группе населения.

Материал и методы исследования. Обследовано 73 больных с морфологически подтвержденным диагнозом РП, находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении Красноярского краевого клинического онкологического диспансера. Средний возраст больных составил 69,3±2,6 г. Всем пациентам произведена стандартная антропометрия по 27 параметрам.

Результаты. Распределяя больных на соматотипы по индексу полового диморфизма было обнаружено, что гинекоморфы составляют 65,8% из числа больных РП (17,2% мужчин популяции), мезоморфы - 31,7% (66,6%), а андроморфы - 2,5% (16,2% мужчин популяции).

Среди больных преобладают гинекоморфы и практически отсутствуют андроморфы.

Выводы. Таким образом, нами выявлено, что среди больных РП преимущественно встречаются гинеко- и мезоморфы. Из них наиболее часто встречаемый соматотип - гинекоморфы. Хотя среди мужчин популяции г.Красноярска преобладают мезоморфы. Следовательно, у больных РП отмечается большая эстрогенизация организма, что может иметь немаловажное значение в этиологии заболевания.

Фармакотерапия в лечении местнораспространенного рака предстательной железы

Кузьмин М.Д., Кузьмин А.М.

Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза Уральского отделения РАН, ГБУЗ «ООКБ» Оренбург.

Несмотря на значительное улучшение диагностики больных с ранними формами рака предстательной железы (РПЖ), сохраняется большой процент первично выявленных больных, у которых диагностируются местнораспространенные формы. Основным методом лечения таких больных является гормональная терапия. Нередко онкологами используется интермиттирующая терапия. Как известно, одно из принципиальных концепций при гормональной терапии РПЖ — либо исключить доступ тестостерона в железу, либо ингибировать образование 5А-ДГТ в организме и в первую очередь самой железе (Гориловский Л.М., Зингеренко М.Б., 2009г.). В связи с неудовлетворительными результатами лечения местнораспространенного РПЖ, развитием гормонорезистентности и воспалительного процесса в ткани предстательной железы и быстрый рецидив после прекращения лечения при уровне ПСА < 4нг/мл, мы решили использовать комплексный подход к лечению.

Цель работы. Уменьшение прогрессирования и связанных с ним осложнений, а также увеличить безрецидивное время при интермиттирующем лечении.

Материалы и методы. Мы наблюдали за пациентами в количестве 46 человек с местнораспространенными формами РПЖ, которые получали гормональную терапию. Медикаментозную кастрацию проводили с применением антагонистов ЛГРГ. Пациенты были разделены на две группы. Первая группа в количестве 22 пациентов получали один из аналогов ЛГРГ. Вторая группа в количестве 24 пациентов получали дополнительно финастерид в дозе 5 мг в день в течении 6 месяцев, простаНорм по 1 т x 3 р в день в течении трех месяцев. Всем пациентам, которым проводили интермиттирующее лечение (терапию прекращали при уровне ПСА < 4 нг/мл), после прекращения гормональной терапии мы назначали простадоз по 1 кап x 2 р в день во время еды (биологически активная добавка) как источник индол-3-карбинола и эпигаллокатехин-3-галлата, противоопухолевая активность которых проявляется независимо от гормонального статуса и доказана не только в лабораторных экспериментах, но и в рандомизированных клинических исследованиях (Brausi M., Rizzi F., 2008 г). Всем пациентам до начала лечения определялись показатели уровня ПСА, измерялся объем предстательной железы, болевой статус оценивали по шкале ВОЗ, статус активности по шкале Карновского. В дальнейшем больным каждые три месяца определяли уровень ПСА и объем предстательной железы.

Результаты и обсуждение. До начала лечения все пациенты имели ПСА выше нормы. Средний показатель ПСА в первой группе ровнялся 96,4нг/мл, во второй группе 98,6 нг/мл.

После начала лечения в обеих группах имело место снижение уровня ПСА, но во второй группе отмечалась более резкое снижение через три месяца с последующей постепенной регрессией и стабилизацией показателей. В обеих группах через 6 месяцев отмечалось регрессия среднего показателя ПСА (в первой группе до 3,8 нг/мл, во второй группе до 2,6 нг/мл). Одновременно у больных в обеих группах было отмечено уменьшение объема предстательной железы (в первой группе -29 %, а во второй группе 34,8%). У всех пациентов отмечалось уменьшение симптомов нарушения мочеиспускания. Уменьшение симптомов нарушения мочеиспускания было более выражено во второй группе пациентов. В анализах мочи у этой группы отмечено снижение бактериурии и лейкоцитурии. Мы это связываем с приемом препарата ПростаНорм. Во второй группе через 6 месяцев после лечения статус активности по шкале Карновского изменился в положительную сторону. У пациентов, получавших при интермиттирующем лечении Простадоз, более медленно повышался уровень ПСА после прекращения лечения.

Выводы. Таким образом, данный подход к лечению местнораспространенными формами рака предстательной железы позволяет улучшить результаты гормональной терапии, оказывая положительное влияние на клиническую симптоматику и лабораторные показатели (более медленно повышался уровень ПСА при интермиттирующем лечении) при отсутствии серьезных побочных эффектов.

Влияние различных способов гемостаза при обработке сосудисто-нервных пучков в ходе нервосберегающей внебрюшинной эндовидеохирургической радикальной простатэктомии на копулятивную функцию

Попов С.В., Орлов И.Н., Вязовцев П.В., Сушина И.В., Гулько А.М., Гринь Е.А., Борисенков М.Б, Агапова Е.А.

Целью исследования явилось сравнение различных способов гемостаза при обработке сосудисто-нервных пучков (СНП) в ходе эндовидеохирургической внебрюшинной радикальной простатэктомии отношении риска развития эректильной дисфункции.

Материалы и методы. С 2009 по 2013 год в проспективное исследование было включено 35 пациентов, перенесших нервосберегающую эндовидеохирургическую внебрюшинную радикальную простатэктомию (ЭВРПЭ) по поводу локализованной формы рака предстательной железы. Средний возраст больных составил $62,2 \pm 4,3$ года (от 54 лет до 69 лет). Медиана объема предстательной железы по данным УЗИ составила 39 см^3 (интерквартильный размах [32; 56]). Медиана уровня общего ПСА крови составила 11,1 нг/мл (интерквартильный размах [8,1; 17,4]). До операции все пациенты отмечали сохраненную эректильную функцию.

Пациенты, принимающие участие в исследовании были разделены на три группы в зависимости от способа гемостаза при обработке СНП в ходе ЭВХРП: I группа – использование титановых клипс (n=12); II группа – применение биполярной коагуляции (n=12); III группа – использование ультразвукового диссектора (n=11). Эректильная функция оценивалась в 2 контрольных точках: до оперативного вмешательства и через 12 месяцев после оперативного лечения.

Результаты. Была изучена частота восстановления эрекции, достаточной для совершения полового акта спустя год после операции.

Доля пациентов, полностью удерживающих мочу, была сравнимой в трех исследуемых группах, где выполнялась нервосберегающая ЭВХРП, и уже на первые сутки после удаления катетера составила 41,7–50% пациентов.

Результаты анализа наших данных демонстрируют, что доля пациентов, имеющих эрекцию, была достоверно выше в группе I, где для гемостаза использовали ТК ($p < 0,05$, U-тест). В данной когорте спустя 12 месяцев после оперативного лечения эректильная функция сохранилась у 66,7% пациентов. В группе II значение данного показателя не превышало 40%. При использовании метода ультразвуковой диссекции наличие эрекции достаточной для проведения полового акта отметили 37,5% пациентов. Различий в отношении этого показателя среди лиц группы II и III (БК и УЗД) выявлено не было ($p > 0,05$, U-тест).

Заключение. Представленные результаты сравнительного анализа различных способов гемостаза при обработке сосудисто-нервных пучков в ходе эндовидеохирургической радикальной простатэктомии демонстрируют следующее, что с использованием титановых клипс при обработке сосудисто-нервного пучка позволяет минимизировать риск развития эректильной дисфункции в отдаленном послеоперационном периоде.

Лапароскопическая тазовая лимфаденэктомия с использованием ICG – диагностики у пациентов с раком предстательной железы

Попов С.В., Орлов И.Н., Малевич С.М., Вязовцев П.В., Сушина И.В., Гринь Е.А., Спиридонов Н.Ю.

Цель исследования – изучение возможности флуоресцентной визуализации при лапароскопической радикальной простатэктомии с использованием индоцианина зеленого (ICG-диагностика) во время тазовой лимфаденэктомии у пациентов с раком предстательной железы.

Материалы и методы: Интрапростатическое трансперинеальное введение индоцианина зеленого, проводилось под трансректальным ультразвуковым контролем, непосредственно перед операцией. Далее проводилась оценка флуоресценции и идентификация «сигнальных» лимфатических узлов. Удаление всех подтвержденных лимфатических узлов, а также лапароскопическая радикальная простатэктомия, были выполнены всем пациентам.

Результаты: В нашей клинике в течение 2 лет, выполнено 167 лапароскопических простатэктомий с лимфаденэктомией. Среди них 42 пациента, было прооперировано с использованием ICG-диагностики. Средний возраст составил 63,55 года, средний уровень простатического специфического антигена до операции 8,6нг/мл. Среднее количество, выявленных лимфатических узлов при окраске индоцианином составило 8 (3-20). Среднее количество узлов, удаленных во время расширенной лимфодиссекции, составило 26. При интраоперационном исследовании в 10 случаях, выявлены метастазы в «сигнальном» лимфатическом узле, в остальных метастазы отсутствовали. Всего было удалено 920 узлов, а 303 из них, были окрашены индоцианином. При послеоперационном исследовании выявлено 82 метастатических узла, из которых 60% окрашены индоцианином зеленым. Осложнения ТЛАЭ включали лимфоцеле у 2 больных, длительное сохранение отделяемого по дренажам у 6. Побочных реакций при применений индоцианина, выявлено не было.

Выводы: Инициальный опыт нашей клиники, показывает, что интраоперационная флуоресцентная визуализация с использованием индоцианина зеленого во время лапароскопической простатэктомии, имеет высокую чувствительность для оценки регионарного метастазирования и идентификации «сигнального» лимфатического узла. Данная методика технически осуществима, безопасна и проста в применении, что позволяет снизить количество осложнений при выполнении лимфаденэктомии.

Эффективность фотодинамической терапии в лечении мышечно-неинвазивного рака мочевого пузыря

Скакунов М.С., Нестеров П.В., Ухарский А.В, Гурин Э.В.

ГБУЗ Ярославской области «Клиническая онкологическая больница»

Введение: Рак мочевого пузыря (РМП) занимает 11-е место по распространенности среди всех злокачественных опухолей. Примерно у 75% пациентов РМП диагностируется в стадиях карциномы *in situ*, Tа и T1. «Золотым стандартом» хирургического лечения мышечно-неинвазивного рака мочевого пузыря (МНИРМП) остается трансуретральная резекция (ТУР). При этом частота рецидивов опухоли после ТУР доходит до 50 % в течении года после операции. В этой связи актуален поиск методов дополняющих ТУР увеличивающих эффективность хирургического лечения РМП.

Цель: оценить эффективность фотодинамической терапии (ФДТ) в лечении мышечно-неинвазивного рака мочевого пузыря.

Материалы и методы. В исследование включено 70 пациентов с диагнозом МНИРМП, проходивших лечение на базе нашей клиники в период с 2016-18 гг. Пациенты 1-ой группы (n=40) подвергались стандартной ТУР мочевого пузыря с послеоперационной внутривезикулярной химиотерапией Митомидином С (инстиляции 40 мг в 40 мл растворителя 1 раз в неделю №6). Пациентам 2-ой группы (n=30) дополнительно к стандартной выполнялась фотодинамическая терапия (ФДТ) с использованием фотосенсибилизатора Радохлорина. Характеристики используемого излучения: длина волны 662 нм, мощность 1,5 Вт, время экспозиции 20 мин, энергия 400 Дж/см². Средний возраст составил 65,4 ± 11,2 года. Первичная опухоль была у 9 человек 1-ой группы и 14 человек 2-ой группы. Рецидивная опухоль была у 21 и 26 человек 1-ой и 2-ой групп соответственно. Выраженность симптомов нижних мочевых путей (СНМП) оценивалась посредством шкалы IPSS/QoL на 1-е сутки после удаления уретрального катетера, а также на 7-е, 15-е и 30-е сутки после операции.

Результаты: При цистоскопии через 3 месяца в 1-ой группе не было выявлено рецидива опухоли. Во 2-ой группе у 10 (25%) пациентов выявлен рецидив опухоли: у 3-х пациентов с первичной опухолью и 7-ми пациентов с рецидивной опухолью. Через 6 месяцев у двух пациентов (6,7%) 1-ой группы обнаружен рецидив опухоли. При этом у пациентов с первичной опухолью рецидивов не было. Среди пациентов 2-ой группы опухоль обнаружена у 18 (45%) пациентов: у 5 пациентов при первичной опухоли и у 13 пациентов при рецидивной.

Таким образом, у пациентов 1-ой группы количество рецидивов через 6 месяцев после операции было на 38,3% меньше чем у пациентов 2-ой группы. Важно отметить, что за

период наблюдения у пациентов с первичной опухолью подвергнутых ФДТ не отмечено рецидивов заболевания.

Результаты оценки выраженности СНМП представлены в таблице 1.

Таблица 1. Количество баллов по шкале IPSS в исследуемых группах				
	1 СУТКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КАТЕТЕРА	7-Е СУТКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ	15-Е СУТКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ	30-Е СУТКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ
1 группа	19,7±3,3	14,3±2,2	12,1±2,1	10,3±1,9
2 группа	22,4±3,1	20,2±2,9	16,2±2,4	14,8±2,1

Как видно из представленных данных дизурия у пациентов, подвергшихся ФДТ была более выражена во все периоды наблюдения.

Вывод:

Применения ФДТ в комбинации с трансуретральной резекцией при лечении МНИРМП позволяет значительно улучшить онкологические результаты, что характеризуется снижением частоты рецидивов опухоли. Однако данный вид терапии ассоциирован с более выраженными симптомами нижних мочевых путей, длительно сохраняющимися в послеоперационном периоде.

Частота выявления объемных поражений мочеполовой системы во фтизиоурологическом стационаре

*Тилляшайхов М.Н., Абдурахманов Д.К., Хакимов М.А., Халилов Ш.М.,
Алижонов С.К., Абдикаримов М.Г.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз.*

Большую сложность в дифференциально-диагностическом плане представляет мочеполовой туберкулез (МПТ). МПТ - один из самых частых «мистификаторов» среди заболеваний органов мочевой системы. Клиника этого заболевания весьма полиморфна. Специфическим для нее является лишь обнаружение МБТ в моче. Патогномичных же клинических признаков у туберкулеза почек нет. У многих больных он длительно протекает под маской хронического пиелонефрита, МКБ, цистита, хронического простатита, опухоли почек и другие.

Для дифференциальной диагностики МПТ и объемных образований мочеполовой системы применяется широкий арсенал лучевых методов исследования – УЗИ, КТ, МРТ.

При этом число диагностических ошибок, может достигать от 24 до 91,5% (Грунд В.Д., 1975; Клецев С.Н., 1986; Benchekroun A., et al., 1987.; Y. Gong, et al., 2003).

Нами проведен ретроспективный анализ расхождений диагнозов. За 6 летний период (2007-2012гг.) в урологическую клинику нашего центра поступило 1642 пациентов с направительным диагнозом – мочеполовой туберкулез. Из них у 357 (21,7%) больных туберкулез был исключен. При этом у 47 (2,9%) пациентов выявлена онкопатология мочеполовой сферы (рак почки, мочевого пузыря, предстательной железы и яичка). Диагноз был верифициро-

ван на основании лучевых исследований, эндоскопической картины и гистологического заключения биоптатов и макропрепаратов удаленных органов и тканей.

Таким образом, клинические проявления туберкулеза МПС не имеют специфической картины, и его необходимо дифференцировать с различными заболеваниями, в том числе и с онкоурологической патологией. У 2,9% пациентов поступивших во фтизиоурологическое отделение диагностируются онкологические заболевания мочеполовой системы.

Результаты экстрAPERитонеальной цистэктомии при радикальном хирургическом лечении рака мочевого пузыря

Тияляшайхов М.Н., Парпиева Н.Н., Абдурахмонов Д.К., Халилов Ш.М, Набиев С.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз.

Цель исследования: анализ результатов различных радикальных хирургических вмешательств при лечении инвазивной формы рака мочевого пузыря.

Материалы и методы: Изучены истории болезней 65 больных раком мочевого пузыря в стадии T2-4aIю-1Mo, получивших лечение в отделении урологии ТашГОД и урогенитального туберкулеза РСНПМЦФиП с 2008 по 2013 гг. Средний возраст больных составил 45-75 лет (61±5). Больные, включенные в исследование имели ряд осложнений и сопутствующих заболеваний, которые делали невозможным длительно протекающие травматичные оперативные вмешательства. В связи, с чем включенные в исследование больные подвергнуты оперативному лечению- радикальная цистэктомии с двусторонней уретерокутанеостомией. Контрольную группу (группа I) составили 30 (46,2%) больных, которым радикальная цистэктомия выполнялась лапаротомным доступом. Основную группу составили 35 (53,8%) (группа II) больных, которым цистэктомия выполнена экстрAPERитонеальным доступом - сохраняя целостность брюшины. Из анамнеза 93% из контрольной и 90% из основной имели гематурию, 33,3% и 45,7 % дизурические явления и (рези, никтурию, прерывистое мочеиспускание), 66,6% и 54,3% боли в надлобковой области. 5 (16,6%) больных из I и 6 (17,1%) больных из II основной имели уретерогидронефроз различной степени.

Результаты: Средняя продолжительность операции в I группе составила 2:35± 5мин, во II 2:25±6мин. Послеоперационные осложнения в виде нагноение операционной раны в I составил 3 (10%) больных, во II 2(5,7%), кровотечение в последствие перитонит в I группе составил 3 (10%) больных, во второй нет. Парез кишечника наблюдался у 4(13,3%) в I группе, во II не отмечен. Спаечный процесс в раннем и позднем послеоперационном периоде развился в 1(3,3%) случае в I и ни в одном случае во II. В послеоперационный период среднее время пребывания в стационаре составил в I - 12 дней, во II- 9 дней соответственно.

Выводы: Радикальная цистэктомия внебрюшинным доступом по длительности менее продолжительна относительно цистэктомии лапаротомным доступом. ЭкстрAPERитонеальная радикальная цистэктомия является методом выбора при раке мочевого пузыря с деривацией мочи через уретерокутанеостому. При экстрAPERитонеальном доступе отмечается снижение рисков и осложнений связанных с вмешательствами в брюшной полости.

Оперативная андрология

Наш опыт применения тулиевой контактной литотрипсии в лечении МКБ

Алибеков М.М., Газимагомедов Г.А., Камалов К.Г., Магомедов З.М.

ГКБ-1, ДГМУ, РДЦ. г. Махачкала.

Введение: В арсенале урологов есть множество способов лечения камней мочевыводящих путей. Доказано, что уретероскопическая литотрипсия с помощью Тулиевого лазера является безопасной и эффективной процедурой. У нее есть ряд преимуществ, в частности небольшое количество осложнений и высокий уровень послеоперационной удовлетворенности.

Материалы и методы. В отделении урологии ГКБ-1, методика Тулиевой уретеролитотрипсии применяется с января 2018 года. В отделении для контактной трансуретральной литотрипсии камней мочевого пузыря и мочеточника активно используется отечественный волоконный тулиевый (Tm:fiber) лазер «Уролаз»).

Результаты. В течение года оперированы 118 пациента по поводу МКБ, камни мочеточника различной локализации с использованием трансуретральной хирургии. Все пациенты оценивались по анамнезу, медицинскому обследованию, общему анализу крови (ОАК) и биохимическим показателям, культуральным исследованиям средней порции мочи из мочевого пузыря и неконтрастной компьютерной томографии (НКТ) брюшной полости и таза. Суммарный диаметр камня определялся как сумма максимальных диаметров каждого камня. УС выполняли в положении литотомии под общей или спинальной анестезией. Также были исключены пациенты, которые перенесли УС для удаления коралловидных конкрементов. В случае, когда у пациентов с большой каменной массой выполнялись поэтапные вмешательства, учитывались только клинические данные исходной УС. В тех случаях, когда мы не могли подойти к камню из-за узкого мочеточника при первой УС, учитывались клинические данные второй УС, которая выполнялась после пассивной дилатации. Возраст больных от 18 до 62 лет (средний возраст 32 лет). У 4 пациентов выявлены камни мочевого пузыря, что потребовало проведения одномоментной контактной цистолитотрипсии. Соматические изменения выявлены у 12 больных (гипертоническая болезнь, ПИКС, состояние после АКШ, различные формы аритмий, ЦВБ, сахарный диабет), 2 пациентов получали антикоагулянтную терапию. Лазерная КУЛТ проведена у 53 больным. Объем камня от 5 до 15 мм. Остаточных фрагментов не было возможности изучить ввиду распыления камней. Сроки дренирования мочеточника зависела в зависимости фрагментации и составляла от 1 до 21 дней (в среднем-3,1 дня). Длительность нахождения в стационаре от 2 до 6 дней. Из осложнений можно отметить следующее: 1 случай интраоперационной перфорации мочеточника, что явилось причиной установки мочеточникового стента. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдалась умеренная и незначительная температурная реакция, корригируемая антибиотиками. Переливаний компонентов крови не потребовалось ни в одном случае. У 1 пациентов (?) отмечался остаточный фрагмент, что потребовало повторной уретероскопии. Восстановления пассажа мочи удалось добиться после удаления катетер – стента через 3 недели.

У 2 пациентов наблюдался обструктивный пиелонефрит, предшествующий УС. Этим пациентам потребовалось дренирование верхних мочевых путей методом стентирования мочеточника или чрескожной нефростомии, а так же вводился антибиотик, специфичный

для их микрофлоры. УС выполняли после того, как лечение пиелонефрита было завершено, на основании лабораторных данных и общего состояния пациента. Из поздних послеоперационных наблюдались стриктура уретры у 1 пациента.

Выводы. Использование универсальной лазерной тулиевой системы «Уролаз» позволяет значительно повысить эффективность эндоурологических вмешательств на верхних и нижних мочевыводящих путях и существенно снизить вероятность интраоперационной травмы и послеоперационных осложнений, что способствует повышению качества оказываемой специализированной урологической помощи.

Сравнительные особенности оперативных доступов при фаллопротезировании гидравлическими имплантатами

Ахвледiani Н.Д.^{1,2}, Пушкарь Д.Ю.¹, Берников А.Н.^{1,2}, Рева И.А.², Чернушенко А.С.²

¹Кафедра урологии МГМСУ имени А.И. Евдокимова

²Университетская клиника МГМСУ имени А.И. Евдокимова

Фаллопротезирование составляет последнюю линию лечения тяжелых расстройств эрекции, не поддающихся консервативным лечебным воздействиям. Наполняемые пенильные протезы создают высокое качество жизни и обеспечивают ригидность полового члена, трудноотличимую от естественной. В настоящее время для фаллопротезирования гидравлическими имплантатами применяют 3 разных доступа.

В ретроспективном анализе было учтено 176 операций по имплантации гидравлических фаллопротезов. Мошоночный, подлобковый и завенечный доступы применены в 123 (69,9%), 46 (26,1%) и 7 (4%) наблюдениях, соответственно. Пациентам было рекомендовано возобновление половой активности через 2 месяца с момента вмешательства. Подведены итоги лечения через 6 месяцев после операции.

Об удовлетворенности проведенным лечением сообщили 118 (95,9%), 43 (93,5%) и 7 (100%) пациентов, соответственно подвергнутых фаллопротезированию через мошоночный, подлобковый и завенечный доступы.

Перфорация ножек, потребовавшая slingовой фиксации цилиндров, констатирована в 5 (4%), 1 (2,2%) и 0 (0%) наблюдениях, соответственно. Трудности при традиционной имплантации резервуара, вынудившие к эктопическому его размещению за прямой мышцей живота отмечены в 14 (11,4%), 1(2,2%) и 0 (0%), соответственно. Во всех указанных 15 наблюдениях пациенты имели в анамнезе радикальные операции на органах таза (радикальная простатэктомия или цистэктомия).

Тотальный кавернозный фиброз имел место у 10 (8,3%) пациентов, подвергшихся имплантации через мошоночный доступ. Всем им тоннелизация фиброзно измененных пещеристых тел была осуществлена с применением кавернотомов Uramix до диаметра 11 мм. С учетом этого всем этим больным были имплантированы фаллопротезы с узкими цилиндрами. Подлобковый доступ, ввиду его малоинвазивности, не применялся у пациентов с тотальным кавернозным фиброзом. Вместе с тем, у 3 (42,8%) из 7, больных, подвергнутых операции через завенечный доступ, имели место распространенные фибротические изменения кавер-

нозной ткани. С учетом полного скальпирования ствола полового члена, всем этим больным была применена экскавационная техника иссечения скеротических масс через широкие корпоротомии с применением радиочастотной технологии. Широкая тонелизация фиброзно измененной пещеристой ткани позволила имплантировать фаллопротезы со стандартным диаметром цилиндров и сохранить исходные размеры пениса.

Болезнь Пейрони с видимым искривлением полового члена имела место у 22 (17,9%), 5 (11,6%) и 4 (57,1%), подвергнутых фаллопротезированию через мошоночный, подлобковый и завенечный доступы, соответственно. В первых двух группах выпрямления полового члена достигали с применением техники моделирования Уилсона. При этом остаточное видимое искривление отмечено у 4 (18,2%) из 22 больных, которым применили мошоночный доступ и у 1 (20%) из 5 пациентов, подвергшихся инфрапубикальной имплантации. Всем 4 (100%) пациентам, которым осуществили внедрение фаллопротеза через завенечный доступ реализована безграфтинговая техника корпоропластики с полной коррекцией пенильной ангуляции.

Протезная инфекция, вынудившая к эксплантации, отмечена у 2 (1,6%), 0 (0%) и 0 (0%) пациентов, соответственно.

Таким образом, существующие доступы для имплантации наполняемых фаллопротезов имеют отличительные особенности как в отношении эффективности, так и осложнений. В связи с этим, определение показаний для применения того или иного оперативного доступа является перспективной областью научных исследований.

Отдаленное осложнение корпоропластики буккальным лоскутом

Волков А.А., Будник Н.В., Мустапаев И.Д.

Областной Госпиталь Ветеранов войн, г. Ростов-на-Дону

Фибропластическая индурация полового члена (или болезнь Пейрони) – заболевание, проявляющееся неконтролируемым тканевым фиброзом белочной оболочки полового члена, приводящее к его укорочению за счет искривления и развитию эректильной дисфункции со снижением качества жизни мужчин. При отсутствии эффекта от консервативной терапии единственным методом лечения остается хирургическое вмешательство. Корпоропластика с использованием трансплантата слизистой щеки считается эффективной методикой, которая позволяет достичь выпрямления полового члена практически у 95% пациентов. Основными послеоперационными осложнениями графтинга являются нагноение раны и чувство онемения головки полового члена. Мы наблюдали пациента с отдаленным осложнением оперативного вмешательства.

Больной Ч., 55 лет, госпитализирован в урологическое отделение Ростовского областного госпиталя Ветеранов Войн 01.08.2016, с диагнозом: Болезнь Пейрони, искривление полового члена. Из анамнеза: болен в течение 3 лет, 8 мес. боли при эрекции, в течение года отмечает стабильное искривление полового члена, препятствующее половому акту. При осмотре: болевого синдрома нет, имеется латеральное искривление полового члена, угол искривления 50 градусов, при пальпации определяется бляшки в обоих кавернозных телах, ближе к венечной борозде, имеется сужение по типу «песочных часов». 02.06.2016 выполнено оперативное вмешательство – заместительная корпоропластика полового члена трансплантатом слизи-

стой щęki. Послеоперационный период протекал без особенностей. 10.08.2016 выписан с рекомендациями. Пациент обратился повторно 11.11.2018. с жалобами на выделение гноя из послеоперационного рубца в течение последней недели. При осмотре: на стороне графта по венечной борозде свищевое отверстие, через которое при надавливании в области трансплантируемого лоскута выделяется в небольшом количестве гной. Пациенту выполнена ревизия, источник свища выявлен по латеральной поверхности графта, выполнена его экономная резекция, сищ иссечен. Антисептики, дренирование. На фоне проводимой послеоперационной антибактериальной терапии отмечена положительная динамика. Выздоровление.

Таким образом, у пациентов, перенесших корпоропластику методом графтинга, возможны осложнения в отдаленном периоде.

Простой и эффективный предоперационный способ определения разницы между выпуклой и вогнутой поверхностью пениса при эректильной деформации, а следовательно расстояния уменьшения и увеличения длины полового члена при выполнении укорачивающих и удлиняющих операциях соответственно

Дорошевич Р.В.¹, Доста Н.И.², Босяков С.М.³

¹ООО «ЛОДЭ», урологическое отделение, Минск, Беларусь

²ГУО «БелМАПО», кафедра урологии и нефрологии, Минск, Беларусь

³Белорусский Государственный Университет, кафедра теоретической и прикладной механики, Минск, Беларусь

Введение и цели. При эректильной деформации (ЭД) как врожденной, так и болезни Пейрони имеет место укорочение одной из сторон пениса при эрекции. Разница между длиной выпуклой и вогнутой поверхностью (L) является тем расстоянием, которое пенис «потерял» в результате самого заболевания. Основная задача в лечении ЭД (консервативном и оперативном) направлена на то, чтобы исчезла и пенис стал функционально прямым. Цель: разработка простого и эффективного метода, который бы позволил правильно рассчитать разницу в расстоянии между выпуклой и вогнутой поверхностью эрегированного пениса.

Материалы и методы. Все измерения мы проверили на 47 пациентах с различной степенью простой ЭД (угол искривления или β составил от 220 до 940), а также на искусственно изогнутых 20 цилиндрических и 20 конусовидных объектах (β в обоих случаях составлял от 50 до 1000). β мы измеряли транспортиром, а все расстояния мягкой портняжной линейкой. Для контроля результатов мы проводили измерение длины выпуклой и вогнутой поверхности пениса традиционным способом при помощи мягкой портняжной линейки, а затем уже узнавали разницу между ними -L.

Результаты. Мы разработали простую формулу, используя которую, чтобы узнать достаточно точно всего 2 параметра: β (угол искривления) и длину окружности пениса (L). При этом L прямо пропорционален β и L.

При сравнении полученных результатов разработанного нами метода с традиционным способом измерения статистически значимых различий не получено (t -test; $p > 0,05$). При этом традиционный способ измерения имеет существенный недостаток, так как требует более длительного времени для проведения корректной разметки и измерения, в связи с чем нередко снижается (исчезает) эрекция и требуется повторно индуцировать эрекцию.

Выводы. Разработанный метод позволяет просто, быстро и точно рассчитать, что очень важно знать как при оперативном, так и при консервативном лечении, а также для контроля результатов.

Так, при выполнении укорачивающих операциях хирург и пациент еще до операции узнают на сколько уменьшится длина пениса за счет укорочения выпуклой поверхности пениса. Это позволяет избежать недопонимания и недовольства со стороны пациента после операции, а также дополнительно убедиться в правильности выбора укорачивающей методики. При удлиняющих операциях, знание позволяет заранее спрогнозировать продольный размер биоматериала. Эта информация важна по двум причинам: 1) гарантирует эффективную коррекцию ЭД (снижается вероятность наступления гиперкоррекции или остаточного искривления), 2) помогает хирургу определиться с выбором конкретного вида биоматериала.

Для удобного применения разработанного способа расчета мы создали сайт – <https://CurvUro.com>, на котором любой посетитель легко и просто может узнать разницу между выпуклой и вогнутой поверхностью при ЭД.

Алгоритм действий для выбора тактики лечения при болезни Лейнера

Дорошевич Р.В.¹, Доста Н.И.²

¹ООО «ЛОДЭ», урологическое отделение, Минск, Беларусь

²ГУО «БелМАПО», кафедра урологии и нефрологии, Минск, Беларусь

Цель исследования. Разработать алгоритм действий для выбора тактики лечения болезни Лейнера (БЛ).

Материалы и методы исследования. Для разработки алгоритма действий для выбора тактики лечения мы ретроспективно изучили истории болезни 52 пациентов с БЛ. Также нами была проанализирована специализированная литература, посвященная диагностике и лечению БЛ (руководство Европейской ассоциации урологов, руководство Европейского общества сексуальной медицины, источники сайта PubMed и др.).

Результаты. Нами выделено 4 этапа для выбора тактики лечения БЛ.

1 этап. Оценка заинтересованности пациента в половой жизни и оценка степени искривления полового члена. Мы считаем нецелесообразным проводить оперативное лечение пациентам, которые не заинтересованы в ведении половой жизни: таким пациентам показано консервативное лечение или динамическое наблюдение. Если искривление пениса менее 30°, а также нет сложного искривления в виде «петель» пениса или симптома «песочных часов», то в таких случаях оперативное лечение также не показано. Оперативное лечение (переход ко 2 этапу) показано при соблюдении двух условий: 1) заинтересованности

пациента в половой жизни, 2) искривление пениса более 300 или сложные искривления пениса в виде «петель» или симптома «песочных часов».

2 этап. Оценка твёрдости пениса с или без приёма ингибиторов ФДЭ-5 типа. Если твёрдость пениса при эрекции и половом акте низкая (1-2 балла по ШТЭ), то показана фар-макодоплерография сосудов пениса и решение вопроса о фаллопротезировании с параллельной коррекцией искривления пениса. При адекватной ригидности полового члена (3-4 балла по ШТЭ) показано решение вопроса о хирургическом лечении (переход к 3 этапу).

3 этап. Определение показаний к оперативному лечению. Мы выделяем 2 основных (облигатных) и 3 дополнительных (факультативных) критерия к оперативному лечению БП. Основные критерии: 1) стабильное течение заболевания (минимум 3 месяца, а лучше 6-12 месяцев без боли во время эрекции/секса и наличие стойкой деформации), 2) обширная каль-цинация бляшек (в данном случае оперативное лечение может проводиться даже при неста-бильном течении, поскольку эти бляшки не отвечают на консервативную терапию). Допол-нительные критерии: 1) выраженное затруднение или невозможность участвовать в половом акте из-за искривления пениса 2) неэффективность консервативного лечения в течение 6 ме-сяцев и более, 3) желание пациента получить надежный результат. Для при-нятия положи-тельного решения об оперативном лечении у пациента (переход к 4 этапу) должен быть обя-зательно хотя бы один основной критерий. Если у пациента нет ни одного облигатного кри-терия, то показано консервативное лечение.

4 этап. Выбор метода коррекции искривления пениса. Так пликационные (укорачивающие) операции показаны при соблюдении следующих условий: 1) искривление пениса < 60°, 2) нет дестабилизирующих «песочных часов» или «петель»; 3) длина пениса ≥ 14 см при эрекции или прогнозируемая длина пениса после операции составит не менее 12 см (или бу-дет устраивать пациента). Рассечение или иссечение бляшки с закрытием дефекта белочной оболочки биоматериалом (удлиняющие операции) показано при соблюдении одного и/или двух условий: 1) искривлении > 60°; 2) есть дестабилизирующие «петли» или симптом «пе-сочных часов».

Выводы. Разработанный нами алгоритм действий позволяет стандартизировать и уни-фицировать тактику лечения пациентов с БП, а также даёт возможность врачам одинаково эффективно подходить к решению данной проблемы.

Антеградная реваскуляризация полового члена с ретроперитонеоскопическим забором артерии

Мустафаев А.Т., Мартов А.Г., Сергеев В.П., Володин Д.И., Погосян Р.Р., Кызласов П.С.

МБУ ИНО ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, кафедра урологии и андрологии, заведующий кафедрой д.м.н., профессор Мартов А.Г., г. Москва.

Несмотря на разнообразие методов коррекции эректильной дисфункции, на сегодняшний день единственным методом, удовлетворяющим критерию физиологичности является реваскуляризация полового члена.

Современные методы реваскуляризации полового члена, основанные как на принципе артерио-артериального, так и на принципе артерио-венозного анастомоза, объединяет об-

щий источник дополнительной перфузии - нижняя эпигастральная артерия, которая в силу своих анатомо-физиологических особенностей является идеальным донорским сосудом. Мы представляем новый метод артерио-венозного анастомоза с ретроперитонеоскопическим методом забора артерии. Также новшеством нашего метода является антеградное наложение анастомоза, что также снижает риск развития одного из основных осложнений – тромбоза анастомоза.

Цель исследования: оценить непосредственные результаты реваскуляризации полового члена с ретроперитонеоскопическим забором артерии и наложением антеградного анастомоза между нижней эпигастральной артерией и глубокой дорсальной веной.

Материалы и методы: на базе ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России было прооперировано 10 пациентов с васкулогенной эректильной дисфункцией в период с 2018 по 2019 гг.

По клинико-лабораторным данным и по возрасту больные были однородны (средний возраст у пациентов 32 года (22-35 лет), по данным фармакодоплерометрии у 8 пациентов выявлен исключительно артериальный компонент ЭД, у 2 пациентов – смешанная форма васкулогенной эректильной дисфункции. Операции выполнялась по разработанной нами методике. Ретроперитонеоскопический этап выделения нижней эпигастральной артерии выполнялся одновременно с этапом выделения сосудов на половом члене. Все пациенты в послеоперационном периоде принимали ИФДЭ-5 в малых дозах.

В послеоперационном периоде изучали частоту интра- и послеоперационных осложнений, длительность пребывания больного в стационаре, сроки реабилитации.

Результаты: длительность операции 86,5 (63-110) мин. Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений у исследуемых пациентов зарегистрировано не было, во всех случаях анастомоз функционировал «адекватно», на 1 сутки отмечались спонтанные адекватные эрекции у 7 пациентов, у 3 пациентов на 2 сутки. Пациенты были выписаны в среднем на 5 сутки. Ограничение физических нагрузок, занятий спортом у пациентов – 14 дней. За период наблюдения, у прооперированных пациентов, случаев рецидива ЭД зафиксировано не было.

Вывод: при проведении реваскуляризации предлагаемым нами методом, у пациентов отмечается уменьшение сроков оперативного вмешательства, за счет одновременной работы двух бригад хирургов, снижается срок реабилитации без потери эффективности вмешательства, минимальный косметический дефект. Также за счет антеградного наложения анастомоза, тромбоз анастомоза не был зафиксирован.

Операция Fowler-Stephens при интраабдоминальной форме крипторхизма

Наджимитдинов Я.С., Нуриддинов Х.З.

Ташкентская медицинская академия, кафедра урологии (Узбекистан)

При расположении яичка в брюшной полости нередко не представляется возможным мобилизовать сосуды семенного канатика на достаточном протяжении для низведения яичка в мошонку. Попытка низведения яичка в мошонку после первого вмешательства,

из-за формирования рубцов в операционной ране не всегда бывает удачной, часто хирург вынужден удалить яичко. При «высоком», интраабдоминально расположенном яичке (расстояние от яичка до внутреннего пахового кольца составляет более трех см), была предложена операция, техника которой разработана R.Fowler и F.D.Stephens (1954 год). Однако, после этой операции, имеется риск частичной или полной атрофии яичка, что наблюдается, примерно, в 30% случаев. Целью данного исследования было оценить безопасность и эффективность применения одноэтапной операции при интраабдоминальной форме крипторхизма.

Материалы и методы. За период с 2016 по 2017 год, 67 пациентам в возрасте от 5 до 32 лет, выполнены оперативные вмешательства по поводу крипторхизма (низведение 77 яичек). Как правило, пациенты старшего возраста обращались в клинику по поводу бесплодного брака или из эстетических соображений. Внутрибрюшной тип крипторхизма обнаружен в 28 (42%) случаях. Всем больным выполнено ультразвуковое исследование пахового канала и полости малого таза, однако ни в одном случае, не представлялось возможным достоверно выявить яичко. В связи с этим, для определения места его расположения, пациентам выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и ингвинального канала. Визуализировать яичко, которое было расположено у внутреннего отверстия пахового канала, удалось у 22 (86%) больных.

После небольшого разреза кожи над проекцией внутреннего отверстия пахового канала, рассекали апоневроз наружной косой мышцы живота. При отсутствии в паховом канале яичка, вскрывали брюшину и выполняли ревизию полости малого таза. Обнаруживали яичко и производили максимальную мобилизацию элементов семенного канатика в проксимальном направлении на протяжении 5-6 см. Орхидопексию выполняли в тех случаях, когда яичко удавалось низвести до уровня входа в мошонку, после разделения яичковых сосудов и семявыносящего протока. При недостаточной длине указанных сосудов, что препятствовало низведению яичка до уровня симфиза, выполняли операцию Fowler-Stephens.

Результаты. Без лигирования яичковых сосудов, орхидопексию в мошонке удалось выполнить в 17 (77%) случаях, у всех остальных больных произвели перевязку сосудов семенного канатика. Некроз и нагноение яичка в ближайшем послеоперационном периоде не наблюдались ни в одном случае. Явления орхоэпидидимита были более выражены в группе пациентов подвергшихся операции Fowler-Stephens. Все больные были осмотрены спустя 6 месяцев после вмешательства. Только у двух пациентов, которым было выполнено лигирование сосудов семенного канатика, выявили уменьшение размеров яичка по сравнению с исходным, однако атрофии его не было ни в одном случае.

Заключение. При внутрибрюшном расположении яичка, как правило, удается произвести его одноэтапное низведение и орхидопексию. Если, во время выполнения оперативного вмешательства, мобилизованные сосуды позволяют произвести тракцию яичка до уровня лонного сочленения, создается предпосылка для выполнения орхидопексии в мошонке без лигирования сосудов. В тех случаях, когда выполнить «первичную» орхидопексию не представляется возможным, увеличить мобильность яичка позволяет применение оперативного вмешательства по Fowler-Stephens. При этом, в ходе операции низведения яичка, после лигирования сосудов, следует выполнить не откладывая на второй этап, орхидопексию.

Особенности оперативного вмешательства у детей с гидронефрозом при наличии камней в полостях почки

Нуриддинов Х.З., Наджимитдинов Я.С.

Ташкентская медицинская академия, кафедра урологии, Узбекистан

Оперативное лечение больных с гидронефрозом, вследствие стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС), не вызывает каких либо затруднений. Применение для коррекции стриктуры ЛМС методики предложенной Anderson-Hynes (1949 г.), который является «золотым стандартом» позволяет получить хорошие результаты. Однако наличие конкрементов в полостях почки усложняет лечение больных с гидронефрозом, требует определенных навыков во время оперативного вмешательства и применения различных вспомогательных средств для выявления и удаления камней. Целью данного исследования было оценить результаты коррекции стриктуры ЛМС у пациентов с наличием камней в чашечно-лоханочной системе.

Материалы и методы. За период с 2016 по 2017 годы, по поводу стриктуры ЛМС и гидронефроза выполнено оперативных вмешательств у 45 детей. Из них камни в полости ЧЛС были у 14 (31%) детей. Средний возраст пациентов составил $10,6 \pm 1,7$ лет (от 5 до 15 лет). Всем больным выполняли исследование мочи по Нечипоренко, при наличии бактериурии производили бактериологическое ее исследование; ультрасонографию мочевого тракта; обзорную и внутривенную экскреторную урографию. При наличии множества камней для уточнения их локализации использовали компьютерную томографию («обзорную» и с контрастированием мочевыделительной системы). После оперативного вмешательства выполняли антеградную пиелоуретерографию и нефростомический дренаж удаляли при наличии проходимости созданного анастомоза. Множественные камни были у двух больных, которые располагались в лоханке и чашечках, в остальных случаях был один конкремент. Пиурия была обнаружена у всех больных, однако по данным культурального исследования мочи бактерии обнаружены только в 7 (16%) случаях (E.coli у 6 детей, Klebsiella pneumoniae у одного пациента).

Результаты. Всем больным выполнена резекция лоханки и сформирован уретеропиелоанастомоз по методике Anderson-Hynes. При выполнении оперативного вмешательства отек, значительное утолщение лоханки и инфильтрация окружающих ее тканей была в 55% случаев. Подобное состояние явилось причиной технических трудностей: увеличилось время мобилизации почки, лоханки и мочеточника; было прорезывание швов на лоханке и мочеточнике при создании анастомоза. Во время операции для удаления всех камней прибегли к осмотру полостей почки с помощью гибкого эндоскопа. После операции, учитывая наличие воспаления лоханки и мочеточника, нефростомический дренаж удаляли на 20-22 день после вмешательства (следует указать, что у пациентов без камней нефростомический дренаж удаляли на 7-8 день). Количество удаленных камней было от одного до 365 штук. Однако у трех пациентов не удалось обнаружить во время вмешательства все камни, так как часть из них переместились в группу чашечек верхнего сегмента. Для удаления резидуальных конкрементов в одном случае использовали перкутанную литотомию, в другом случае- прибегли к экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии. Камни из почки отошли по

естественным путем у одного больного, та как калибр анастомоза позволил переместиться камням до одного см. в диаметре.

Заключение. Как правило, при гидронефрозе с наличием конкрементов в полостях почки, пиурия не сопровождается бактериурией. Отек и утолщение стенок лоханки, окружающих тканей создают технические трудности при формировании уретеропиелоанастомоза. При создании широкого анастомоза от мелких конкрементов больной может избавиться без дополнительных вмешательств.

Результаты выполнения одновременной билатеральной мини-перкутанной нефролитотомии в положении на спине.

Панферов А.С.¹, Котов С.В.^{2,3}

¹Медицинский центр «Медассист», ООО «Медассист-К», г. Курск

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

Цель. Проведено проспективное рандомизированное исследование для оценки целесообразности и эффективности выполнения одномоментных билатеральных мини-перкутанных нефролитотомий (ОБ-мини-ПНЛТ) в положении лежа на спине 37 пациентам с двусторонним нефролитиазом (ДН).

Материалы и методы. Все операции выполнены двумя хирургами в отделении эндouroлогии ЗАО Медицинский центр «Авиценна», г. Новосибирск и в Университетской клинике урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова (на базе ГКБ №1 им. Н. И. Пирогова), г. Москва в период с апреля 2016 по июнь 2018 г. Средний возраст пациентов составил 42.08 (18-78) лет, среди них 15 (40,5%) женщин.

Общий размер конкрементов определялся по сумме наибольших поперечных размеров всех конкрементов с каждой стороны и варьировал от 2,8 до 6,3 см. Плотность конкрементов варьировалась от 860,5 до 1630,2 единиц Хаунсфилда. В качестве основного метода визуализации применяли мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) с контрастированием и трехмерным моделированием. Операции выполнялись под общей эндотрахеальной низкочастотной ингаляционной анестезии севораном с внутривенным введением пропофола для индукции. Пациенты размещались на операционном столе в положении лежа на спине, согласно модификации классического положения Valdivia, для обеспечения одновременного ретроградного и антеградного эндоскопического доступа к почке с небольшим уклоном всего тела со стороны операции под углом 15-20°. Фрагментация конкрементов осуществлялась гольмиевым лазером. Двусторонние мочеточниковые J-стенты удалялись на 7 сутки после операции при цистоскопии. Период наблюдения составил 6 месяцев. Качество жизни (КЖ) определялось по опроснику SF-36.

Результаты. Эффективность полного удаления конкрементов составила 89,1 %, средняя продолжительность операции составила 82.76 ± 29.0 мин. Длительность госпитализации - 3.62 ± 1.03 сут., период полной реабилитации – 8.44±1.15сут. Без осложнений прооперировано 29 (78,3%) пациентов. Согласно классификации Clavien, осложнения 1 степени выявлены в 4

(8,1%) случаях, 2 степени - в 3 (16,2%) случаях, 3 А – в 1 (2,7%) случае. При возникновении кровотечения из артериовенозного шунта в экстренном порядке выполнена супер-селективная ангио-эмболизация. Резидуальные конкременты ≤ 3 мм. при МСКТ выявлены у 4 пациентов, в 2 (5,4 %) случаях выполнена повторная мини-ПНЛТ и гибкая уретероскопия. Прирост СКФ в основной группе через 1 месяц после операции составил 6,9 %. Все показатели КЖ по значительно увеличились по сравнению с дооперационными значениями, наиболее лучшие показатели отмечены в суммарных показателях психического здоровья.

Выводы. ОБ-мини-ПНЛТ в положении лежа на спине является эффективным и безопасным методом лечения пациентов с ДН, который не уступает в эффективности в сравнении с поэтапным подходом и не приводит к дополнительным осложнениям, связанным с одномоментным характером процедуры. При выполнении ОБ-мини-ПНЛТ при конкрементах средних размеров значительно сокращается общее время оперативного вмешательства, продолжительность госпитализации и социально-трудовой реабилитации.

Симультанное фаллопротезирование при оперативном лечении заболеваний предстательной железы

Попов С.В.¹, Орлов И.Н.¹, Топузов Т.М.¹, Кызласов П.С.²

¹Санкт-Петербург, СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святого Луки»

²Москва, ФМБЦ им. А.И. Бурназяна

Введение: Эректильная дисфункция и заболевания предстательной железы являются одной из часто встречающихся проблем современной урологии. Одним из основных и частых осложнений радикальной простатэктомии является необратимая эректильная дисфункция, которая зачастую не поддается консервативному лечению. В 1997 г. K. Khoudary и в 2018 г. N. Mondaini произведен анализ пациентов, которым выполнялась радикальная простатэктомия с одномоментным фаллопротезированием, позволившее достичь скорейшей сексуальной реабилитации, а так же сохранить длину полового члена в послеоперационном периоде.

Цель работы: Изучить преимущество одномоментного фаллопротезирования с единовременной коррекцией заболеваний предстательной железы.

Материалы и методы: В исследование включены 8 пациентов проходившие лечение на базе СПб ГБУЗ КБ Святого Луки: 5 с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, 3 с диагностированным раком предстательной железы. У пациентов помимо основного заболевания отмечалась эректильная дисфункция не поддающиеся консервативному лечению.

Результаты: Выполнено 8 симультанных фаллопротезирований – 5 пациентам проводилась эндовидеохирургическая позадилоная аденомэктомия + однокомпонентное фаллопротезирование, у 3 – лапароскопическая радикальная простатэктомия без лимфодиссекции + однокомпонентное фаллопротезирование. Проводилась стандартная антибактериальная терапия. Использовались полуригидные фаллопротезы фирмы Coloplast. Среднее время хирургического вмешательства составило 96 минут. Уретральный катетер после ЭВХ аденомэктомии удалялся через 5 дней, после радикальной простатэктомии на 7 сутки. Выбор однокомпонентных фаллопротезов был осуществлен исходя из того, что у 3-х компонентных

протезов резервуар находится вблизи с анастомозом или ушитой капсулой предстательной железы, вследствие чего повышается риск инфицирования.

Выводы: Симультанное фаллопротезирование позволяет избежать укорочения полового члена, одномоментно хирургическим путем скорректировать обенозологические единицы, уменьшить риск анестезиологического пособия и снизить уровень токсического воздействия анестезиологических препаратов, достичь адекватной психологической адаптации после операции.

Анализ эффективности и безопасности оперативного лечения больных в условиях Стационара Кратковременного Пребывания

Пушкарь Д.Ю., Касян Г.Р., Садченко А.В., Строганов Р.В., Скрупский К.С.

*ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ,
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России*

Цель: Оценить эффективность и безопасность выполнения операций в условиях стационара кратковременного пребывания (СКП), оценить профиль послеоперационных осложнений, а также факторы, оказывающие неблагоприятное влияние на эффективность проводимого лечения.

Материалы и методы: В исследование включены 2267 пациентов, перенесшие плановые оперативные вмешательства с диагнозом гидроцеле, фимоз, кисты придатков яичек, а также варикоцеле, Susp.Bl.Prostatae в период с января 2018 г по декабрь 2018 г включительно. Всем участникам исследования выполнен осмотр в первые сутки после операции, затем на 10-14 сутки после перенесенного оперативного вмешательства.

Результаты: Все операции выполнялись тремя хирургами, имевшими опыт оперативного лечения данной категории больных, средний возраст составил 51,4 лет, 24,1% больных имели в анамнезе сопутствующие хронические патологии (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма и др.). Практически все оперативные вмешательства выполнялись под местной анестезией (использовались наиболее современные препараты). Всем больным в послеоперационном периоде проведен курс антибактериальной и противовоспалительной терапии. Среднее значение послеоперационных осложнений составило менее 1%, что свидетельствовало о высокой эффективности и безопасности выполненных оперативных пособий. Данные пациенты были переведены в круглосуточный стационар для дальнейшего лечения и наблюдения. Количество повторных оперативных вмешательств при рецидиве заболевания (рецидив гидроцеле, повторное иссечение кист придатка яичка, рецидив варикоцеле) составил не более 0,7%.

Выводы: проведенное исследование показало высокую эффективность и безопасность выполняемых оперативных пособий с низким числом послеоперационных осложнений. Оперативное лечение в рамках стационара кратковременного пребывания при наличии опытных хирургов и адекватного обезболивания может быть рекомендовано широкому кругу пациентов, в том числе с сопутствующими хроническими заболеваниями.

Внутреннее стентирование мочеточника как метод выбора при обструкции верхних мочевых путей: выбор в пользу качества жизни пациента

Тилляшайхов М.Н., Абдурахманов Д.К., Хакимов М.А., Алижонов С.К., Халилов Ш.М.

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Фтизиатрии и Пульмонологии МЗ Руз, Ташкент.

Введение: Суправезикальная обструкция, вызванная наличием злокачественного новообразования в брюшной полости или в полости таза на поздней стадии развития представляет собой клинически сложную задачу. Одной из частых причин смерти при злокачественных опухолях шейки матки является развитие почечной недостаточности, вследствие сдавления мочеточников опухолевыми тканями или развития стриктур мочеточников после перенесенной лучевой терапии. По литературным данным частота развития обструкции мочеточников при раке шейки матки составляет 11%. Внутреннее дренирование мочеточниковым стентом верхних мочевых путей рассматривается как один из эффективных способов, позволяющих обеспечить высокое качество жизни (Мартов А.Г 2004.).

Материалы и методы: Нами в отделении урологии РКБ №1 за период 2009-2013год наблюдалось 25 пациенток с двухсторонней обструкцией мочеточников вследствие объемного поражения шейки матки (прорастание опухоли) или лучевой терапии. Средний возраст больных составил $36 \pm 2,7$ лет. Практически у всех пациенток уровень мочевины и креатинина в крови до стентирования значительно превышал нормативные показатели. Двухстороннее стентирование выполнено 11 пациенткам, у которых имелось двухсторонний уретерогидронефроз, одностороннее стентирование выполнено 14 пациенткам. Методика стентирования мочеточников выполнялось под внутривенным наркозом. Стент устанавливалась через уретерореноскоп под рентген контролем для лучшей визуализации места сужения мочеточника. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия.

Результаты: У 11(44%) больных до установки стента наблюдалось III степень ХПН, у остальных пациенток I-IIст ХПН. Интермитирующая стадия ХПН наблюдалось лишь у больных с двухсторонней уретерогидронефрозом III ст. После восстановления пассажа мочи у всех пациенток показатели мочевины и креатинина крови нормализовались. У 19(76%) больных показатели выделительной функции почек нормализовались на 10-12сутки, у 6(24%) больных на 4 неделе. Дизурические явления после стентирования имели место у 18(72%) пациенток, которые были коррегированы приемом тамсулозина в дозе 0,4г в сутки на срок до 1 месяца. Из 25 больных, 13(52%) находятся на программном стентировании в течение двух лет. Замена стентов проводится в плановом порядке через 3-6 месяцев в зависимости от их инкрустации.

Выводы: Стентирование мочеточника является эффективным паллиативным методом коррекции суправезикальной обструкции и нормализации функциональных показателей функции почек.

Учитывая возраст пациенток и их желание вести активную качественную жизнь, несмотря на имеющееся заболевание, стентирование мочеточников является методом выбора, по сравнению с нефростомией.

Органосохраняющие операции при разрыве яичка

Яровой С.К.^{1,2}, Хромов Р.А.²

¹НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ НИИЦ радиологии МЗ РФ

²ГБУЗ ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗ г. Москвы

Актуальность: разрыв яичка является абсолютным показанием к экстренному оперативному вмешательству. Однако выбор конкретной оперативной методики не регламентируется действующими нормативными документами.

Цель исследования: оценить эффективность различных органосохраняющих операций при разрыве яичка.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ лечения 104 пациентов, получавших стационарную помощь по поводу разрыва яичка в рамках работы ургентной андрологической службы по г. Москве за период 2008-2017 гг. Все пациенты перенесли органосохраняющие операции (критерий включения).

Критерии исключения: немеханическая травма яичка, сочетанная травма яичка и других органов.

Результаты. Ушивание травмированного яичка выполнено 35 пациентам (31,8% от общего числа пациентов). Сохранность органа без послеоперационного орхита отмечена у 21 мужчины (60,0% от перенесших ушивание яичка). Посттравматический орхит развился у 8 (22,9%) больных. Из них у 4 (11,4% от перенесших ушивание яичка) достигнуто выздоровление, у 2 (5,7%) – в исходе заболевания развился склероз органа, еще у 2 (5,7%) – в виду прогрессирования гнойно-деструктивного процесса выполнена органосохраняющая операция. Послеоперационный склероз яичка без клинически выраженных эпизодов активности орхита развился у 6 (17,1%) больных.

Резекция яичка выполнена 62 пациентам (56,3% от общего числа пациентов). Гладкое течение послеоперационного периода с сохранностью органа в исходе наблюдалось у 40 (64,5% от перенесших этот вид операции). Инфекционный посттравматический орхит развился у 14 (22,6% от перенесших резекцию яичка). Из них у 5 (8,1%) активная антибактериальная терапия оказалась успешной, орган сохранен; у 4 (6,5%) мужчин в исходе орхита развился склероз яичка, у 5 (8,1%) – низкая эффективность лекарственной терапии привела к необходимости выполнять орхэктомия. Посттравматический склероз яичка без острого орхита развился у 8 (12,9%) больных. Ушивание яичка с пластикой оболочки выполнялось лишь отдельным пациентам (всего 7 операций). Малая выборка затрудняет оценку результатов, но по конечные исходы (благоприятный/неблагоприятный) оказались полностью идентичными по сравнению с группой пациентов, перенесших ушивание яичка без пластики оболочки. По вероятности благоприятного исхода группа пациентов, перенесших резекцию яичка, не имеет статистически значимых отличий по сравнению с группами мужчин, которым выполнялось ушивание травмированного яичка с пластикой оболочек или без нее (72,6% vs 71,4%, $p > 0,05$).

Выводы. Эффективность органосохраняющих операций при разрыве яичка идентична.

Учитывая вполне высокую (>70%) выживаемость травмированного органа, целесообразно всегда начинать с попытки органосохраняющей операции, даже при полном поперечном разрыве органа.

Отдельные вопросы урологии и андрологии

Образ врача-уролога в русскоязычных социальных медиа

Богдан И.В.

Введение. Одним из следствий развития пациентоориентированности в современном здравоохранении является повышенное внимание к мнению пациентов и населения в целом. В том числе сегодня повышенное внимание уделяется имиджу (образу) служб и специалистов.

Методология. С помощью программы IQBuzz была сделана выгрузка из 44760 русскоязычных сообщений за 2017 г. по ключевым словам, связанным с упоминанием специальности «урология» (в подавляющем большинстве это были сообщения с упоминаниями врачей-урологов). Анализ был проведен на случайной выборке из 430 сообщений (доверительный интервал 95%, предельная ошибка выборки не более 4,7%), закодированных соответствующим образом. Был отсеян спам и сообщения ветеринарной тематики.

Результаты и обсуждение. Можно выделить четыре составляющих образа врача-уролога: врач-уролог как пример «врача вообще», в т.ч. при перечислении номенклатуры услуг («осмотр специалистов: терапевта, гинеколога, уролога...»), врач уролог сквозь призму предмета своей специальности (часто это юмористические сообщения), принадлежность к профессии врача-уролога как биографический факт и, наконец, реальный опыт взаимодействия с урологами как специалистами.

Анализ сообщений в социальных медиа с одной стороны, позволяет сделать вывод о востребованности урологических услуг (об этом говорит обилие рекламы препаратов, платных медицинских услуг – основного контекста встречаемости сообщений об урологах). С другой стороны сообщения, в которых упомянут реальный опыт взаимодействия с урологами или урологической службой, встречаются крайне редко, что может говорить как об отсутствии массовых проблем, так и об отсутствии значимых успехов. Практически все сообщения по своему знаку нейтральные.

Основные темы положительных отзывов – квалификация специалиста и отношение к пациенту. Основная тема отрицательных отзывов – организационные проблемы: сложности с получением направлений, попаданием на прием, «развод» на деньги в частных медицинских учреждениях.

За исключением групп пациентов, объединенных одним диагнозом, основной группой населения, упоминающей урологов, являются приверженцы самолечения и натурального лечения. Вторая группа – это посетители женских форумов – молодые мамы или беременные женщины.

Мужчины и женщины участвуют в обсуждении примерно с одинаковой частотой (56% и 44% соответственно, что примерно соответствует распределению населения по полу в России), но сообщения от женщин более резонансны по отклику, что можно связать с тем, что «женские площадки» обычно имеют высокую степень вовлечения в дискуссию.

Что касается материалов/обсуждений, посвященных определенным диагнозам, чаще всего обсуждают онкологию (в первую очередь - почки, мочевой пузырь, предстательная железа), простатит, цистит (чаще обсуждается женщинами), бесплодие. Остальные заболевания либо упоминаются реже ошибки выборки, либо представлены репостами одного и того же сообщения.

В первую очередь, идет обсуждение амбулаторного звена службы, стационары обсуждаются только в контексте государственных учреждений. О частных учреждениях говорят чаще (77%), чем о государственных (23%), и тональность сообщений для частных организаций более позитивна (а количество «лайков» больше).

Основные запросы пациентов к урологической службе (5-8% сообщений): качество лечения и диагностики, отношение специалиста к пациенту и его моральные качества, предоставление всей необходимой информации, доступность помощи (наличие уролога в организации, возможность к нему попасть и платность/бесплатность консультации уролога. Если консультация платная, проблема её дороговизны).

Скрофулодерма половых органов

Волков А.А., Саенко Г.И., Гавриленко И.В.

Областной клинический центр фтизиопульмонологии, г. Ростов-на-Дону

Туберкулезное поражение кожи развивается, как правило, вторично — у лиц, ранее переболевших или болеющих туберкулезом других органов. Экзогенное заражение возможно лишь при массивном инфицировании через поврежденную кожу, когда при нарушении сопротивляемости кожного покрова *Mycobacterium tuberculosis* вызывает специфическое воспаление. *M. tuberculosis* попадает в кожу гематогенным или лимфо-гематогенным путем из легких, лимфатических узлов и других пораженных органов, при диссеминации туберкулезной инфекции и прогрессировании процесса. Скрофулодерма (*tuberculosis cutis colliquativa/scrofuloderma*) — одна из наиболее часто встречающихся форм туберкулеза кожи, характеризующаяся типичной клинической симптоматикой. В конечной стадии своего развития происходит размягчение рядом расположенных слившихся узлов с расширением дефекта кожи за счет изъязвления и формирования свищей. Процесс приобретает серпигинозный характер, наряду с изъязвлением наблюдается образование келоидных, мостообразных и другого вида рубцов. При многолетнем рецидивирующем течении формируются обширные зоны язвенных поражений в сочетании с деформирующим и обезображивающим кожный покров грубым рубцеванием. Мы наблюдали двух пациентов со скрофулодермой половых органов, 44 и 52 лет, с длительностью заболевания 3 и 4 года соответственно. У мужчин было тотальное поражение кожи мошонки, полового члена, внутренней поверхности бедер и надлобковой области, рубцовый фимоз с обструктивным мочеиспусканием. Обоим больным выполнено вскрытие и (или) иссечение абсцессов, резекция пораженных тканей, циркумцизия. Послеоперационный период протекал на фоне массивной антибактериальной терапии, с проведением некрэктомий и заживлением вторичным натяжением. Больные в целом были удовлетворены косметическим и функциональным результатом. В дальнейшем перспективным может считаться расширенное вмешательство в объеме двусторонней паховой поверхностной лимфаденэктомии и удалении кожи мошонки и полового члена с замещением кожными аутотрансплантатами.

Малоинвазивная трансуретральная хирургия у пациентов геронтологического профиля

Волков А.А., Будник Н.В., Мустапаев И.Д.

Областной Госпиталь Ветеранов войн, г. Ростов-на-Дону

Цель. Улучшение качества жизни (КЖ) пациентов с ДГПЖ и раком простаты (РПЖ) старше 75 лет, имеющих высокую степень анестезиологического риска.

Материалы и методы. В исследование включены 56 пациентов с ДГПЖ (32 человека), и с ДГПЖ больших размеров и сопутствующим РПЖ (24 человека) старше 75 лет и тяжелой сопутствующей патологией. У 22 (43 %) больных был цистостомический дренаж. Стандартное хирургическое лечение у пациентов имело крайне высокий риск. Средний объем простаты (ПЖ) по данным ТРУЗИ составил 75,7 + 5,1 см. куб., ПСА – 2,93 + 0,56. У тех пациентов, которые имели самостоятельное мочеиспускание: I-PSS – 21,3 + 1,6 баллов, QoL – 4,3 + 0,3 балла, максимальная скорость мочеиспускания (Q max) – 7,7 + 1,5 мл/сек, средняя скорость мочеиспускания (Q сред.) 3,3 + 0,7 мл/сек, объем остаточной мочи (V res) – 185,6 + 20,5 мл. Пациенты принимали не менее 3 месяцев ингибитор 5- α -редуктазы дутастерид, при РПЖ проводилась лекарственная терапия заболевания, после чего выполнялась биполярная ТУР ПЖ под субарахноидальной анестезией, которая имела минимальное системное влияние на организм пациента. Трансуретрально выполнялось формирование канала в ПЖ петлей биполярного резектоскопа начиная с шейки мочевого пузыря на 12 часов условного циферблата глубиной до 3 мм, с последующим расширением его в пределах от 11 до 1 часа, формирование канала завершалось резекцией боковых долей ПЖ на 5 и 7 часов толщиной до 5 мм, от шейки мочевого пузыря до семенного бугорка. Операция длилась в среднем 9 минут, отсутствовала значимая кровопотеря, мочевой пузырь дренировался в течение суток. Затем пациенты вновь возобновляли прием дутастерида.

Результаты. При контрольном посещении через 3 месяца: у всех мужчин имеется самостоятельное мочеиспускание, I-PSS – 12,6 + 1,0 баллов, QoL – 1,9 + 0,2 балла, Q max – 17,4 + 1,9 мл/сек, Q сред. – 9,7 + 1,2 мл/сек, V res – 50,3 + 6,3 мл. В течение года 4 пациентам понадобилось повторное вмешательство. Пациенты продолжают прием дутастерида.

Таким образом, данный способ комбинированного лечения заболеваний ПЖ обеспечивает улучшение КЖ, избавляет от постоянного цистостомического дренажа, практически не имеет осложнений и возможен у больных старческого возраста (старше 75 лет) с большими размерами ПЖ и выраженной сопутствующей патологией.

Особенности анестезиологического обеспечения у больных старческого возраста при малоинвазивных урологических операциях

Гуц В.В., Будник Н.В., Волков А.А.

Областной Госпиталь Ветеранов войн, г. Ростов-на-Дону

Целью данной работы является анализ особенностей предоперационной подготовки и анестезиологического пособия у больных с выраженной сопутствующей патологией старче-

ского возраста, оперированных по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ).

Материалы и методы. На базе урологического отделения ГБУ РО ГВВ в период с 2015 по 2018 год было выполнено 36 малоинвазивных трансуретральных резекций (ТУР) предстательной железы (ПЖ) у пациентов, средний возраст которых составлял $74 + 2.4$ г. Все пациенты имели ту или иную выраженную сопутствующую патологию – ИБС, гипертоническая болезнь 2 – 3 ст., риск 4; нарушения ритма сердца по типу разных форм мерцательной аритмии, желудочковые и наджелудочковые экстрасистолии, сахарный диабет, ожирение 2-3 степени.

Результаты. Интраоперационный период для этих пациентов можно разделить на 2 этапа. Первый этап – индукция анестезии и второй этап – непосредственно само оперативное вмешательство. На каждом из этих этапов могут возникнуть опасные для жизни осложнения. Поэтому требуется четкая организация проведения наблюдения за пациентом, часто необходима предоперационная подготовка совместно с кардиологами и эндокринологами, обязательный интраоперационный кардиомониторинг на всех этапах операции, что позволяет максимально быстро оценить изменения, происходящие с пациентом. Предоперационная подготовка в целом заключается в коррекции метаболических нарушений и лечении сопутствующих заболеваний, создание психологического и физического комфорта с помощью транквилизаторов, а также профилактике стресс-язв.

Интраоперационно выполняется спинномозговая анестезия + в\в седация. Наилучшие результаты получены при применении маркаин-спинал хеви в дозе 12,5 - 15 мг в сочетании с в\в седацией пропофолом 2 мг\кг час. Чтобы предупредить развитие гиповолемии, мы используем на начальных этапах анестезии введение водно-солевых растворов в количестве 1500 мл до начала оперативного вмешательства, в дальнейшем продолжается внутривенная инфузия нормофундина в дозе около 40 мл\кг, что позволяет обеспечить на должном уровне гемодинамические показатели для этой категории больных. В раннем послеоперационном периоде эти больные нуждаются в постоянном интенсивном наблюдении и рациональной инфузионной терапии в связи с наличием у них достаточно выраженной сопутствующей патологией

Выводы. Таким образом, применение предложенной схемы анестезиологического пособия и предоперационной подготовки является наиболее эффективной и безопасной для данной категории больных

О программе "Урологическое здоровье мужчины" в Свердловской области.

Журавлев В.Н., Баженов И.В., Зырянов А.В., Борзунов И.В., Макарян А.А., Авдеева Е.М.

Программа "Урологическое здоровье мужчины" функционирует на территории Свердловской области с 2003 года, в основе которой было выявление больных раком предстательной железы (РПЖ) в ранних стадиях. С 2015 г. программа расширена и получила название «Здоровье уральцев». Целью данной программы стало повышение качества жизни и репродуктивной способности мужского населения Свердловской области за счет ранней диагностики и своевременного лечения уроонкологических и уроандрологических заболеваний.

В настоящее время программа выполняет обследование мужского населения Свердловской области в двух возрастных группах: 18-44 и 45-75 лет для раннего выявления уроандрологических и онкоурологических заболеваний.

Алгоритм обследования включает следующие этапы:

1. Анкетирование мужского населения;
2. Выявление группы риска по урологическим заболеваниям;
3. Прохождение обследования в экспресс-диагностических урологических кабинетах (ЭДУК);
4. Лечение в условиях урологического стационара межмуниципальных медицинских центров (ММЦ), ГБУЗ "СОКБ №1", ГБУЗ СО "СООД".

Унифицированная анкета-опросник имеет 3 раздела: «Эректильная дисфункция»; «Репродуктивное здоровье»; «Нарушение мочеиспускания». После заполнения каждой анкеты, определяется степень (высокая, средняя и низкая) выраженности жалоб с последующим определением "группы риска".

Стандарт обследования в условиях ЭДУК включает: УЗИ почек и мочевого пузыря; ТРУЗИ предстательной железы; определение уровня PSA и тестостерона; урофлоуметрию; спермограмму; по показаниям выполняются: цистоскопия и биопсия предстательной железы в условиях ММЦ.

За 2016-2018гг. в рамках реализации подпрограммы "Урологическое здоровье мужчины", являющейся крупнейшим социально-эпидемиологическим исследованием заполнено 1 664 463 унифицированных анкет-опросников. Группа риска составила 89 050 мужчин (5,35%) по результатам анкетирования. В условиях ЭДУК за отчетный период было обследовано 30 751 (35,5% от группы риска) мужчин. Было выявлено 28 346 заболеваний: доброкачественная гиперплазия предстательной железы диагностирована в 15 674 случаев (у 53,4% больных в группе 45 и более лет); воспалительные заболевания органов мочевыводящей системы – 7 897 случаев (26,9 % обследуемых); онкоурологические заболевания выявлены у 1 232 мужчин: РПЖ – 865 случаев (3,4%); рак почки – 107 случаев (0,6%); рак мочевого пузыря – 208 случая (0,8%); рак яичка – 7 случаев (0,02%). Социально-значимые заболевания, такие как эректильная дисфункция и мужское бесплодие наблюдались у 902 пациента (3,2%) и 1616 мужчин (5,7%) соответственно.

Пациенты с выявленными в ЭДУК заболеваниями мочеполовых органов для лечения и активного наблюдения направлялись: к урологу по месту жительства (21,7%); в урологические стационары межмуниципальных медицинских центров Свердловской области (4,3%); в урологические отделения ГБУЗ СО "СОКБ №1" (4,9%) и ГБУЗ СО "СООД" (2,1%). Остальные пациенты вошли в группу активного наблюдения (67%) с повторным осмотром в условиях ЭДУК через 1 год. Дальнейшая реализация программы "Урологическое здоровье мужчины" предполагает: обязательное обследование на наличие рака предстательной железы у мужчин-родственников первой линии, выявленных больных по данному заболеванию; повторное анкетирование а так же реализация медиа-плана с целью освещения среди мужского населения об актуальности раннего выявления заболеваний.

Клинический случай истинного гермафродитизма с мужским фенотипом

Кочеров А.А.¹, Кочерова Е.В.², Кузнецов А.В.¹, Ларичев И.В.¹, Попова А.Ю.¹

¹НУЗ ДКБ на ст. Воронеж-1

²БУЗ ВОКБ № 1

Истинный гермафродитизм, встречается крайне редко, в медицинской практике зарегистрировано около 200 случаев. В клинику обратился пациент Г. 81 г. с жалобами на наличие объемного

образования в правой половине мошонки в течение 2 лет. Из анамнеза известно, что в 18 лет перенес операцию по поводу пахово-мошоночной грыжи слева, 5 лет назад аденоэктомию. Правое яичко в мошонке никогда не определял. В браке детей не было. Объективно: рост 174 см., ИМТ 29,6. Оволосение по мужскому типу. Наружные половые органы соответствуют мужскому фенотипу. Длина полового члена 14 см. уретра открывается типично. Правая половина мошонки 4*3 см. левая 8*6 см. В левой половине пальпируется плотное безболезненное образование 6*6 см. По данным УЗИ в левой половине мошонки тканевое образование 5*6 см. с кровотоком на периферии и два образования средней эхогенности диаметром 2 и 3 см. По КТ признаки объемного образования левой половины мошонки с нечеткой связью с левым семенным пузырьком. ФСГ 33,32 мМЕ/мл., ЛГ 28,09 мМЕ/мл., ХГЧ 1,48 мМЕ/мл., AFP 1,67 мМЕ/мл., тестостерон 0,03 нг/мл., пролактин 140,5 мМЕ/мл., эстрадиол 11,29 пкг/мл., прогестерон 0,27 нм/л. В ходе операции, при рассечении тканей левой половины мошонки, яичко не обнаружено. В мошонке выявлена двурогая матка 6*5 см. с шейкой 4,5 см. В типичном месте отходят тяжи, напоминающие маточные трубы. Ниже в широкой связке матки два овоидных образования идентично расположению яичников 4*1,8*1,5 см. и 3,5*1,8*1,5 см. параллельно тяжам с одной стороны расположена гребневидная складка 7*3 см толщиной 0,5 см. с другой стороны 5*3 см., толщиной 0,8 см. Произведена экстирпация матки с придатками с пластика пахового канала по Лихтенштейну. Гистологическое исследование: железы эндометрия редко расположены, мелкие округлой формы или кистозно расширенные, без признаков активности. Строма эндометрия с малым количеством клеток. Миометрий с развитием рыхлой соединительной ткани. Гладкие мышцы миометрия хорошо развиты. Влагищная поверхность шейки матки отсутствует. На поперечных срезах тяжей в типичном расположении маточных труб определяется ткань семенных протоков с крайне узкими просветами. Овоидные образования в широкой связке имеют строение гипогонадных яичек - с аплазией сперматогенного эпителия, гиалинозом семенных канальцев, очаговой гиперплазией интерстициальных клеток Лейдига с одной стороны и отсутствием данных клеток с другой. Заключение: истинный гермафродитизм, мужской фенотип.

Использование различных отделов кишечника в аугментации мочевого пузыря во фтизиоурологической практике

Тилляшайхов М.Н., Абдурахманов Д.К., Хакимов М.А., Халилов Ш.М., Алижонов С.К.

*Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр
Фтизиатрии И Пульмонологии МЗ Руз, Ташкент*

В клинической медицине длительное и тяжелое течение ряда заболеваний может привести к вовлечению в патологический процесс двух или более органов пораженной системы. В урологической практике к таким заболеваниям относятся уротелиальный рак, туберкулез мочеполовой системы, интерстициальный цистит, нейрогенный МП и др. Сочетанное поражение одной или обеих почек, мочеточников, МП, простаты и уретры, является характерной особенностью их течения. Такая обширность поражения требует принятия нестандартных решений и выполнение расширенных хирургических вмешательств.

Цель исследования. Изучить эффективность использования различных отделов кишечника при аугментации мочевого пузыря по поводу туберкулезного микроцистиса.

Материалы и методы. В данной работе приведены результаты аугментации мочевого пузыря различными отделами кишечника проведенных в урологическом отделении РС-НПМЦФип МЗ РУз.

Мы располагаем опытом аугментационной цистопластики у 11 пациентов, которые были выполнены за период 2009-2013гг. Женщин было 7, мужчин - 4. При этом кишечная пластика мочеточника и мочевого пузыря проведена у 3 пациентов. Одновременная нефроуретероцистэктомия выполнена 1 больному. 4 пациентов были с единственной почкой, при этом у 2 из них была нефростома, одного – уретерокутанеостомы и одного цистостома. У всех пациентов кишечная пластика МП проведена по поводу туберкулеза мочеполовой сферы.

У 7 пациентов выполнена сигмоцистопластика, у 2 - илеоцистопластика с илеоуретеропластикой, у 1- билатеральная илеоуретеро- и илеоцистопластика участком кишки 70 см, у 1 – самокатетеризируемый искусственный мочевого резервуар из участка восходящего отдела толстого кишечника по Митрофанову.

Результаты. Осложнения в послеоперационном периоде имели место у трех пациентов. У одной больной в раннем послеоперационном периоде развилась острая стрессовая язва двенадцатиперстной кишки с кровотечением, ликвидированное консервативными мероприятиями, у одного на вторые сутки развился метаболитический ацидоз, ОПН, ликвидирован консервативными мероприятиями, у другого – послеоперационный период осложнился несостоятельностью кишечно-кишечного анастомоза, некрозом трансплантата и перитонитом, которые были ликвидированы также консервативными мероприятиями. При этом больной остался с уретерокутанеостомой пожизненно. Летальных исходов не было.

В течение года после операции умерло двое больных, которым была выполнена илеоцистопластика, вследствие прогрессирования метаболитического ацидоза и ХПН. Остальные живы и находятся под диспансерным наблюдением.

Заключение: Наши данные свидетельствуют о возможности выполнения расширенной операции при вовлечении в патологический процесс почки, мочеточника и МП. Метаболические нарушения после замещения мочевыводящих путей сегментом подвздошной кишки зависят от длины аутоотрансплантата (площади поверхности всасывания). Наиболее оптимальным аутоотрансплантатом при кишечной пластике МП по поводу туберкулезного микроцистита, без поражения мочеточников, является сигмовидный отдел толстого кишечника.

Частота выявления онкозаболеваний мочеполовой системы во фтизиоурологическом стационаре

Тилляшайхов М.Н., Абдурахмонов Д.К., Халилов Ш.М., Алижонов С.К., Салимов О.А.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз*

Большую сложность в дифференциально-диагностическом плане представляет мочеполовой туберкулез (МПТ). МПТ – один из самых частых «мистификаторов» среди заболеваний органов мочевой системы. Клиника этого заболевания весьма полиморфна. Специфиче-

ским для нее является лишь обнаружение МБТ в моче. Патогномичных же клинических признаков у туберкулеза почек нет. У многих больных он длительно протекает под маской хронического пиелонефрита, МКБ, цистита, хронического простатита, опухоли почек и другие.

Для дифференциальной диагностики МПТ и объемных образований мочеполовой системы применяется широкий арсенал лучевых методов исследования – УЗИ, КТ, МРТ.

При этом число диагностических ошибок, может достигать от 24 до 91,5% (Грунд В.Д., 1975; Клещев С.Н., 1986; Benchekroun A., et al., 1987.; Y. Gong, et al, 2003).

Нами проведен ретроспективный анализ расхождений диагнозов. За 7 летний период (2007–2013гг.) в урологическую клинику нашего центра поступило 1962 пациентов с направительным диагнозом – мочеполовой туберкулез. Из них у 421 (21,5%) больных туберкулез был исключен. При этом у 76 (3,8%) пациентов выявлена онкопатология мочеполовой сферы (рак почки, мочевого пузыря, предстательной железы и яичка). Диагноз был верифицирован на основании лучевых исследований, эндоскопической картины и гистологического заключения биоптатов и макропрепаратов удаленных органов и тканей.

Таким образом, клинические проявления туберкулеза МПС не имеют специфической картины, и его необходимо дифференцировать с различными заболеваниями, в том числе и с онкоурологической патологией. У 3,8% пациентов поступивших во фтизиоурологическое отделение диагностируются онкологические заболевания мочеполовой системы.

Актуальные вопросы гериатрической урологии и клиническая эффективность пептидных геропротекторов

Хавинсон В.Х.², Горбачев А.Г.¹, Боровец С.Ю.¹, Михайлова О.Н.², Аль-Шукри С.Х.¹

¹Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург

²СПбГМУ им. И.П. Павлова, кафедра урологии с курсом урологии с клиникой, Санкт-Петербург

Распоряжение Правительства РФ от февраля 2016 г. «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» предусматривает создание системы гериатрической помощи (ГП) в РФ. Во исполнение «Стратегии» приняты решения Президиума Госсовета России 5.08.2016 г., которые соответствуют положениям «Мадридского международного плана действий по старению», принятого на II Ассамблее ООН (2002 г.) относительно необходимости действий в интересах лиц СВГ с целью стимулирования их долголетия, улучшения качества жизни и активного участия в жизни общества, развития геронтологической службы. В докладе ООН (2015) говорится о том, что с 2015 по 2030 г. численность лиц в возрасте 60 лет и старше увеличится с 901 млн до 1,4 млрд человек, т.е. на 56 %, и при этом превысит общую численность детей. В России наблюдается выраженное увеличение численности лиц старших возрастных групп (СВГ) на фоне относительного сокращения численности лиц трудоспособного возраста и невысокой рождаемости. Число лиц СВГ в 2015 г. превысило 33 млн человек, а к 2025 г. ожидается увеличение этого показателя еще на 5–10%. По отдельным районам Северо-Западного Федерального округа доля лиц СВГ колеблется в пределах 20–35 %.

Увеличение численности СВГ требует увеличения бюджета для оказания различных видов социальной и медицинской помощи. Важно отметить высокую частоту хронических болезней у лиц СВГ при наличии у каждого пациента не менее 4–5 конкурирующих неинфекционных болезней внутренних органов. Это имеет непосредственное отношение к урологическим болезням СВГ, страдающим аденомой и раком предстательной железы, злокачественными новообразованиями почки и мочевого пузыря, мочекаменной болезнью, пиелонефритом и др. Занятость коек в больничных отделениях может увеличиться в 3–4 раза. Существующая система здравоохранения и социальной защиты населения России не может обеспечить снижение количества и длительности экстренной госпитализации лиц СВГ, что вызывает продолжение роста расходов на специализированную медицинскую помощь контингенту.

Для оптимизации качества предоставляемых лицам СВГ медицинских и социальных услуг необходимо создание нормативно-правовой базы по проблеме, в частности, создание специализированных учреждений и подразделений на региональном уровне и внедрение в повседневную практику современных геронотехнологий. Следует отметить значимую роль в этом направлении пептидных биорегуляторов. Пептидные лекарственные препараты тималин, тимоген, эпиталамин, кортексин, простатилен (сампрост, витапрост), ретиналамин широко применяются в клинической практике. Они разрешены Минздравом СССР и РФ к медицинскому применению и внесены в Государственную Фармакопею. Все они повышают качество жизни больных. Благодаря экспериментальным и клиническим исследованиям установлено свойство некоторых из них (тималин, тимоген, эпиталамин) тормозить возникновение и развитие злокачественных новообразований, препятствовать преждевременному старению и увеличивать продолжительность жизни. У 15 млн. человек, получавших пептидные биорегуляторы, не зарегистрировано ни одного побочного эффекта. Наш собственный клинический опыт указывает на высокую эффективность пептидных биорегуляторов при лечении больных, страдающих хроническим простатитом, аденомой предстательной железы, пиелонефритом, циститом, а также для коррекции эректильной дисфункции у мужчин старших возрастных групп.

Клинико-эхографические особенности туберкулеза предстательной железы

Хакимов М.А., Абдурахмонов Д.К., Халилов Ш.М.

*Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский
Центр Фтизиатрии и Пульмонологии, Ташкент, Узбекистан.*

Своевременное выявление туберкулеза предстательной железы, с проведением дифференциальной диагностики в условиях противотуберкулезных учреждений с использованием диагностической базы, современных возможностей микробиологических, эхографических, морфологических методов позволит достигнуть излечения и полной социально-трудовой реабилитации больных. Поздняя диагностика заболевания ведет к стойкой инвалидности больных.

Цель работы. Изучить значение клинико-эхографических исследований в раннем выявлении туберкулеза предстательной железы.

Материал и методы исследования. В клинике РСНПМЦФП МЗ РУз. были комплексному клинико-эхографическому обследованию подвергнуты 64 больных различными формами

туберкулеза предстательной железы. Возраст больных туберкулезом предстательной железы колебался от 17 до 68 лет. У 24 (37,5%) пациентов в анамнезе отмечен перенесенный туберкулез, из них туберкулез легких был у 25 больных, туберкулез почек – у 13, туберкулез костей и суставов – у 6, туберкулез периферических лимфатических узлов – у 3. При поступлении в нашу клинику основными жалобами больных были боли в надлобковой области, затрудненное и болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. В моче более выражены были лейкоцитурия (78,0%), гематурия (46%) и туберкулезная микобактериурия (26,5%). При эхографии были выявлены неоднородная эхоструктура предстательной железы в 89,2% случаев, очаговые изменения в паренхиме предстательной железы – в 82,8%, диффузные – в 17,2% случаев. При туберкулезном простатите четкие эхографические признаки заболевания встречались в 83,3% случаев. Рентгенологические четкие признаки туберкулеза простаты в этих группах больных не выявлены. При биопсии 6 пациентов туберкулеза предстательной железы только у 1 больного не выявлен специфический процесс.

Заключение. Четкие признаки туберкулеза предстательной железы установлены на эхограммах в 83,3% случаев. Эхография предстательной железы при туберкулезе обеспечивает получение дополнительной информации о характере и распространенности специфического процесса. Ценность этого метода заключается в возможности многовариантного его использования не только в целях диагностики, но и для контроля в процессе лечения и в послеоперационном периоде.

Клиническое течение туберкулеза почки, осложненного туберкулезным циститом

Хакимов М.А., Абдурахмонов Д.К., Халилов Ш.М., Набиев С.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан, Ташкент.

Поражение мочевого пузыря при туберкулезе почек наблюдается до 45,6%. Раннее выявление туберкулезного цистита при туберкулез мочевой системы, особенно актуальна, из-за профилактики микроцистита.

Цель исследования. Изучить клиническое течение различных форм туберкулеза почек, осложненного развитием туберкулезного цистита.

Материалы и методы исследования. Комплексному обследованию были подвергнуты 344 больных туберкулезом почек, осложненных туберкулезным циститом. Из них выделен 104 больных туберкулезом почек в сочетании с циститом. Использованы лучевые методы обследования (эхография почек и мочевого пузыря, экскреторная урография, компьютерная томография) и клинико – лабораторные обследования с использованием как общеклинических, так и специальных методов исследований. Результаты. Из 344 больных туберкулезом почек у 30,2% отмечены явления цистита. У 70 (20,3%) больных выявлен туберкулезный папиллит, у 61 (17,7%) – кавернозная форма, у 33 (9,6%) – поликавернозная форма, у 46 (13,4%) – фиброзно-кавернозная форма, у 21 (6,1%) – туберкулезный пионефроз, - у 69 (20,1%) – туберкулез единственной почки и у 38 (11,1%) – посттуберкулезный гидронефроз. Наиболее часто туберкулезный цистит сочетался с распространенными формами туберкулеза почек (73,1%). При исследовании мочи больных туберкулезом почек без цистита туберкулезная микобактериурия отмечена у

39,6%. У больных туберкулезом почек в сочетании с циститом туберкулезная микобактериурия имела место в 60,4% случаев. При цистоскопии преобладали эрозивно-язвенные формы туберкулезного цистита (43,3%) и гиперактивный мочевой пузырь (34,6%), реже встречались бугорково-инфильтративная форма (16,3%) и истинное сморщивание мочевого пузыря (5,8%).

Заключение. Различные формы туберкулеза почек в 30,2% случаев сочетается с поражением мочевого пузыря. У больных туберкулезом почек, осложненным туберкулезным циститом преобладают распространенные формы туберкулеза почек. У 73,1% больных туберкулезный цистит – это осложнение распространенных форм туберкулеза почек.

Особенности течения туберкулеза почек у больных старших возрастных групп и с сопутствующими заболеваниями

М.А. Хакимов, Д.К. Абдурахмонов, Ш.М. Халилов, Исматов Б.Н, О.А. Салимов.

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Фтизиатрии и Пульмонологии, Ташкент, Узбекистан.

В Узбекистане туберкулезом нередко заболевают лица пожилого и старческого возраста. По данным А.А. Нерсесян с соавт. (2007г.), большинство впервые выявленных больных (71,43%) туберкулезом почек (ТП) были в возрасте от 41 до 70 лет.

Цель исследования – изучить течение туберкулеза почек у лиц старших возрастных групп и с сопутствующими заболеваниями.

Материал и методы исследования. Были изучены архивные материалы 153 пациентов, страдающих ТП старших возрастных групп в РСНПМЦФип МЗ РУз. Все больные, поступившие в клинику, подвергнуты комплексному обследованию: клинически и с помощью лабораторных, бактериологических, биохимических, рентгенологических, эхографических исследований. Среди пациентов пожилого возраста распространенные формы ТП наблюдались у 45 (65,2±5,7%) больных, ограниченные формы – у 24 (34,8±5,7%), у лиц зрелого возраста – у 29 (34,5±5,1%) и у 55 (65,5±5,1%) больных соответственно ($p < 0,001$). Следовательно, распространенные формы ТП встречались в 1,9 раза чаще у лиц пожилого возраста, чем у больных зрелого возраста. Поликавернозная, фиброзно-кавернозная формы ТП и туберкулезный пионефроз встречались только у больных пожилого возраста. Наиболее частыми жалобами у пожилых больных были боли в области поясницы (79,7±4,8%), дизурия (53,6±6,0%) и слабость (58,0±5,9%). Гематурия у лиц пожилого возраста встречалась в 1,4 раза реже, чем у больных зрелого возраста. У пожилых больных ТП достоверно чаще выявили сопутствующие заболевания, чем у лиц зрелого возраста. Так, хронический пиелонефрит в 1,6 раза ($p < 0,001$); ДГПЖ – в 3,5 раза ($p < 0,001$); сахарный диабет – в 5,4 раза ($p < 0,01$); АГ – в 4,1 раза ($p < 0,001$); ИБС – в 5,2 раза ($p < 0,001$); хронический гепатит – в 4,8 раза ($p < 0,001$) чаще встречались у пожилых, чем у лиц зрелого возраста. У больных ТП пожилого возраста ХПН выявлялась в 2,3 раза чаще, чем у лиц зрелого возраста ($p < 0,001$).

Заключение. У больных ТП пожилого возраста клинические проявления заболевания, более выраженные и сопутствующие заболевания чаще встречаются, чем у лиц зрелого возраста. У половины больных пожилого возраста ТП прогрессирует и осложняется ХПН.

Особенности кровоснабжения мочевого пузыря у лиц пожилого и старческого возраста

Шорманов И.С., Куликов С.В., Соловьёв А.С.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Введение. Повышение удельного веса представителей старших возрастов – объективный процесс, наблюдающийся во всех странах мира. Специфическими проявлениями «старческого» мочевого пузыря являются: снижение сократительной способности детрузора и возникновение детрузорной гиперактивности, что определяет тенденцию к увеличению распространенности расстройств мочеиспускания в связи со старением.

По мнению большинства исследователей, в патогенезе дизурических явлений, связанных с естественной инволюцией организма, основная роль отводится тазовой ишемии, степень которой коррелирует с возрастом у представителей обоих полов. В экспериментальных исследованиях показано, что тазовая ишемия вызывает фиброз стенки мочевого пузыря и снижение ее эластичности. Ее влияние было также отмечено и на вероятность возникновения детрузорной гиперактивности при отсутствии инфравезикальной обструкции. При этом, причины дисциркуляторных изменений авторы определяют неоднозначно: гормональные нарушения, атеросклеротические поражения сосудов малого таза, инфравезикальная обструкция и т.д.

Цель. Изучить морфологические изменения сосудистой системы мочевого пузыря у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили 15 мужчин в возрасте от 60 до 80 лет, умерших от причин не связанных с нарушением сердечной деятельности, и не имевших урологической патологии. В качестве контроля использовали материал от 10 молодых мужчин в возрасте от 20 до 30 лет, непосредственной причиной смерти которых явились травмы. Кусочки мочевого пузыря в обеих сериях фиксировали в 10% нейтральном формалине и заливали в парафин. Гистологические срезы толщиной не более 5 мкм окрашивали гематоксилин-эозином, по Массону и фукселином по Харту.

Результаты. В сосудистом бассейне мочевого пузыря наблюдались выраженные изменения. Это касалось как артериального, так и венозного русла с вовлечением сосудов различного калибра.

В крупных внеорганных артериях, как показали наши исследования, формируются атеросклеротические бляшки, вызывающие сужение просвета, что влечет за собой развитие хронической ишемии и гипоксии ткани мочевого пузыря. Наряду с изменениями во внеорганных артериях, одновременно, выраженному ремоделированию подвергаются и внутриорганные артерии мышечного типа. Морфологическая перестройка выражается в развитии в одних сосудах гипертрофии гладкой мускулатуры меди и усилении их тонуса, а в других – утолщения интимы вследствие ее гиалиноза, что сопровождается даже атрофией их гладкой мускулатуры средней оболочке. В более мелких артериях мочевого пузыря (артерии сопротивления) наблюдается морфологическая картина гиалиноза всей стенки. Данный процесс обусловлен плазморрагией и плазматическим пропитыванием интимы, а затем и меди с образованием плотной гомогенной белковой массы, замещающей все слои стенки, суживающей просвет. Все эти изменения во внутриорганных артериях различного

калибра являются выражением латентно или манифестно протекающей гипертензии, причем, нередко, с периодически наступающими кризами.

Заключение. Таким образом, у мужчин пожилого и старческого возраста в процессе естественного старения, наблюдаются выраженные изменения в сосудистом русле мочевого пузыря. Причем, имеет место поражение всего артериального русла – от магистральных артерий до мелких сосудов сопротивления. Во внеорганных артериальных магистральных сосудах отмечаются признаки атеросклероза, а изменения во внутриорганных артериях являются отражением гипертензии.

Репродуктивное здоровье

Возможности низкоинтенсивной лазерной терапии для коррекции патологической ДНК-фрагментации сперматозоидов

Аль-Шукри С.Х., Боровец С.Ю., Потапова М.К., Байкалов Н.И.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России (г. Санкт-Петербург)

Введение. Значительную роль среди генетических факторов мужского бесплодия, помимо хромосомных и генных мутаций, играет изменение структуры самой ДНК сперматозоидов. Фрагментация ДНК сперматозоидов (ФДНКС) чаще всего возникает вследствие оксидативного стресса, проявляется одно- и двухцепочечными разрывами ДНК. Патологическая ФДНКС существенно ухудшает репродуктивный потенциал мужского организма, а также может приводить к замершей беременности у супруги/половой партнерши на её ранних сроках в естественном репродуктивном цикле, или гибели эмбриона в процессе выполнения процедур искусственного оплодотворения – в циклах ЭКО/ИКСИ. Известно, что низкоинтенсивная лазерная терапия (НИЛТ) приводит к значительному улучшению качества эякулята у мужчин с секреторным бесплодием за счет улучшения микроциркуляции тканей яичек. Однако практически нет работ о влиянии НИЛТ на ФДНКС.

Цель исследования: оценить эффективность курса НИЛТ при лечении больных секреторным бесплодием с патологической ФДНКС.

Пациенты и методы. В исследование были включены 28 мужчин в возрасте от 23 до 40 лет (средний возраст – $31,0 \pm 5,4$ года), страдающих секреторным бесплодием в течение 1–4 лет (в среднем $2,1 \pm 0,8$ года). Всем пациентам назначали курс НИЛТ яичек в инфракрасном спектре на аппарате Рубин-Ц (Россия). Проводили 10 процедур лазеротерапии через день с поочередным освещением по 3 минуты обоих яичек (воздействие на 5 точек с экспозицией по 35 секунд на каждую по передней и задней поверхности, в верхнем, нижнем и центральном сегментах яичка). Всем больным до и сразу после окончания курса лазерной терапии определяли степень ФДНКС методом проточной цитофлюориметрии – SCSA (Sperm Chromatin Structure Assay). Нормативным показателем ФДНКС считали $\leq 15\%$. Проводили статистический анализ полученных данных.

Результаты. Степень ФДНКС до лечения составила от 4,8 до 24,8%, в среднем – $12,8 \pm 6,1\%$, а после лазерной терапии – от 2,1 до 15,2%, в среднем $9,2 \pm 3,6\%$ ($p < 0,005$). Повышение степени ФДНКС выше нормативных показателей имело место у 14 из 28 (50%) мужчин до лечения. У 12 из 14 (86%) больных с патологической степенью ФДНКС после проведения курса лазерной терапии была отмечена ее нормализация.

Вывод. Проведение курса НИЛТ яичек приводит к нормализации степени ФДНКС у мужчин с секреторным бесплодием, что способствует наступлению спонтанной беременности при естественной фертилизации и в циклах ЭКО/ИКСИ.

Мужская репродуктивная микрохирургия в России: от клинической практики к науке и обучению

Ахвледзиани Н.Д., Пушкарь Д.Ю., Берников А.Н.

Кафедра урологии МГМСУ имени А.И.Евдокимова (Москва)

Мужской фактор бесплодия представлен примерно половиной наблюдений среди инфертильных пар. Его преодоление при наличии отклонений в спермограмме нередко предполагает применение микрохирургических технологий лечения мужчины.

Самую частую причину мужской инфертильности, которой является варикоцеле, наиболее эффективно и безопасно удается устранить с помощью микрохирургической подпаховой перевязки вен гроздевидного сплетения. Наш предшествующий опыт (n=268) указывает на то, что стандартная операция, выполненная с должным оснащением, описанным автором методики Д. Мармаром (операционный микроскоп, микрохирургический пинцет, ножницы и иглодержатель) сопровождалась в 64 (23,9%) наблюдениях ультразвуковыми признаками гипотрофии оперированного яичка в сроки наблюдения до 6 месяцев с момента вмешательства. Рецидив варикоцеле отмечался у 28 (10,1%) пациентов. Улучшение спермограммы регистрировалось у 171 (63,8%) оперированного. Среднее время операции составило $82,4 \pm 18,6$ минуты.

С целью улучшения индетификации артериальных сосудов яичка с помощью интраоперационного доплеровского контроля было проведено проспективное изучение на примере 104 больных варикоцеле с подтвержденной патоспермией до операции. Во время вмешательства выявлялись от 1 до 5 стволов внутренней яичковой артерии, которые гарантированно сохраняли. Ультразвуковые признаки гипотрофии яичка отмечены лишь у 1 (0,96%) пациента. Рецидив в течение 6 месяцев наблюдения констатирован 2 (1,9%) наблюдениях. Улучшение спермограммы отмечено у 79 (76%) пациентов. Среднее время операции составило $115,2 \pm 23,1$ минуты.

При необструктивной азооспермии наиболее часто используется микродиссекционная биопсия яичек (MicroTESE), при которой под контролем операционного микроскопа отбираются наиболее утолщенные извитые семенные каналцы тестикул, так как именно в них существует высокая вероятность обнаружения сперматозоидов. Наш опыт объединяет 209 процедур MicroTESE. Эффективность операции констатирована у 91 (43,5%) с необструктивной азооспермией. Кровотечение в раннем послеоперационном периоде отмечено в 3 (1,43%) наблюдениях. Ультразвуковые признаки гипотрофии яичка в сроки наблюдения до 6 месяцев выявлены у 5 (2,39%) пациентов.

В случае обструктивной азооспермии наилучшие результаты в плане заготовки сперматозоидов позволяет получить микрохирургическая аспирация спермы из придатков (MESA). Процедура выполнена у 32 пациентов. Эффективность ее констатирована в 100% наблюдений. Осложнений не отмечено.

У желающих осуществить естественное зачатие при обструктивном варианте бесплодия использовали вазовазо- (n=27) или вазоэпидидимостомию (n=39). Эффективность указанных операций в сроки наблюдения до 6 месяцев отмечена у 25 (92,6%) и 35 (89,7%), пациентов соответственно. Осложнений не было.

Упомянутые операции требуют исключительных микрохирургических навыков. В связи с отсутствием такой школы в России в марте 2019 года кафедрой урологии МГМСУ совместно с кафедрой урологии Корнельского университета (США) основан первый практический курс по мужской репродуктивной микрохирургии обучение на котором прошли 10 российских врачей. Каждый обучающийся в течение 36 часов отрабатывал микрохирургические навыки на отдельном операционном микроскопе с наложением швов нейлоновой нитью 10/0 на плоскостных латексных и трубчатых силиконовых фантомах. Среднее число сформированных микрохирургических швов составило – 465,7. Пройденный курс сочли полезным все обучаемые. С учетом большого количества поданных заявок на обучение указанный тренинг решено организовывать 2 раза в год.

Генетические факторы при «идиопатическом» мужском бесплодии: мультицентровые исследования

*Божедомов В.А.^{1,2}, Камалов А.А.¹, Машина М.А.³, Божедомова Г.Е.³,
Липатова Н.А.³, Сухих Г.Т.²*

¹ФФМ ГБОУ ВПО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»

²ФГБУ «Национальный исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» МЗ РФ

³ФГБУ «Поликлиника №3» УДП РФ, Москва

Мужское бесплодие в 30–40% случаев не имеет очевидных причин, выявляемых при сборе анамнеза, физикальном и гормональном обследовании, и считается идиопатическим. Нередко это следствие влияния генетических факторов. К генетическим нарушениям относят: анеуплоидии (Klinefelter`s syndrom, AZF), генетические синдромы (Kallman`s, Kartagener`s, CFTR), точечные мутации ядерных и митохондриальных генов (описано более 30: SOHLH1, SYCP3 и др.), полиморфизмы (Androgene receptor, GSTM1, GSTT1 и др.), нарушения эпигенетической регуляции (Protamination, microRNA, DNA Methylation). Генетические причины нарушений могут быть обнаружены почти в 50% случаев мужского бесплодия (Mallepaly et al., 2017; Herati et al., 2017; Okutman et al., 2018). Данные по распространенности подобных нарушений фрагментарны.

Цель: оценить распространенность различных генетических и эпигенетических нарушений у мужчин из бесплодных пар - жителей мегаполисов.

Объекты и методы. Мужчины из бесплодных пар г. Москвы (n=476), прошедшие комплексное клинично-лабораторное обследование, включающее оценку геномных и эпигеномных нарушений (кариотип, AZF, CFTR, AR, Protamination, фрагментация ДНК сперматозоидов).

Результаты. Анеуплоидии обнаружены в 10,3% случаев. Синдром Кляйнфельтера был диагностирован в 2,1% (10 из 476), в т.ч. при азооспермии - в 6,4%, выраженной олигозооспермии (<5 млн/мл) – в 2,2%, умеренной (5-15 млн/мл) – 0%. Микроделеции Y-хромосомы (AZF-фактор) имели место в 8,2% случаев (30 из 366), в т.ч. AZFa – 0,3% AZFb – 0,6% и AZFc – 7,3%; при азооспермии – 0,8%, 1,5% и 10,6%, соответственно.

Те или иные генетические маркеры муковисцедоза (CFTR) были обнаружены в 5,9% пациентов с азооспермией (n=235).

Различные изменения структуры рецептора андрогенов имели место в 18,2% случаев. Увеличение числа глутаминовых повторов (CAG>26), что снижает чувствительность рецептора и приводит к гипогонадизму даже при нормальном уровне андрогенов, имело место в 15,5%. Уменьшение числа повторов (CAG<17), что повышает чувствительность и увеличивает риск рака простаты - в 2,7% (n=118).

Нарушения протаминации в форме повышенного количества гистон-позитивных сперматозоидов (больше 30%) имели место при олигозооспермии в 49,8% случаев (n=251). При этом у пациентов с нарушениями протаминации повышенная фрагментация ДНК сперматозоидов (больше 15%) наблюдалась в 49,5% случаев и грубые нарушения (больше 30%) – в 14,7% (n=109). Такие нарушения способны приводить не только к отсутствию желанной беременности, но и замершим беременностям и аномалиям развития даже в случае использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), включая ИКСИ.

Выводы. Идентификация и характеристика генетической основы мужского бесплодия имеют широкие последствия не только для понимания причины бесплодия, но и для определения прогноза и выбора вариантов лечения, включая ВРТ, и сохранения будущей фертильности.

Инфекционно-воспалительный фактор мужского бесплодия: мультицентровое исследование

*Божедомов В.^{1,2,3}, Семенов А.⁴, Микешина Е.³, Томилова И.⁴,
Божедомова Г.⁵, Ушакова И.², Камалов А.А.¹, Сухих Г.²*

¹ФФМ ГБОУ ВПО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»

²ФГБУ «Национальный исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» МЗ РФ

³Ивановская государственная медицинская академия

⁴Ивановская областная клиническая больница

⁵ФГБУ «Поликлиника №3» УДП РФ, Москва

Инфекции мужского уrogenитального тракта являются потенциально излечимыми причинами мужского бесплодия. Однако клиническое значение повышенной концентрации лейкоцитов в эякуляте является спорным.

Цель: изучить взаимосвязь между воспалением в предстательной железе и мужской фертильностью.

Объекты и методы. Обследование пар (n=1459) проводили в соответствии с требованиями ВОЗ. Воспаление оценивали по содержанию полиморфноядерных нейтрофилов (ПМН) в секрете предстательной железы, или моче после массажа простаты, продукции активных форм кислорода (АФК/ROS), концентрации нитратов, оксиду азота (NO), малонового альдегида (MDA). Рассчитывали корреляции и сравнили медианные значения сформированных групп мужчин с вторичным бесплодием и воспалительным хроническим простатитом (IICP-группа, n=100), фертильными мужчинами с воспалительным хроническим простатитом (FICP-группа, n=105) и фертильными здоровые мужчины (FH-группа; n=46).

Результаты. Лейкоспермия при вторичном бесплодии была обнаружена у 19,7%; у 9,3% пар, лейкоспермия была единственным фактором риска. По сравнению с FH-пациентами FICP- и IICP-группы имели менее часто нормозооспермию ($p < 0,01$), повышенную вязкость спермы, астенозооспермию ($p < 0,005$), часто сопровождаемую агрегацией сперматозоидов ($p < 0,03$), более низкую семенную фрактозу ($p < 0,03$), выше продукцию ROS ($p < 0,001$), исходные концентрации нитратов ($p < 0,01$) и МДА ($p < 0,003$). Не обнаружили различий в количестве ПМН и частоте лейкокспермии, а также генерации ROS в нативной сперме между FICP и IICP. Однако FICP имел более выраженные признаки внутриклеточного окислительного стресса (ОС): меньше продукцию ROS отмытыми спермиями ($OR = 6,2$, $p < 0,01$), МДА ($OR = 1,2$; $p = 0,003$), NO ($OR = 1,3$; $p = 0,043$). У субъектов FICP реже астенозооспермия ($OR = 2,1$, $p < 0,001$) и повышенная вязкость спермы ($OR = 2,4$, $p < 0,001$), реже тератозооспермия ($OR = 4,5$, $p < 0,001$), более высокая концентрация Zn^{2+} ($OR = 1,5$; $p = 0,003$), фруктозы ($OR = 1,3$; $p = 0,018$) и лимонной кислоты ($OR = 1,5$, $p < 0,001$), более часта нормозооспермия ($OR = 5,3$, $p < 0,001$).

Выводы. Качество спермы снижается пропорционально интенсивности ОС, который зависит от активности функциональных лейкоцитов и защитных свойств, включая антиоксидантные способности эякулята, но не от концентрации семенных лейкоцитов.

Влияние бад «андродоз» на показатели спермограммы у мужчин с идиопатическим бесплодием в форме олигозооспермии в сочетании с астено- и/или тератозооспермией: данные открытого, рандомизированного, многоцентрового, проспективного исследования (предварительные результаты)

Божедомов В.А.^{1,3}, Камалов А.А.¹, Божедомова Г.Е.³, Козлова В.И.³, Камарина Р.А.³, Епанчинцева Е.А.⁴

¹Кафедра урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова

²ФБГУ Национальный научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им В.И.Кулакова Минздрава России

³ФБГУ «Поликлиника №3» Управления делами президента России; Москва

⁴ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины», Новосибирск; Россия

Комплексы нутриентов (биологически активные добавки – БАДы) – популярные средства для лечения идиопатических форм мужского бесплодия, способные увеличивать концентрацию, подвижность сперматозоидов, вероятность наступления беременности. Но работ, посвященных применению таких БАДов при олигозооспермии практически нет.

Цель исследования: оценить влияние отечественной БАД «АндроДоз» – источника L-карнозина, карнитина, коэнзима Q10, глицирризиновой кислоты, селена, цинка, витаминов E

и А, – на показатели эякулята за 12 недельный период наблюдения у мужчин с идиопатическим бесплодием в форме олигозооспермии в сочетании с астено- и/или тератозооспермией.

Объекты и методы. Обследование мужчин из бесплодных пар проводили на базе амбулаторных подразделений специализированных клиник уроandroлогического профиля в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2000, 2010). Пациенты, соответствующие критериям включения, были рандомизированы на две группы: пациенты основной группы (n=33) получали БАД «АндроДоз» в суточной дозе 4 капсулы по 410 мг; пациенты контрольной группы (n=23) не получали лечение и прошли повторное обследование через 12 нед. Все пациенты получили подробную инструкцию о соблюдении здорового образа жизни.

Результаты. Концентрация сперматозоидов в основной группе выросла в среднем на 5,3 млн/мл ($p<0,05$), медиана – на 2 млн/мл ($p<0,05$); увеличение концентрации имело место в 58% случаев ($p>0,05$). В контрольной группе концентрация средняя увеличилась на 7,4 млн/мл ($p>0,05$), медиана – на 3 млн/мл ($p>0,05$); улучшение имело место в 52% случаев ($p>0,05$). Процент быстро подвижных сперматозоидов (категория А) в основной группе увеличился в среднем на 6,6%, медиана – на 9% ($p<0,05$); позитивная динамика имела место в 73% случаев ($p<0,05$). В контрольной группе увеличение процента сперматозоидов категории А выросло в среднем на 5,6% ($p<0,05$), медиана – на 6% ($p<0,05$); увеличение данного показателя наблюдалось в 65% случаев ($p>0,05$). Изменение процента сперматозоидов с другим характером движения (В, С и Д) и процента нормальных форм в обеих группах были разнонаправленными и статистически незначимыми ($p>0,05$).

Выводы. У получающих «АндроДоз» пациентов с олигозооспермией происходило значимое увеличение количества быстро подвижных сперматозоидов; позитивная динамика имела место в 73% случаев. Однако достоверные различия между основной и контрольной группами не обнаружены, что может быть связано с недостаточной мощностью исследования (0,5). Требуется продолжение исследований с большим числом обследованных и учетом выраженности у пациентов оксидативного стресса.

Эффективность влияния «Простатилена® АЦ» на эректильную функцию и мужскую фертильность

Боровец С.Ю., Рыбалов М.А., Горбачев А.Г., Аль-Шукри С.Х.

Кафедра урологии с курсом урологии с клиникой ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

Цель исследования: оценить влияние препарата Простатилена-АЦ на эректильную функцию и динамику показателей спермограммы при лечении больных хроническим абактериальным простатитом (ХАП).

Пациенты и методы: В основу исследования положены результаты лечения 98 больных ХАП в связанным с ним нарушениями репродуктивной функции в возрасте от 25 до 45 лет (в среднем, $35,2\pm 4,3$ года). Основную группу составили 49 больных, которым назначали Простатилена-АЦ в виде свечей ректальных. Пациентам группы сравнения – 49 больных – проводили лечение Простатиленом в виде свечей ректальных, 30 мг. Длительность терапии в обеих группах составила 10 дней. Всем больным до и после лечения определяли значения показателей спермограммы (критерии ВОЗ, 2010 г.). Для оценки эректильной функции все

пациенты заполняли анкеты по шкале МКФ до и после курса проведенной терапии. Анализ полученных данных проводили с использованием программы IBM Statistics SPSS.

Результаты. После курса терапии Простатиленом-АЦ у больных было отмечено улучшение основных показателей спермограммы (М и SD). Объем эякулята увеличился с 2,4 (0,9) мл до 2,5 (0,6) мл ($p=0,018$), концентрация сперматозоидов – с 38,1 (39,8) млн/мл до 38,4 (41,2) млн/мл ($p=0,03$), число прогрессивно-подвижных форм (категории подвижности А+В) – с 41,8 (15,6)% до 52,1 (11,8)% ($p<0,001$), число нормальных форм сперматозоидов (при тонкой морфометрии по Крюгеру) – с 4,1 (6,3)% до 6,5 (7,6)% ($p<0,001$). При этом в группе сравнения после лечения Простатиленом было отмечено лишь умеренное повышение показателей прогрессивной подвижности сперматозоидов: с 48,5 (9,0)% до 51,4 (8,6)% ($p=0,003$), а также числа нормальных форм (при тонкой морфометрии по Крюгеру) – с 3,9 (5,6)% до 4,7 (6,8%) ($p=0,02$).

Применение препарата Простатилен-АЦ способствовало повышению индекса МКФ на 29,2% по сравнению с исходными данными ($p<0,0001$), при средней величине показателя во время финального обследования - 45,10 баллов. Сразу после лечения у пациентов получавших Простатилен наблюдалось повышение среднего уровня МКФ на 21,3% ($p<0,0001$), а численное значение показателя достигло нормальной величины (для данной возрастной группы пациентов) и составило - 42,65 балла. Простатилен-АЦ через месяц от начала лечения проявил более высокую эффективность в отношении восстановления эректильной функции по сравнению с Простатиленом ($p=0,0033$).

Выводы:

1. При лечении больных ХАП Простатиленом-АЦ сразу после его окончания и через месяц от начала лечения наблюдается улучшение эректильной функции и основных показателей эякулята.
2. Простатилен-АЦ, по сравнению с Простатиленом, в большей степени улучшает подвижность сперматозоидов (в том числе у больных старше 30 лет) и способствует увеличению числа их нормальных форм, а также проявляет более высокую эффективность в отношении восстановления эректильной функции.

Современное лечение секреторного бесплодия

Гафаров Ш.С., Азимов С.И.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

Заболевания мужской половой сферы в 45% случаев являются причиной трудностей с зачатием. Секреторное бесплодие связано с неполноценной выработкой сперматозоидов клетками Сертоли. Оно может быть вызвано травмами, инфекционными заболеваниями, эпидидимитом, простатитом, везикулитом. Лечение секреторной формы мужского бесплодия подразумевает устранение этиологических факторов и стимуляцию клеток Сертоли медикаментозными средствами.

Целью нашего исследования было подобрать современные медикаментозные препараты для лечения секреторного бесплодия.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 56 пациентов в возрасте 20-40 лет с жалобами на отсутствие беременности жен в течение 3-8 лет.

Всем пациентам проводилось клиническое обследование, общие анализы крови, мочи, анализ секрета простаты, спермограмма, микробиологическое исследование эксприматов; ТРУЗИ предстательной железы и УЗИ органов мошонки, исследование уровня андрогенов и гонадотропных гормонов.

Больные разделены на 2 группы: 1-группа – 30 больных, получивших традиционное лечение заболеваний мужской половой сферы. 2-группа – 26 больных, получивших назначение 1-ой группы с добавлением препарата Андрофорте (компания Rapid Solution). Он улучшает подвижность, концентрацию, морфологию, целостность ДНК сперматозоидов, обеспечивает повышение фертильности у пациентов с идиопатическим бесплодием. Препарат назначался по 1 капсуле 3 раза в день на протяжении 3-х месяцев.

Результаты и обсуждение. До начала лечения у всех пациентов определялась астеноолигозооспермия (количество сперматозоидов в 1 мл эякулята было меньше 20 млн, а подвижность едва достигала 30-40%) и тератозооспермия, достигавшая 50-60%. По данным ТРУЗИ предстательной железы у половины пациентов определялись гиперэхогенные участки. По УЗИ органов мошонки с доплерографией определялась неоднородность эхоструктуры в области придатка яичка и снижение скорости кровотока в нем. Уровни половых и гонадотропных гормонов у всех пациентов были без изменений.

В результате полученного лечения у пациентов 1-ой группы отмечалось улучшение свойств эякулята, беременность наступила у жен 18 больных. Во второй группе с добавлением к лечению пациентов препарата Андрофорте, отмечалась повышение количества сперматозоидов до 35-40 млн в 1 мл эякулята, подвижность достигала 70-75%. Процент патологических форм снизился до 15-20%. В этой группе беременность наступила у жен 22-х пациентов, что составило 84,6%.

Заключение. Поиск путей улучшения свойств эякулята, лечение идиопатического бесплодия, улучшение целостности ДНК сперматозоидов представляет собой одну из актуальных проблем андрологии. Препарат Андрофорте является средством патогенетического лечения секреторного бесплодия и позволяет повысить фертильность до 84,6%.

Микробиологические и сперматологические показатели у пациентов с хроническим простатитом

Гурбанов А.Ш.¹, Шевырин А.А.¹, Ахмедов М.Н.², Бахшылы Ш.Р.¹

¹ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

²ГБУЗ Владимирской области «Городская больница №4 г. Владимир»

Вопросы этиологии и патогенеза фертильной дисфункции при хроническом простатите остаются предметом серьезных дискуссий и разногласий.

Цель исследования – оценить спермограмму, микробиологический пейзаж спермы и секрета предстательной железы у больных хроническим простатитом.

Материал, объем и методы исследования. Работа выполнялась на базе кафедры факультетской хирургии и урологии ФГБОУ ВО ИвГМА МЗ РФ. Объект для исследования - взрослые пациенты, находящиеся на амбулаторном наблюдении и лечении в

ОКБ г.Иваново в период с 2016 по 2018 гг. Общий объем исследования составил 96 пациентов репродуктивного возраста с хроническим бактериальным простатитом, возраст наблюдаемых пациентов варьировался от 18 до 36 лет. Диагностика хронического простатита проводилась по общепринятым критериям и стандартам. Проводимое обследование включало общеклинические, лабораторные, ультразвуковые методы исследования. Пациентам провели анализ спермограммы, бак. исследование образцов эякулята, микроскопию секрета предстательной железы, общий анализ мочи. Взятие материала и его исследование было проведено согласно стандартизованным методикам ВОЗ.

Результаты и обсуждение. В возрастной группе младше 20 лет выявляемость хронического простатита была минимальная (17% пациентов). В возрастной группе мужчин от 20 до 30 лет хронический простатит встречается гораздо чаще (30% наблюдений). Максимальной оказалась частота выявленного хронического простатита в группе пациентов старше 30 лет (53% случаев). С увеличением размеров предстательной железы у пациентов с хроническим бактериальным простатитом отмечается снижение выраженности воспалительных изменений в секрете простаты и эякуляте, что может быть обусловлено замещением ткани железы на соединительную при длительном воспалительном процессе в ткани органа. В сравнительном аспекте показателей секрета простаты и эякулята в различных группах отмечается следующая тенденция: пиком выраженности воспалительных изменений является возраст 20-30 лет; в более молодом возрасте воспалительные отклонения редкие, но достаточно выраженные; в группе старше 30 лет нарушения воспалительного генеза встречаются чаще, но не достигают максимально высокого уровня.

Таким образом, наиболее выраженными и значимыми являются микробиологические и сперматологические отклонения секрета простаты и эякулята в молодом возрасте от 20 до 30 лет. Однако с увеличением возраста частота, распространенность и многогранность выявляемых отклонений параметров возрастает, достигая пика в возрастной группе старше 30 лет. Выявленные однотипные изменения позволяют заключить, что количество лейкоцитов в секрете простаты и эякуляте не отражает в полной мере состояние предстательной железы и бактериальной обсемененности половой системы в целом и не дает полной информации для понимания сущности протекаемого воспалительного процесса.

Выводы. Заболеваемость хроническим бактериальным простатитом, осложненным инфертильностью, наиболее распространена в возрастной группе старше 30 лет. С увеличением размеров предстательной железы снижается выраженность воспалительных изменений в секрете простаты и спермограмме. Выявлено наличие микробиологических и сперматологических изменений в секрете простаты и эякуляте, однако характер этих отклонений однотипен. Для молодого возраста характерны более выраженные воспалительные микробиологические отклонения со стороны изучаемых лабораторных анализов. С возрастом степень сперматологических и иммунологических изменений снижается, однако возрастает частота их встречаемости.

Взаимосвязь нарушений сперматогенеза и генетических патологий

Епанчинцева Е.А.^{1,2}, Селяницкая В.Г.¹, Максимова Ю.В.^{2,3},
Галустян Е.Г.³, Божедомов В.А.⁴

¹ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр фундаментальной
и трансляционной медицины»

²ООО «Новосибирский центр репродуктивной медицины» ГК «Мать и дитя»

³ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ

⁴ФФМ ГБОУ ВПО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»

По данным EAU 2017 мужское бесплодие имеет многофакторный генез и до 40% – идиопатические формы и генетические нарушения (ГН) описаны как одна частах причин. Встречаемость ГН у мужчин с бесплодием – до 5,8% (n=9766), из них 4,25% патологии Y и 1,55% – аутосомные нарушения (Jonson M.D., 1998). В общей популяции у младенцев-мальчиков частота ГН в 15 раз меньше: 0,38% (n=94465), из них 0,135% – патологии Y и 0,245% – аутосомные нарушения (Van Assche EV et al., 1996).

Цель работы: анализ взаимосвязи нарушений сперматогенеза и генетических нарушений, оценка частоты встречаемости ГН у мужчин из бесплодных пар г. Новосибирска.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни мужчин из бесплодных пар: кариотип – цитогенетическим исследованием лейкоцитов периферической крови, при менее 5 млн/мл сперматозоидов: исследования в генах AZF и CFTR; при тотальной астеноспермии – электронная микроскопия спермы.

Результаты. Полученные данные и анализ литературы свидетельствуют о связи олигозооспермии и ГА: при менее 10 млн/мл – вероятны нарушения кариотипа (повышенный риск выкидышей и хромосомных заболеваний у детей), менее 5 млн/мл – делеции AZF (повышенный риск азооспермии у мальчиков), при тяжелых нарушениях – мутации CFTR (повышенный риск муковисцидоза), и при подтверждении ГН необходимо решение о предимплантационной генетической диагностике (ПГД) эмбрионов или использовании донорской спермы. Частота нарушений кариотипа, делеций AZF, мутаций CFTR – 4,72% (n=539) у мужчин из бесплодных пар г. Новосибирска.

Генетическая астеноспермия характеризуется тотальной неподвижностью или наличием единичных подвижных спермиев. Первичная цилиарная дискинезия (ПЦД) генетически гетерогенна с аутосомно-рецессивным наследованием: в сперматозоидах нет наружных (внутренних) «динеиновых ручек», центральной пары микротрубочек, могут быть поражены реснички легких. Дисплазия фиброзной оболочки (ДФО) жгутиков: хаотичное расположение колонн и ребер фиброзной оболочки в аксономе. Интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида (ИКСИ) позволяет оплодотворить ооцит при выраженной астеноспермии, но при ПЦД в 200 раз повышен риск бронхолегочных и ССЗ. Очень мало ИКСИ при ДФО с рождением ребенка и нет данных о передаче заболевания. Есть связь при семейных случаях множественных морфологических аномалий жгутиков сперматозоидов (ММАФ) и мутациями DNAH1. За 2014-2018г диагностика 8 мужчинам с тотальной астеноспермией, у 5 из 8 зафиксированы изменения характерные для: ДФО у 2, ПЦД+ДФО у 1, ДФО + гетерогенные аномалии жгутика у 1, только гетерогенные аномалии у 1.

Связь морфологии и ГН diskutabelна, описана связь глобулозооспермии (ГЗС) с гомозиготной делецией DPY19L2, мутациями SPATA16. ГЗС – отсутствие или маленькая акросома,

нет перинуклеарной теки, нет фактора активации ооцитов (фосфолипаза С) и не запускается внутриклеточный транспорт Са – нарушение мейотического деления в эмбрионе. Ауто-сомно-рецессивный синдром ацефальных сперматозоидов (биаллельные мутации SUN5): подвижные сперматозоиды с микроголовками или подвижные жгутики с одиночными, отдельно лежащими головками из-за хрупкости соединения голова-шея при дефекте базального тельца жгутика, участвующие в создании веретена первого митотического деления. За 2016-2018 г. подозрение на ГЗС в г. Новосибирске – у 1 пациента.

Выводы. Учитывая что все больше супружеских пар достигают беременности с помощью ВРТ:ЭКО+ИКСИ, в том числе при тяжелых генетически обусловленных заболеваниях, необходимо проводить исследования для выявления ГН до проведения ВРТ и информировать потенциальных родителей о рисках для здоровья детей.

Экспериментальная оценка безопасности и эффективности аутоплазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста, в коррекции азооспермии у крыс

Епифанова М.В.¹, Чалый М.Е.², Артеменко С.А.³

*¹Кафедра урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии
Медицинского института РУДН, Москва, Россия*

²МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

³Сеченовский Университет, Москва, Россия.

Введение: В данной работе мы представляем результаты сравнительного исследования безопасности и эффективности использования четырех модификаций аутоплазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста (АОТ), для коррекции экспериментально индуцированной азооспермии у крыс. Для моделирования азооспермии были опробованы две цитостатические модели (бусульфановая и цисплатиновая) и одна хирургическая (наложение лигатуры на семенной канатик сроком от 12 до 36 ч). Цисплатиновая модель, обладала выраженным цитотоксическим эффектом с отдаленной гибелью крыс и вызывало необратимую тромбоцитопению. Хирургическая модель, при высокой трудоемкости, не вызывала выраженных нарушений сперматогенеза, а обнаруженные различия между группами носили несистематический характер. Именно поэтому была выбрана бусульфановая, классическая, цитостатическая модель.

Материалы и методы: 80 самцов крыс линии Wistar (весом 250-300 г) были случайным образом распределены по 18 особей в 5 групп. Моделирование азооспермии проводилось путем двукратной инъекции 10мг/кг бусульфана внутривентрально четырем группам. Контрольной группе вводили 0,9% NaCl. Крыс с азооспермией разделили на 4 группы: безтромбоцитарная плазма; аллоплазма, обогащенная тромбоцитарными факторами роста (АлОТ); активированная CaCl₂ АлОТ (А-АлОТ); АлОТ с лейкоцитами (Л-АлОТ). В каждой группе вводили соответствующую клеточный продукт от инбредных крыс доноров 1 раз/неделю в течении 6 недель (50 мкл/семенник). Через 2, 4 и 6 недель после индукции заболевания оценивались: вес особи, масса репродуктивных органов, общий тестостерон, общий анализ крови, количество сперматозоидов в эпидидимисе, общая подвижность и морфология сперматозоидов.

Результаты: Вес особи не изменялся, замедлялся прирост массы тела к концу исследования в группах с бусульфаном. Гематологические показатели в группах с бусульфаном снизились на 2 неделе и восстановились до уровня контроля на 6 неделе ($p<0,05$). Масса репродуктивных органов уменьшалась во всех группах с бусульфаном ($p<0,05$). Увеличение количества сперматозоидов в группе с А-АлОТ и Л-АлОТ на 6 неделе по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). Доля патологической форм сперматозоидов возрастала к 6 неделе ($p<0,05$) и коррелировала с снижением их подвижности ($p<0,05$) в группах с бусульфаном. При гистологическом исследовании семенников в группах с бусульфаном: снижение суммарной площади и среднего диаметра семенных канатиков, увеличению выраженности дезорганизации сперматогенного эпителия и отека паренхимы семенника ($p<0,05$).

Выводы: Применение препаратов АлОТ является безопасным для восстановления сперматогенеза. Мы считаем, что угнетение сперматогенеза оказалось избыточным при выбранной бусульфановой модели, а частые интратестикулярные инъекции АлОТ не обоснованы за счет травматизации и индукции воспаления. Конечное исследование следует проводить через 60 дней на основании цикла сперматогенеза крыс. Таким образом, для полноценной оценки эффективности применения АлОТ для коррекции сперматогенеза необходимо продолжить экспериментальное исследование.

Номограмма «Калиевого параметра лабораторного анализа, определяемого в эякуляте»

Лобкарёв А.О.

*«Клиника амбулаторной урологии», г. Казань
Врач-уролог, врач-фармаколог, кандидат медицинских наук*

На основании своих оригинальных исследований автор предлагает в клиническую практику новый физико-химический параметр, который может быть полезен у пациентов с «симптомами нижних мочевых путей» (СНМП). «Калиевый параметр лабораторного анализа, определяемый в эякуляте (KAlium Parameter of Laboratory analysis, Evaluating in Ejaculate – KAPLEE)», представляет собой концентрацию иона калия (K+), измеряемую потенциометрическим методом в 42 миллилитрах (мл) водного раствора, который содержит 1 мл эякулята, 39 мл дистиллированной воды и 2 мл специального буферного раствора.

В основу предлагаемой методики KAPLEE положен метод измерения ионов калия (K+) в воде, стандартизированный в России. Для измерения концентрации ионов K+ нами использованы калий-селективный электрод «ЭЛИТ-031-10» (Россия) и электрод сравнения ЭСр-10101 (Россия). Эти электроды присоединяются к прибору «ЭКСПЕРТ-001» (производитель – «ЭКОНИКС», Россия) и погружаются в одноразовый контейнер объемом 60 мл, в котором предварительно приготавливается изучаемый раствор объемом 42 мл.

KAPLEE был изучен у 77 добровольцев без СНМП. С помощью теста D'Agostino Skewness было установлено, что распределение значений KAPLEE у добровольцев без СНМП подчиняется закону нормального распределения. Статистическая обработка выявила нормальный диапазон значений KAPLEE – от 623 до 917 микроМоль/л. Этот факт дал возможность создать номограмму KAPLEE (Рис. 1).

Рис. 1. НОМОГРАММА KAPLEE (THE KAPLEE NOMOGRAM).



Принцип номограммы прост – чем больше отклонение значения KAPLEE у конкретного пациента от нормального диапазона, тем хуже объективное состояние простаты и прогноз терапии СНМП у него. Автор предлагает использовать номограмму KAPLEE как диагностическую и прогностическую методику у пациентов с СНМП.

Програмные мероприятия по выявлению факторов риска состояния репродуктивного здоровья студенческой молодёжи в воронежской области

Мадькин Ю.Ю.¹, Золотухин О.В.², Кочетов М.В., Авдеев А.И.

Кафедра онкологии и специализированных хирургических дисциплин ИДПОФГБОУ ВГМУ им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ

¹к.м.н., доцент, кафедра онкологии и специализированных хирургических дисциплин ИДПО ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, доцент. (madykin@mail.ru)

²к.м.н., доцент, кафедра онкологии и специализированных хирургических дисциплин ИДПО ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, доцент.

Актуальность. За последние годы особую значимость как медицинскую, так и социальную, приобрело нарушение репродуктивной функции у мужчин, состоящих в браке. Показатели демографии в России и во многих других странах свидетельствуют об увеличении частоты инфертильного (бесплодного) состояния мужчин.

Цель исследования: 1) выявление и коррекция факторов риска, связанных с состоянием репродуктивного здоровья студенческой молодёжи;

Материалы и методы исследования. В рамках межведомственного проекта “Ты и я – здоровая семья” направленного на улучшение репродуктивного здоровья студенческой молодёжи и демографической ситуации в Воронежской области проведено анкетирование юношей студентов

Воронежских вузов. Была разработана анкета, включающая восемь вопросов, позволяющих выявить факторы риска состояния репродуктивного здоровья юношей–студентов. Положительный ответ хотя бы на один вопрос анкеты, должен насторожить студентов в отношении возможного наличия у него проблем в сфере репродуктивного здоровья. Для исключения или подтверждения наличия соответствующих проблем, предлагается проконсультироваться и при необходимости пройти необходимое бесплатное обследование у уролога-андролога, с последующим лечением. На сегодняшний день проведено анкетирование 605 юношей–студентов в трёх воронежских ВУЗах.

Полученные результаты их обсуждение. Анализ полученных анкет позволил выявить следующее: 1) положительный ответ хотя бы на один вопрос анкеты дали 97 юношей–студентов, что составило 16% от общего количества анкетированных; 2) один положительный ответ – 75 чел (12,4%), два положительных ответа – 20 чел (3,3%), три и более положительных ответа – 5 чел (0,8%); 3) из восьми вопросов анкеты, больше всего положительных ответов было получено на восьмой вопрос: “Были ли у Вас, в последние 6 месяцев, незащищенные половые акты, с непостоянным партнером” – 62 юноши-студента, что составило 10,3%; 4) меньше всего положительных ответов было дано на вопросы два и три: “Просыпаетесь ли Вы регулярно ночью, чтобы помочиться? и Болели Вы раньше заболеваниями передающимися половым путём?”, соответственно 5 (0,8%) и 6 (0,99%) анкетированных; 5) положительный ответ на четвёртый вопрос анкеты: “Есть ли у Вас проблемы с зачатием ребёнка?” дали 11 человек (1,8%), на первый взгляд небольшая цифра, если не брать во внимание тот факт, что в анкетировании принимали участие юноши-студенты начальных курсов, т.е. возраста 19–21 год; 6) отклонения в строении наружных половых органов (недоразвитие, уменьшение/увеличение в размерах, изменения цвета и формы) отметили у себя 27 юношей – студентов (4,5%), что ещё раз подтверждает тот факт, что многие проблемы в сфере репродуктивного здоровья берут своё начало из детства, речь идёт, по всей видимости, об аномалиях развития наружных половых органов; 7) однако, несмотря на относительно высокий процент положительных ответов на вопросы анкеты – 16% респондентов, лишь только 24 человека (4%) оставили свой контактный телефон для связи со специалистом (врач уролог-андролог).

Выводы. Таким образом, анализ предварительных результатов проведённого анкетирования, позволил выявить наличие факторов риска в сфере репродуктивного здоровья у 16% респондентов, т.е. практически каждый шестой студент нуждается в консультации специалиста врача уролога-андролога; 2) однако, лишь только 24 человека (4%) пожелали оставить свои контакты для связи со специалистом, что говорит о низкой социальной активности юношей–студентов в отношении ответственности за состояние их собственного репродуктивного здоровья.

Варикоцеле. Принципы послеоперационной реабилитации

Панченко И.А., Марабян Э.С., Гармаш О.Н., Панченко Р.И., Шипилов А.И.

ГАУЗ СК «Краевой клинический специализированный уроандрологический центр» г. Ставрополь.

Актуальность: Варикоцеле – это варикозное расширение вен яичка и семенного канала, вызванное патологическим венозным рефлюксом. Проблема варикоцеле в популяции

мужского населения очень значима, т.к. варикоцеле признано основной хирургической причиной мужского бесплодия.

Цель: Определение показаний к медикаментозной реабилитации пациентов с варикоцеле после хирургического лечения, основываясь на динамике показателей сперматогенеза и полового гормонального профиля.

Материалы и методы: В основе исследования лежит сравнительный анализ результатов обследования 100 пациентов с варикоцеле в возрасте от 15-40 лет в период с 2014 – 2018 гг, обследованных в ГАУЗ СК «ККСУЦ», из которых хирургическое лечение получили все 100 пациентов не имеющих сопутствующей патологии, прошедшие цикл послеоперационного динамического наблюдения до 24 месяцев. 41 пациенту (контрольная группа) послеоперационная реабилитация не проводилась, 59 пациентам (основная группа) в послеоперационном периоде проводилась медикаментозная реабилитация с применением антиоксидантов (цинк, селен) и сперматопротекторов (L-аргинин, L-карнитин, коэнзим Q10). Показанием к операции являлось наличие нарушений сперматогенеза, положительный MAR-тест, бесплодие в браке в сочетании с патоспермией. Обследование проводилось согласно установленному в клинике диагностическому алгоритму, который включал: анализ эякулята (с 15 лет), данные УЗИ органов мошонки, ультразвуковую доплерографию сосудов мошонки (УЗДГ), иммуноферментный анализ половых гормонов (ИФА). Выбор оперативного вмешательства осуществлялся исходя из гемодинамического типа рефлюкса, определяемого с помощью результатов УЗДГ: при рено-сперматическом рефлюксе проводилось лапароскопическое клипирование левой яичковой вены (38 вмешательство), при илеосперматическом венозном рефлюксе проводилась микрохирургическая прецизионная варикоцелэктомия по Мармар из субингвинального доступа (62 вмешательства). Динамика показателей спермограммы и состояние гениталий оценивались в послеоперационном периоде каждые 3 месяца согласно принятому алгоритму.

Результаты: В 100% случаев рецидивов не отмечалось. В контрольной группе нормализация спермограммы отмечалась у 22% пациентов (9 пациентов) в первые 12 месяцев наблюдения. У 78% пациентов не получавших реабилитацию нормализация сперматогенеза в течение 12 месяцев не отмечалась. В последствии у данной категории пациентов применялась реабилитация с нормализацией спермограммы в сроки от 18-24 месяцев. В основной группе в первые 3-6 месяцев после оперативного лечения у 38% (22 пациентов) отмечалась нормализация показателей спермограммы независимо от возраста и сохранялась до 12 месяцев наблюдения (наиболее положительная динамика, с учётом количества пациентов, отмечалась в группе «15-18 лет» – 44%, минимум зафиксирован в группе пациентов «28 и старше» – 29%). У остальных 37 пациентов (62%) основной группы медикаментозная реабилитация продолжалась до нормализации показателей эякулята, которая произошла у всех исследуемых до 12 месяцев в послеоперационном периоде.

Выводы:

1. Выявлено, что варикоцеле вероятно является основной хирургической причиной нарушений сперматогенеза и, как следствие, мужского бесплодия в исследуемых группах.
2. Оперативное лечение варикоцеле является этиопатогенетическим. Прооперированные пациенты нуждаются в динамическом наблюдении в течение 1,5 - 2 лет.
3. При патоспермии, связанной с варикоцеле, медикаментозная реабилитация позволяет нормализовать показатели спермы в большинстве клинических случаев в кратчайшие сроки.
4. Оптимальный возраст для лечения варикоцеле является 15-25 лет.

Опыт применения послеоперационной медикаментозной реабилитации у пациентов с варикоцеле, осложненного аутоиммунным компонентом бесплодия

Панченко И.А., Гармаш О.Н., Панченко Р.И., Марабян Э.С., Шипилов А.И.

ГАУЗ СК «Краевой клинический специализированный уроандрологический центр» г. Ставрополь.

Актуальность. По данным ВОЗ мужской фактор в семейном бесплодии составляет 50 - 60%. Согласно статистическим данным в России страдают бесплодием около 15% семейных пар. 70% бесплодных браков расторгаются, тогда как в семьях с детьми число разводов составляет 8%. Таким образом, бесплодие в браке является как медико-демографической, так и социальной проблемой. Анализируя деятельность ГАУЗ СК «ККСУЦ» г. Ставрополя, за период с 2010 по 2018 годы выявлена четкая тенденция к росту обращений пациентов с различными заболеваниями, вызывающими мужскую суб- и инфертильность. Ежегодно в консультативном отделении центра проводится до 12000 первичных урологических консультаций (взрослых 8000), количество обращений с мужским бесплодием составило 38%.

Материалы и методы. С 2007 г. в г. Ставрополе действует «Целевая Программа Охраны Мужского Здоровья». В рамках данной целевой программы на базе «Краевого клинического специализированного уроандрологического центра» г. Ставрополя осуществляется специализированная андрологическая помощь мужскому населению всех возрастов.

Проведенный анализ обращений по поводу мужского бесплодия показал, что основными факторами мужской суб- и инфертильности являются: хирургическая патология мужской уrogenитальной сферы 33,8%, воспалительные заболевания мужских половых органов 20,5%, аутоиммунное бесплодие 4,5%, эндокринные расстройства 8,9%, нарушение семяизвержения и сексуальные факторы (эректильная дисфункция, гипоспадия, нарушения эякуляции) 5,9%, идиопатическое бесплодие 20%. Одним из приоритетных направлений в работе центра явилась ранняя диагностика и хирургическое лечение варикоцеле, так как данное заболевание является основной хирургической причиной мужского бесплодия. Доказанным считается отрицательное влияние варикоцеле на мужскую фертильность посредством оксидативного стресса, что приводит к фрагментации ДНК сперматозоидов, снижению качественных и количественных показателей эякулята, возникновению аутоиммунных реакций. С 2010г. по 2018г. в урологическом стационаре краткосрочного пребывания выполнено 1024 операции по поводу варикоцеле. Проведен анализ эффективности антиоксидантной терапии и применения микроангиопротекторов в послеоперационном периоде у пациентов с повышенным уровнем антиспермальных антител. Пациенты распределены на 2 группы: контрольная (n=30), получавшие после оперативного лечения антиоксидантную терапию, основная группа (n=27), получавшие комбинированное лечение – антиоксидантная терапия и 3-окси-6-метил-2-этил-пиридина гидрохлорид (Эмоксипин). Критерии исключения – наличие других внешних и внутренних факторов снижающих фертильность. В послеоперационном периоде, каждые 3 месяца, пациенты проходили этапное обследование, включающее спермограмму, MAR – тест.

Результаты и обсуждение. За первые 6 месяцев наблюдения в обеих группах отмечено увеличение количества активно-подвижных сперматозоидов у 70% больных, улучшение

морфологии – у 44%, случаи наступления беременности – у 26%. При этом в основной группе (n=27) произошло значимое снижение уровня АсАт до нормальных значений у 51% пациентов, в контрольной группе (n=30) снижение уровня АсАт зарегистрировано у 27% пациентов.

Выводы. 1. Реализация принятого в ГАУЗ СК «ККСУЦ» алгоритма ведения мужчин со снижением фертильности позволило установить этиопатогенез нарушений мужской репродуктивной функции в каждом отдельном клиническом случае, снизив процент идиопатического бесплодия до 20%. 2. Комплексный подход в медикаментозной реабилитации пациентов с бесплодием на фоне варикоцеле, включающий применение микроангиопротекторов (Эмоксипин) позволяет достоверно улучшить прогнозы по излечению иммунного компонента бесплодия. 3. Реализация программы охраны мужского здоровья позволила решать задачи национальной демографической политики РФ на территории Ставропольского края благодаря организации ГАУЗ СК «ККСУЦ», как оптимального формата мужской консультации.

МЦ «ПОЛИКЛИНИК.РУ»

Рождественская О.А.

Введение. Патогенетическим механизмом нарушения сперматогенеза, лежащим в основе практически всех форм мужского бесплодия, независимо от их причины, является ускоренный оксидативный стресс сперматозоидов. Оксидативный стресс является защитным механизмом клетки, но в условиях хронического стресса или прогрессирования соматических заболеваний, он ускоряется, образуется избыточное количество свободных радикалов, которые способствуют формированию митохондриальной дисфункции и фрагментации ДНК сперматозоидов, что негативно влияет на макро- и микроскопические характеристики половых клеток: от их подвижности до оплодотворяющей способности. Антиоксидантная система контролирует оксидативный стресс и защищает от свободнорадикальных повреждений сперматозоиды. К ключевым антиоксидантным ферментам относится селен зависящая глутатион-пероксидаза. Кроме того, существуют неспециализированные ферментные системы по инактивации свободных радикалов, представленные низкомолекулярными антиоксидантами – витаминами А, Е, К, С, D, цинком, селеном, флавоноидами, витамином Р, коэнзимом Q10 и др. В настоящее время в зарубежной и отечественной научной литературе и клинической практике накоплена достаточно большая доказательная база об эффективности антиоксидантной терапии, которая повышает частоту естественных зачатий и зачатий в циклах экстракорпорального оплодотворения.

Цель исследования – повысить репродуктивные возможности мужчин с ожирением.

Материалы и методы: Проанализированы результаты обследования 20 мужчин в кабинет врача уролога и эндокринолога по поводу бесплодия. Все мужчины страдали ожирением (средний индекс массы тела (ИМТ) – $33,5 \pm 3,2$ кг/м²). Критериями включения являлся возраст $38,3 \pm 6,2$ лет, наличие патозооспермии. Критериями исключения являлось гипо/гипергонадотропный гипогонадизм, наличие тяжелых соматических заболеваний. С целью повышения репродуктивных возможностей мужчин с ожирением, после получения информированного согласия в течение 2 месяцев пациентам была предложена нутрицевтическая поддержка в виде биологически активной добавки (БАД) Андроккомплекс СВ. В начале исследования и через 2 месяца терапии (БАД) Андроккомплексом СВ в сочетании НКД изучена динамика параметров липидограммы – общего холестерина (ОХ), липопротеинов высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности, триглицеридов (ТГ), индекса атерогенности (ИА). Исследован уровень тестостерона (Т). Проведена оценка

антропометрических показателей – ИМТ. Так же всем больным была выполнена спермограмма по стандартной методике, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения (2010г). У всех пациентов был определён уровень маркера оксидативного стресса глутатион-пероксидазы (ГПО). Статистическая обработка проведена с использованием статистического программного пакета Statistica 6.0 для Windows с помощью методов параметрической статистики.

Результаты. Средняя концентрация сперматозоидов в эякуляте после 2-х мес курса нутрицевтической поддержки БАД Андроконкомплексом СВ в сочетании НКД достоверно увеличилась с $14,4 \pm 7,9$ 10/мл до $15,8 \pm 8,6 \times 10^6$ мл ($p=0,0001$), прирост составил 9,7%. Общая подвижность сперматозоидов увеличилась (на 22,6%), средняя подвижность сперматозоидов до и после терапии составила $32,5 \pm 8,0\%$ и $39,9 \pm 7,9\%$, соответственно ($p < 0,0001$). Морфология по строгим критериям Крюгера достоверно не изменилась, но показала тенденцию к улучшению. Количество морфологически нормальных сперматозоидов увеличилось с $3,987 \pm 2,93\%$ до $4,02 \pm 3,03\%$. Общее количество сперматозоидов в эякуляте достоверно не изменилось. В результате терапии отмечается выраженное увеличение жизнеспособности сперматозоидов. Выявлена положительная динамика метаболических параметров ($p < 0,05$): улучшение уровня тестостерона (с $9,2 \pm 1,8$ до $11,4 \pm 2,1$ пмоль/л), что ассоциировалось с повышением ГПО с $5347,3 + 628,4$ до $6285,1 + 634,2$ Ед/л. На фоне нутрицевтической поддержки в сочетании с НКД прослеживается улучшение метаболических показателей жирового обмена ОХ – с 6,4 до 5,6 мкмоль/л (при положительной динамике ЛПВП – с 0,93 до 1,04 мкмоль/л и ЛПНП – с 3,21 до 3,06 мкмоль/л), ТГ – с 2,0 до 1,8 мкмоль/л, ИА – с 4,6 до 3,9, ИМТ – с 33,5 до 32,9 кг/м² ($p > 0,05$).

Выводы. Улучшение антиоксидантной активности с помощью нутрицевтической поддержки в виде БАД Андроконкомплексом СВ в сочетании с похудением на фоне НКД улучшило показатели спермограммы и метаболического здоровья мужчин, что говорит о повышении репродуктивного здоровья.

Патогенетические аспекты эффективности антиоксидантной терапии при лечении пациентов с патоспермией

Смерницкий А.М.

Москва, НУЗ "Центральная поликлиника ОАО "РЖД", andreysm2005@mail.ru

Введение. Патогенетическим фактором нарушений сперматогенеза, лежащим в основе практически всех форм мужского бесплодия, независимо от их причины, является окислительный стресс сперматозоидов. Окислительному стрессу подвержены все аэробные клетки, а сперматозоиды являются наиболее уязвимы к нему. Патогенетически окислительный стресс приводит к митохондриальной дисфункции и фрагментации ДНК сперматозоидов, что негативно влияет на макро- и микроскопические характеристики половых клеток: от их подвижности до оплодотворяющей способности. Антиоксидантная система образована низкомолекулярными антиоксидантами и специализированными антиоксидантными ферментами. К ключевым антиоксидантным ферментам относятся глутатион-пероксидаза. Кроме того, существуют неспециализированные ферментные системы по инактивации свободных радикалов, представленные низкомолекулярными антиоксидантами – витаминами А, Е, К, С, D, цинком, селеном, флавоноидами, витамином Р, коэнзимом Q10 и др.

Цель исследования – оценить динамику параметров спермограммы и выявить возможные метаболические маркеры эффективности антиоксидантной терапии у мужчин с патоспермией.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования 20 мужчин, обратившиеся в кабинет врача уролога-андролога по поводу бесплодия. Все пациенты дали согласие на участие в данном исследовании. Критерия включения: возраст старше 18 лет, наличие патозооспермии, подтвержденной стандартной спермограммой, наличие информированного согласия. Критерии исключения: повышение или понижение лютеинизирующего гормона (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), тяжелые поражения сперматогенеза (криптозооспермия и некрозооспермия), наличие генетических нарушений, тяжелых соматических заболеваний. Возраст пациентов составил 22-48 лет (средний возраст $30,2 \pm 6,6$ года). Кроме анализа жалоб, сбора анамнеза и физикального обследования, всем больным была выполнена спермограмма по стандартной методике, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения (2010г.), определяли уровень тестостерона, выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) и доплерографию сосудов органов мошонки. Также у всех пациентов определяли уровень глутатионпероксидазы (ГПО). Все пациенты получали цинк 20 мг, селен 0,03 мг, витамин С 25 мг, витамин Е 32 мг в составе биологически активной добавки к пище (БАД) в сутки в на протяжении 3 мес. Статистическая обработка проведена с использованием статистического программного пакета Statistica 6.0 для Windows с помощью методов параметрической статистики.

Результаты. Средняя концентрация сперматозоидов в эякуляте после 3-месячного курса антиоксидантной терапии достоверно увеличилась с $14,4 \pm 7,9 \times 10^6$ мл до $15,8 \pm 8,6 \times 10^6$ мл ($p=0,0001$), прирост составил 9,7%. Общая подвижность сперматозоидов достоверно увеличилась (на 22,6%), средняя подвижность сперматозоидов до и после терапии составила $32,5 \pm 8,0\%$ и $39,9 \pm 7,9\%$, соответственно ($p < 0,0001$). Морфология по критериям Крюгера показала тенденцию к улучшению. Количество морфологически нормальных сперматозоидов увеличилось с $3,987 \pm 2,93\%$ до $4,02 \pm 3,03\%$ на фоне антиоксидантной терапии. Общее количество сперматозоидов в эякуляте достоверно не изменилось. В результате терапии отмечается выраженное увеличение жизнеспособности сперматозоидов. Также в этой группе пациентов отмечено повышение уровня тестостерона (с $9,2 \pm 1,8$ до $15,4 \pm 2,1$ пмоль/л), что ассоциировалось с повышением ГПО с 5256 ± 779 до 6589 ± 734 Ед/л.

Выводы. Повышение антиоксидативного статуса при патоспермии улучшает показатели спермограммы, уровень тестостерона, отмечена положительная корреляция с биохимическим селенсодержащим маркером окислительного стресса глататион-пероксидазой, что требует дальнейшего наблюдения.

Возраст мужчины и общая подвижность сперматозоидов как важные прогностические критерии оценки эффективности варикоцелэктомии при мужском бесплодии

Шомаруфов А.Б., Аббосов Ш.А.

*Кафедра урологии Ташкентской медицинской академии
ГУ "Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр Урологии" (г. Ташкент, Узбекистан)*

Введение. Варикоцеле является самой распространенной и поддающейся коррекции причиной мужского бесплодия и может встречаться у 15-40% бесплодных мужчин. Учитывая, что варикоцелэктомия не у всех больных приводит к улучшению качества эякулята и наступлению беременности, изучение возможных значимых прогностических факторов (предикторов), влияющих на эффективность варикоцелэктомии является на данный момент актуальной проблемой.

Цель исследования. Выявление достоверных предикторов эффективности хирургической коррекции варикоцеле, с помощью анализа вероятности наступления беременности на базе пакета статистического анализа IBM SPSS® Statistics 21.0.

Материалы и методы. В соответствии с критериями включения (наличие жалоб на отсутствие беременности у супруги в течение 12 мес. и более, наличие клинического варикоцеле и аномальных параметров эякулята) и критериями исключения (больные с нормо- и азооспермией, а также с др. причинами мужского бесплодия) в наше исследование были включены 89 мужчин в возрасте от 21 до 50 лет, страдающие бесплодием и варикоцеле. Все больные перенесли микрохирургическое чрезпаховое лигирование вен семенного канатика в условиях Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии в период 2015-2017 гг.

Проведен дискриминантный анализ с пошаговым отбором (с оставлением только значимых предикторов), на базе IBM SPSS® Statistics 21.0 с включением в анализ таких клинических параметров (предикторов), как: возраст, длительность бесплодия, индекс массы тела (ИМТ), степень варикоцеле и исходные параметры спермограммы.

Результаты. Средний возраст мужчин составил $29,4 \pm 0,3$ лет, средняя продолжительность бесплодия составила $39,6 \pm 2,9$ мес. Беременность в послеоперационном периоде наступила у 26 пар из 89 (29,2%). По результатам дискриминантного анализа с пошаговым отбором наступления беременности достоверно зависела от возраста больного ($p=0.001$) и общей подвижности сперматозоидов ($p=0.0002$). Остальные предикторы были исключены из анализа в ходе пошагового отбора. Специфичность полученной дискриминантной функции составила 77,6%, чувствительность – 72,2%. Прогностическая способность функции составила 74,8%.

Итоговая дискриминантная функция выглядит следующим образом:

$D = a \times 0,24 + b \times (-0,31) - 5,67$; где, a – возраст больного, b – общая подвижность, 5,67 – константа. Пороговое значение отсутствия/наступления беременности – (-0,242).

Если результат больше данного значения то вероятность наступления беременности будет низкой.

Выводы. Возраст мужчины и общая подвижность сперматозоидов являются достоверными предикторами наступления беременности после хирургической коррекции варикоцеле. Вышеуказанная дискриминантная функция может быть использована для предварительной оценки вероятности наступления беременности после варикоцелэктомии.

Сексуальные расстройства у мужчин

Взаимосвязь эндотелиальной дисфункции кавернозных артерий и типа половой конституции у больных с эректильными нарушениями

А.М. Ашурметов

Центральная Клиническая Больница №1 Главное Медицинское Управление при Администрации Президента РУз, г.Ташкент

Важная составляющая здоровья мужчины независимо от его возраста – полноценная и естественная сексуальная жизнь, которая является предметом особой психологической значимости для мужчины. Выявление большой частоты эректильных дисфункции (ЭД) у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и факторами риска, интересует внимание исследователей к этой проблеме. Не у всех пациентов, страдающих ССЗ или имеющих кардио-васкулярные факторы риска, развиваются эректильные нарушения, однако фенотипические различия, особенности половой конституции у пациентов с ЭД не учитываются в практике и недостаточно отражены в литературе.

Цель исследования: оценить частоту эндотелиальной дисфункции кавернозных артерий, преобладающий тип половой конституции у мужчин с ССЗ и факторами риска. Материалы и методы. Было обследовано 61 мужчин в возрасте 32-74 лет с ССЗ и кардио-васкулярными факторами риска. Все мужчины прошли комплексное обследование, в которое входило сбор общемедицинского и сексологического анамнеза, общий осмотр, исследование гормонального статуса, липидного спектра и глюкозы крови. Всем больным проводился анкетированный опрос (МИЭФ-5) и по шкале векторного определения половой конституции, вычислялся генотипический индекс (Кг), фенотипический индекс (Кф), и конституционально моделированный индекс половой конституции (Ка).

Помимо этого, у всех мужчин выполнили исследование эндотелиальной функции кавернозных артерий, с применением методики ультразвукового исследования изменений диаметра после воздействия узкоспектральных (дальний диапазон) ИК-излучателей. Процент Увеличения Диаметра Кавернозных Артерий (ПУДКА) рассчитывали по формуле: $ПУДКА = 100\% \times (D_2 - D_1) / D_1$; где D_1 - средний диаметр обеих кавернозных артерий до облучения ИК-излучателем; D_2 - средний диаметр обеих кавернозных артерий после облучения. Пороговое значение ПУДКА для идентификации артериогенной ЭД от других форм ЭД соответствовало 30%. Результаты. Проявления эректильной дисфункции были выявлены у 58 (95,1%) пациента. По данным МИЭФ-5: легкая степень эректильных нарушений выявлено у 15 (24,6%) мужчин; средней степени нарушения у 38(62,3%) мужчин; тяжелой степени - у 5 (8,2%); признаки ЭД отсутствовали у 3 (4,9%). По шкале определения вектора половой конституции (ВПК) было выявлено: у 37 (60,6%) мужчин - ослабленный вариант средней; средний вариант – у 13 (21,3%); сильный вариант средней – у 7 (11,5%); слабая половая конституция выявлена у 4 мужчин (6,5%). Анализ конституциональных особенностей в группе больных с ЭД характеризовался низкими показателями индексов Кф, Кг и Ка. Была выявлена корреляционная связь между наличием эректильной дисфункции и генотипическим индексом ($r=0,48$; $p=0,001$), а также между наличием эректильной дисфункции и фенотипическим индексом ($r=0,42$; $p=0,001$). У 82% мужчин с ЭД ВПК находился в пределах среднего и ослабленного среднего вариантов, с показателями фенотипического индексов

$K_f=4,6-5,5$ и $K_f=3,6-4,5$ соответственно. Анализ пациентов с сильным вариантом средней половой конституции ($n=7$) выявил, что при наличии 4-7 факторов риска (возраст, гиподинамия, ожирение, курение, дислипидемия, андрогендефицит, ССЗ, СД) приводят к проявлениям ЭД в среднем в течение 16,2 мес.. Анализ пациентов со слабым вариантом половой конституции ($n=4$) выявил, что признаки эректильных нарушений появились при наличии 2-3 факторов риска, при этом эти нарушения пациенты отмечали уже в течение 2-5 лет, прежде чем обратились к врачу.

Таким образом, у 82% мужчин с эректильной дисфункцией определяется средний и ослабленный вариант половой конституции. Слабый и ослабленный вариант средней половой конституции является предиктором дисфункции эндотелия и эректильных нарушений. У 96,7% обследованных мужчин выявлена эндотелиальная дисфункция кавернозных артерий, при этом чем больше факторов риска, тем значительнее проявления эндотелиальной дисфункции.

Полученные результаты подтверждают необходимость активного внимания и включения в стандарты обследования определение ВПК мужчины.

Комплексное лечение эректильной дисфункции у мужчин с артериальной гипертензией

Гафаров Ш.С.

Бухарский Государственный медицинский институт, Узбекистан

Эректильная дисфункция (ЭД) представляет собой широко распространенную медицинскую, психологическую и социальную проблему. В настоящее время распространенность ЭД среди мужчин всех возрастов оценивают в 10%, а в группе мужчин 40-70 лет она достигает 52%. Увеличение за последнее 10 лет продолжительности жизни привело к повышению количество мужчин с нарушением половой функции, которые обращаются за помощью к врачу. Причины развитие ЭД многообразны, но наиболее часто это состояние обусловлена психогенными факторами и нарушением кровообращения при заболеваниях сосудов. Распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди мужчин составляет 39,2%. Частота эректильной дисфункции среди больных АГ 46%. Длительное повышение АД способствует пролиферации мышечной ткани в кавернозных телах и кровеносных сосудах, вызывает фиброз кавернозной ткани, причем выраженность этих изменений зависит от степени повышения систолического АД. Развитие ЭД в значительной степени провоцирует возникающее усиление свободнорадикального процесса и перекисного окисления в тканях полового члена, развитие эндотелиальной дисфункции у больных АГ, которая заключается в неадекватной выработке оксида азота сосудистым эндотелием в ответ на адекватные стимулы.

Целью нашего исследования было подобрать комплекс лечения ЭД у мужчин с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдениям находилось 32 больных с ЭД и АГ в возрасте от 28 до 55 лет. Диагноз ЭД устанавливался с помощью Международного индекса эректильной функции (МИЭФ) и по вопроснику СФМ (сексуальная формула мужская, Васильченко Г.С., 1979); пациенты давали информированное согласие на участие в исследовании. Всем включенным в исследование пациентам было проведено суточное мониторирование

АД. Психологическое тестирование осуществлялась по вопроснику СМОЛ (сокращенный многопрофильный опросник личности).

Результаты и обсуждение. Анализ результатов тестирования по шкале СМОЛ показал, что среди пациентов с ЭД и АГ отмечаются высокие показатели по шкале ипохондрии в 89,5%, депрессии у 65,9%, психастении у 46,9% больных. Комплексная терапия включала: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (лизиноприл 10 мг утром), антагонисты кальция (амлодипин 5 мг вечером), β блокаторы (атенолол 5 мг утром), импазу по 1т x 2р в день. Эти препараты улучшают эректильную функцию у мужчин за счет повышения активности эндотелиальной NO – синтазы. На фоне лечения, через 3 месяца, было выявлено достоверное снижение показателей СМОЛ по шкалам ипохондрии и депрессии на 9 и 12,5% соответственно и улучшение эрекции.

Заключение. Таким образом, применение комплексной терапии в обследованной группе пациентов привело к достоверному улучшению по всем показателям эректильной функции, основным компонентам сексуальной функции в целом, а также к нормализации суточного профиля АД, улучшению психологического состояния больных, выразившемуся в снижении уровней депрессии и ипохондрии по шкалам СМОЛ.

Запоздалая эякуляция: диагностика, принципы лечения

Гафаров Ш.С.

Бухарский Государственный медицинский институт, Узбекистан

Поздним семяизвержением считается запоздалая эякуляция, возникающая непроизвольно и происходящая через продолжительное время после начала половой стимуляции, сопровождающаяся психологическим и физическим дискомфортом (Горпинченко И.И., 2011). По статистике, она встречается у 2 из 1000 мужчин и носит преходящий или постоянный характер (Хамзин А.А., Фролов Р.А., 2014). Различают первичную позднюю эякуляцию, когда состояние возникает в самом начале половой жизни и вторичную, развивающуюся через неопределенное время после ведения ранее нормальной половой жизни. Задержка эякуляции бывает постоянной и ситуационной. Учитывая полиэтиологичность данной патологии, целью нашего исследования было систематизировать диагностику и лечение подобного рода больных.

Материалы и методы. За период 2015 по 2018 гг. под нашим наблюдением находилось 16 больных мужчин с запоздалой эякуляцией в возрасте от 25 до 50 лет. Давность заболевания составляла от 3 до 5 лет. Пациенты обращались к нам ввиду неудовлетворенности половой жизнью, либо из-за упреков жены.

При обследовании обращали внимание на жалобы (депрессия, снижение настроения, общее недомогание, тревога, хронический стресс); анамнез (алкоголизм, табакокурение, наркомания, сахарный диабет и диабетическая полинейропатия, травмы спинного мозга). Проводили объективное обследование больного, общий анализ мочи, крови, биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, мочевины, билирубин, амилаза, сахар крови и мочи); определялись андрогены, ЛГ, ФСГ, гормоны щитовидной железы. Проводили ТРУЗИ предстательной железы и пальцевое ректальное исследование простаты. Все пациенты консультированы невропатологам, психиатром, эндокринологом, психологом. В зависимости от проводимого

лечения больные разделены на 2 группы: первая группа – 9 больных, получивших этиологическую медикаментозную терапию (йохимбин – альфа 2 антагонист, альфа 1 агонист и блокатор кальциевых каналов в сочетании с природным стимулятором жень-шенем). Вторая группа – 7 больных, получивших назначения первой группы с добавлением физиотерапевтических методов: седативную (хвойные, йодобромные ванны) и трофостимулирующую (стимуляцию нервных окончаний легким током через анальное отверстие и массажи простаты).

Результаты и обсуждения. Критериями эффективности лечения мы считали: 1) сокращение времени выброса эякулята от 30-40 мин до 5-10 мин; 2) получение яркого оргазма мужчиной; 3) удовлетворенность женщины половым актом. У 8 больных 1 группы улучшение состояния наступило через 20 дней от начала лечения. У одного больного положительных изменений не наблюдалось, в связи чем он был направлен к психотерапевту для долечивания. У 7 больных 2 группы, которые получали дополнительную седативную и трофостимулирующую терапию, улучшение состояния наступило после 5-7 процедур: время наступления эякуляции сократилось, с каждой процедурой оргазм становился ярче, жены пациентов переставали предъявлять жалобы. И в 1-ой и во 2-ой группе, при соблюдении больными предписаний врача по здоровому образу жизни в катамнезе через 2 года результаты лечения были стойкими.

Таким образом, при правильной диагностике и этиопатогенетическом лечении наступает значительное улучшение состояния больных.

Заключение. В целом лечении запоздалой эякуляции требует мультидисциплинарного подхода. Большую роль в исцелении пациента играет создание с врачом доверительных отношений и привлечение к терапии мужчины его партнерши. Именно комплексность лечения даёт наилучшие результаты и избавляет больного от сексуальных проблем.

Коррекция межличностных отношений при преждевременном семяизвержении

Ш.С.Гафаров

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

Преждевременным считают семяизвержение, возникающее постоянно или периодически без должного контроля над ним до введения полового члена во влагалище (ejaculatio ante portas) или менее через две минуты после интроекции (ejaculatio proeoxo).

Различают первичную (изначальную) и вторичную (приобретённую) формы преждевременного семяизвержения (Н.Д.Ахвледиани, 2018). Учитывая многофакторность возникновения данной патологии, психологический дискомфорт ввиду эякуляторного нарушения (Serefoglu E.C., Mc.Mahon et al, 2014), целью нашего исследования было провести коррекцию межличностных конфликтов в паре.

Материалы и методы. В период с 2015-2018 гг. под нашим наблюдением находилось 212 больных с преждевременным семяизвержением.

Проведено комплексное обследование всех больных: клиническое обследование, в том числе осмотр гениталий, исследование крови на содержание тиреотропного гормона, изменение длительности полового акта по секундомеру, УЗИ простаты, бак посев мочи и секрета простаты. Проведены консультации невропатолога, психиатра и психолога.

Больные разделены на две группы

1-ая группа – 144 больных с преждевременным семяизвержением, жены которых были индифферентны к половому акту ввиду непросвещенности. Для них достаточно было иметь сатисфакцию – удовлетворение половым актом без получения оргазма.

2-ая группа – 68 пациентов, в этиологии возникновения патологии которых находились межличностные конфликты с половыми партнёрами.

Результаты и обсуждение. Мы пытались применить методы «старт-стоп», «техника сжатия», которые не прижились ни в одной группе. В своей работе мы использовали неканоническую анкету критериев преждевременного семяизвержения (опросник), которая помогла нам правильно разделить больных на группы.

В первой группе пациенты получали лечение хронического простатита, эректильной дисфункции, гипертиреоза. То есть терапия была направлена на патологию в организме мужчины.

Во второй группе жены пациентов были просвещены в вопросах половых взаимоотношений и требовали от полового партнёра достижения ими оргазма. Пациенты получали назначения 1-ой первой группы с добавлением препарата «Нейрофорте» (ООО Rapid Solution, Узбекистан). Это многокомпонентное средство, предназначенное для улучшения половых функций мужчины, предотвращает преждевременную эякуляцию, улучшает эмоциональное состояние, снимает депрессию, стрессы. 1 капсула этого препарата содержит L-тирозин, L-фенилаланин, L-триптофан, L-глутамин, Витамин В6, магний цитрат.

В этой группе проводилась работа с парой, психотерапия, аутотренинг вплоть до гипнотерапии.

В результате проведённого лечения эффект в 1-ой группе наступил у 100 (69%), а во 2-ой – у 72% больных. Время, потраченное на лечение во 2-ой группе было более продолжительным ввиду углубленной работы с обоими половыми партнёрами.

Заключение. Преждевременная эякуляция является не до конца изученной проблемой. Диагностика требует дифференциации (необходима коррекция состояния организма мужчины или межличностных отношений в связи с претензиями женщины на оргазм). В связи с этим терапия должна быть комплексной с учётом всех звеньев этиологии и патогенеза для достижения эффективного лечения преждевременного семяизвержения.

Клеточная и ударно-волновая терапия, как новый метод лечения эректильной дисфункции

Епифанова М.В.¹, Чалый М.Е.², Артеменко С.А.³

*¹Кафедра урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии
Медицинского института РУДН, Москва, Россия*

²МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

³Сеченовский Университет, Москва, Россия

Введение: Множество доклинических и клинических исследований показали, что монотерапия аутоплазмой, обогащенной тромбоцитарными факторами (АОТ), или экстракорпоральной ударно-волновой терапией (ЭУВТ) являются безопасными и эффективными методами лечения эректильной дисфункции. Основываясь на имеющихся данных, нами было

выдвинуто предположение о том, что регенеративные свойства АОТ могут потенцироваться эффектами ЭУВТ. В связи с этим, целью данного исследования являлась оценка эффективности и безопасности комбинированной терапии двумя вышеуказанными методами для улучшения эректильной функции (ЭФ).

Материалы и методы: В течении 60 дней десять мужчин, удовлетворяющих критериям включения, приняли участие в исследовании. Средний возраст мужчин составил 44,25 (22-69) лет. Пациенты предъявляли жалобы на эректильную дисфункцию (ЭД), продолжительностью 2,95 лет в среднем. Лечение проводилось на протяжении 6 недель. Участники исследования получили 6 интракавернозных инъекций АОТ, активированной 10% раствором CaCl₂, 1 раз в неделю, и 12 процедур ЭУВТ 2 раза в неделю. Каждая инъекция осуществлялась в 2 точки полового члена билатерально, в срединную и дистальную части кавернозных тел. Сеанс ЭУВТ включал 4000 ударов на половой член, с частотой 300 уд/мин, мощностью 0,581 мДж/см². Оценка эффективности комбинированной терапии была проведена с помощью валидированных опросников МИЭФ-5, SEP, GAQ и фармакодоплерографии (ФДГ) сосудов полового члена с ПГЕ1.

Результаты: По результатам МИЭФ-5, эректильная дисфункция с умеренной 12,4 (9-18) улучшилась до легкой степени 18,6 (15-23) в среднем. SEP с 1,6 (1-2) увеличился до 3,7 (3-5). По данным ФДГ после введения ПГЕ1 PSV с 29,87 см/с (14,10 – 48,60) увеличилась и достигла 39,69 см/с (24,00 – 55,20), а RI 0,86 (0,69 – 1,00) до 0,91 (0,78 – 1,00). Согласно GAQ все пациенты отметили положительный эффект от применения комбинированного метода лечения.

Выводы: В ходе настоящего исследования побочных эффектов и осложнений у пациентов зарегистрировано не было. Отмечено значительное улучшение ЭФ у всех мужчин после проведенного курса лечения. Данный результат может быть объяснен ангиогенным, нейротропным и антифиброзирующим действиями комбинированной терапии, а также поддержанием баланса коллагенов I, III и IV типов. На данный момент исследование продолжается с большей выборкой пациентов.

Диагностическая ценность лабораторно-инструментальных методов исследований эректильной дисфункции

Ефремов Е.А.^{1,2}, Кастрикин Ю.В.^{1,2}, Едоян Т.А.^{1,2}, Бутов А.О.²

¹НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ

²Кафедра урологии, андрологии и онкоурологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Актуальность темы. Известно, что эректильная дисфункция (ЭД), как правило, носит полиэтиологический характер. Однако, несмотря на достаточное количество исследований отечественных и зарубежных специалистов в области диагностики ЭД, ставших стандартами оказания медицинской помощи, до конца не определена диагностическая ценность каждого из этих используемых методов в формировании диагноза с последующим персонализированным подходом в лечении.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены результаты обследования 470 пациентов с различными формами ЭД в возрасте от 18 до 75 лет (в среднем 40,2 года), которым проводилось сексологическое тестирование, исследование биохимических и гормональных показателей крови, антропометрические измерения и применялись дополнительные инструментальные методы исследований (фармакодоплерография сосудов полового члена (ФДГ), электрофизиологическое исследование полового члена, исследование системной эндотелиальной функции, мониторинг пенильных тумесценций при помощи медицинского устройство RigiScan™, динамическая компьютерная фармакокавернозография).

Результаты. В исследование было включено 470 мужчин с различными формами ЭД в возрасте от 18 до 75 лет (в среднем 40,2 года). Наиболее часто ЭД встречалась в возрастной группе от 25 до 45 лет. При этом, 129 пациентов (27,4%) находились в возрастной группе от 18 до 30 лет, 172 пациента (36,6%) в возрасте 31-45 лет, 135 пациентов (28,6%) в возрасте 45-60 лет и 34 пациента (7,23%) в возрасте старше 60 лет.

Согласно полученным данным, ряд исследуемых параметров, например, таких как ФДГ сосудов полового члена и отдельные биохимические показатели крови (глюкоза, холестерин, общий тестостерон, ГСПГ) имеют достоверную корреляционную связь с развитием ЭД. Значительный вклад в правильную диагностику оказывает исследование антропометрических данных (окружность талии), причем индекс рост/вес не совсем является информативным показателем. При исследовании особенностей пенильного кровотока наиболее значимы параметры максимальной скорости артериального кровотока, время сохранения кровотока и максимальная скорость кровотока по глубокой дорсальной вене (ГДВ). При сексологическом тестировании наиболее важный параметр - уровень тревожности по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS).

Выводы. Таким образом, несмотря на различную диагностическую ценность изучаемых диагностических параметров, наиболее оптимальным алгоритмом диагностики эректильной дисфункции остаются сексологическое тестирование, исследования некоторых биохимических и гормональных показателей крови, а также применение ФДГ.

Заместительная гормональная терапия у мужчин

Ибодов Н.С., Ибодуллоев И.А., Ибодуллоев Ч.И.

Республиканский научно-клинический центр урологии г. Душанбе

Введение. За последние годы достигнуты значительные успехи в изучении андрогендефицитных состояний у мужчин. Возрастной андрогенный дефицит может проявляться ослаблением либидо, эректильной дисфункцией, снижением яркости оргазма, уменьшением мышечной массы и силы, снижением умственных и физических способностей, повышенной утомляемостью, депрессией, тревожностью, раздражительностью, ослаблением концентрации внимания, снижением когнитивных функций, потливостью, ощущением холода, приливами жара, головокружением, учащенным сердцебиением, нестабильностью артериального давления, развитием остеопороза и т.д. Часто эти неспецифические симптомы не принимаются за признаки возрастного андрогенного дефицита. У мужчин с дефицитом тестостерона чаще наблюдаются избыточный вес и абдоминальное ожирение, что в сочетании с артериальной гипертензией повышает риск развития сахарного диабета и сердечно-сосудистых событий. Все вышеизложенное обуславливает важность и актуальность данной проблемы и придает

достаточную практическую значимость разработке и внедрению инновационных методов гормональной терапии тестостерондефицитных состояний.

Цель исследования – оценить эффективность и безопасность применения препарата Небидо - тестостерона ундеканоата – у мужчин с андрогенным дефицитом для восстановления и удержания уровня тестостерона в пределах физиологической нормы.

Материалы и методы. Медикаментозную терапию препаратом Небидо в дозе 1000 мг, 4,0 мл внутримышечно по схеме 4 раза в год получили 43 пациентов с андрогенным дефицитом в возрасте от 49 до 68 лет (средний возраст – 58,5 ± 9,9 года), с уровнем тестостерона в крови 6,0 ± 2,1 нмоль/л, не получавших других гормональных препаратов в любой лекарственной форме. До начала лечения у данной группы не имелось обострения сопутствующих хронических заболеваний (хронический пиелонефрит, простатит, уретрит). У 59,6 % пациентов была артериальная гипертензия I-II степени, у 71,1 % отмечалось абдоминальное ожирение, окружность талии составила 118 ± 5,2 см. У 43,5 % имелись нарушения углеводного обмена. Критериями исключения из исследования были: наличие онкологических заболеваний, высокий титр простатического специфического антигена, большой объем простаты. У всех пациентов отмечались: снижение полового влечения, уменьшение объема эякулята, снижение интенсивности оргазма, нарушения половой функции различной степени, снижение работо-способности, утомляемость, депрессивное состояние.

Результаты и обсуждение. Повышение уровня тестостерона отмечалось уже через 3-5 дней после первой инъекции. При интервале между инъекциями в 6-12 нед концентрации тестостерона оставались в физиологическом диапазоне 13,8 ± 1,9 нмоль/л. Все пациенты отметили улучшение общего самочувствия, настроения, повышение сексуальной удовлетворенности, эрекции, изменение яркости оргазма, увеличение мышечной массы, уменьшение количества висцерального жира.

Заключение. Применение препарата Небидо дает возможность создать высокую комплаентность со стороны пациентов (удобство применения – 4 инъекции в год), позволяя поддерживать на стабильном уровне необходимую физиологическую концентрацию тестостерона, что крайне важно для эффективного и безопасного лечения. Терапия Небидо, направленная на нормализацию тестостерона, оказывает позитивное влияние на все формы нарушений половой функции, поскольку все они являются андрогензависимыми, что позволяет продлить активные годы жизни мужчины, сохранить интерес к жизни и его сексуальную функцию.

Преждевременная эякуляция: основные физиологические механизмы и новые подходы к лечению

Камалов А.А.^{1,2}, Охоботов Д.А.^{1,2}, Фролова М.В.², Тивтикян А.С.², Нестерова О.Ю.³

¹Медицинский научно-образовательный центр МГУ имени М.В. Ломоносова (директор – академик РАН, д.м.н. Камалов А.А.).

²МГУ имени М.В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины, кафедра урологии и андрологии (зав. кафедрой – академик РАН, д.м.н. Камалов А.А.)

³МГУ имени М.В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины (декан факультета академик РАН, д.б.н. Ткачук В.А.)

Введение: преждевременная эякуляция (ПЭ) характеризуется ранним семяизвержением, происходящим в течение 1 минуты после влагалищного проникновения или до него. ПЭ является самой распространённой проблемой интимного характера большинства мужчин, что ведёт к развитию ряда негативных психологических последствий. Для понимания этиопатогенеза заболевания необходимо иметь представление о физиологических механизмах эякуляторного рефлекса, ключевым посредником которого является группа галанин-эргических поясничных спино-таламических клеток (LSt cells) с их многочисленными проекционными связями с различными структурами центральной нервной системы. Основные подходы к лечению ПЭ основаны на замедлении проведения импульса по афферентам от чувствительных рецепторов головки полового члена. В последние годы основная масса научно-практических исследований по проблеме ПЭ посвящена оценке различных технологий рефлексотерапии и возможностям применения метода биологической обратной связи (БОС).

Задачи: анализ имеющихся литературных данных с целью обобщения представлений о нейрофизиологических механизмах эякуляторного рефлекса, обзор наиболее перспективных немедикаментозных методов коррекции преждевременной эякуляции.

Материалы и методы: поиск научных исследований проводился с использованием электронных баз данных Medline, EMBASE, Cochrane, Chinese BioMedical Literature Database, China National Knowledge Infrastructure (CNKI).

Основные результаты: эякуляция – сложный рефлекс, контролируемый спинальным центром эякуляции, в частности LSt cells, которые координируют автономные и соматические выходы и интерггирует их с сенсорными входами, связанными со стимуляцией сексуальной активности. Спинальный центр эякуляции содержит ряд нейропептидов, таких как галанин, холецистокинин (ССК), гастрин-рилизинг пептид (GRP) и энкефалин (Enk), которые, согласно проведённым исследованиям, стимулируют возникновение эякуляторного рефлекса. Помимо этого, важную роль играют и другие медиаторы, опосредующие действие между симпатическими и парасимпатическими ядрами спинного мозга: серотонин, окситоцин, дофамин, ГАМК. Основа патогенеза ПЭ – патологическая импульсация в спинальный центр эякуляции. Торможение такого эффекта достигается использованием немедикаментозных методов лечения: аугментация головки полового члена препаратами на основе гиалуроновой кислоты, введение в бульбоспонгиозную мышцу ботулотоксина типа А, иглорефлексотерапия, восстановительная терапия мышц тазовой диафрагмы, терапия с помощью БОС-терапии.

Заключения и выводы: ПЭ остаётся значимой социальной проблемой, требующей своевременного лечения у специалистов. Наличие большого количества методик лечения позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов и их половых партнёров с минимальным инвазивным вмешательством. Перспективными в этом отношении являются восстановительная терапия мышц тазового дна, а также различные технологии иглорефлексотерапии. Необходимо дальнейшее изучение их механизмов с проведением клинических исследований и оценкой эффективности использования в более широких масштабах.

Негормональная терапия пациентов с синдромом инволюционного снижения и дезинтеграцией половых проявлений

Мишанин Е.А., Кузьмич А.П., Бессонов С.Б.

г. Москва

Возрастное угасание сексуальных проявлений у пожилых мужчин 60-74 лет неизбежно и физиологично. В настоящее время требование к качеству жизни, в т.ч., сексуальной активности, возрастает.

В связи с развитием фарминдустрии просматривается акцент на применение гормональных препаратов при андрогенной недостаточности. «Концентрация тестостерона в плазме крови 12-40 нмоль/л является величиной переменной, колеблется на протяжении жизни... У человека ни один гормональный препарат непосредственно не воздействует ни на половое влечение, ни на эрекцию. Подобные эффекты опосредованы через многокомпонентную цепь преобразований общего состояния организма» (Г.С. Васильченко).

Учитывая онконастороженность и эффект фармакологической кастрации гормонотерапия может быть обоснована при наличии витальных показаний или только как "механизм запуска" под лабораторным контролем при отсутствии побочных эффектов (снижение либидо, ослабление эрекций, отсутствие эякуляций).

За последние 15 лет широко применяется ЛОД и ФЛОД-терапия в лечении пациентов пожилого возраста с синдромом инволюционного снижения. Показана высокая эффективность лечения без назначения гормоносодержащих препаратов. Подчеркивается важная роль ЛОДТ и ФЛОДТ как прямое воздействие на патогенетическое звено в комплексной терапии пожилых пациентов.

Следующее поколение аппаратуры ФЛОДТ включает наличие согласованных программ аудио-видео эротической стимуляции. "У человека наблюдаются как общие, так и специфические феномены андрогенизации в двух вариантах: от концентрации гормона к поведению и от психогенно "провоцированного" поведения к концентрации гормона.

Признано, что аудио- и видеoinформация эротического характера вызывает четкое повышение тестостерона в плазме крови.

Согласованное воздействие физических факторов, активация слуховых и зрительных анализаторов вызывает эффект синергии, что приводит к инициации процесса возбуждения многоуровневой структуры взаимодействующих центров, обеспечивающих стадии и составляющие копулятивного цикла мужчины.

В аппаратном комплексе АМВЛ-01 «Яровит» с управлением от персонального компьютера реализованы вышеперечисленные позиции. Программы эротической фото- и аудиостимуляции разработаны совместно с сотрудниками Отделения сексопатологии ФГУ «Московского НИИ психиатрии Росздрава». Опыт широкого применения АМВЛ-01 «Яровит» показал высокую эффективность лечения и стойкий результат терапии с учётом половой конституции пациента при адаптации партнёрской пары.

Комплекс успешно применяется в клиниках, медицинских центрах и санаториях.

Интерпретация графических показателей анализа ночных тумесценций на аппарате Андроскан МИТ. Первый опыт применения

Павлов А.Ю., Ивашин А.К., Дзидзария А.Г., Цыбульский А.Д.

ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России, г.Москва.

Ключевые слова. Эректильная функция, эректильная дисфункция, тест ночной пенильной тумесценции.

Введение. Регистрацию ночных тумесценций полового члена давно используют с целью дифференциальной диагностики между органической и психогенной эректильной дисфункцией (ЭД), поскольку считается, что ночные эрекции не зависят от психологических факторов. Кроме того, данные формы ЭД могут сочетаться, а на основании опроса и анамнеза не всегда возможно распознать этиологию ЭД.

Андроскан МИТ первое в России устройство созданное для регистрации ночных пенильных тумесценций, которое внесено в Государственный реестр медицинских изделий в ноябре 2018. Переносной и компактный датчик считывания Андроскан МИТ позволяет проведение исследования в домашних условиях в привычной для пациента обстановке. В отличие от аппарата RigiScan на данном регистраторе не происходит определение ригидности полового члена, а определяется только изменение диаметра полового члена у основания полового члена.

Цель работы. Определить графические параметры теста ночной пенильной тумесценции на устройстве Андроскан МИТ для пациентов с отсутствием эректильной дисфункции. Оценить возможности и особенности проведения анализа ночных тумесценций на устройстве Андроскан МИТ.

Материалы и методы. 5 пациентам с отсутствием ЭД и 30 пациентам с жалобами на ЭД различной степени выраженности проведен анализ ночных тумесценций на аппарате Андроскан МИТ. Степень выраженности ЭД определялась по опросникам Международного индекса эректильной функции (МИЭФ -5). Всем пациентам проводился анализ ночных тумесценций в течение минимум двух ночей с минимальным 6-часовым сном. Пациентам рекомендовалось исключить употребление алкоголя, прием лекарственных препаратов для сна или ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа в течение двух ночей до начала теста.

Исследование одобрено комитетом по этике в ФГБУ «Российский научный центр рентгено-радиологии» Минздрава России. Информированное согласие получено от всех пациентов.

Результаты. На основании проведенной работы нами выработаны нормативные графические параметры теста ночной пенильной тумесценции на устройстве Андроскан МИТ для пациентов с отсутствием эректильной дисфункции: количество эпизодов эрекции - более 3 за ночь; продолжительность эректильных эпизодов – более 10 минут; соотношение диаметра полового члена в не эрегированном и эрегированном состоянии более 0,75.

У всех 5 пациентов с отсутствием ЭД наблюдались вышеуказанные параметры. При этом ни у одного из 7 пациентов с выраженной ЭД (5 -10 баллов по опросникам МИЭФ-5) не выявлены вышеуказанные критерии. Статистическая обработка полученных данных не проводилась в связи с малым количеством пациентов и получением заведомо статистически незначимых результатов.

Комплексный подход в лечении андрогенодефицита в условиях специализированного уроandroлогического центра

Панченко И.А., Марабян Э.С., Гармаш О.Н., Панченко Р.И.

*ГАУЗ СК «Краевой клинический специализированный уроandroлогический центр»
г. Ставрополь*

Андрогенодефицит (АД), так называемый мужской климакс - состояние, связанное с низким содержанием основного мужского гормона - тестостерона. Под гипогонадизмом понимают уровень общего тестостерона $<12,1$ нмоль/л.

Распространенность андрогенодефицита у 40–70-летних мужчин в мире составляет 30–70%. В связи с тенденцией к увеличению числа пожилых людей в развитых странах, вопросы профилактики, своевременной диагностики и коррекции андрогенодефицита становятся все более актуальными.

Учитывая многообразие андрогензависимых механизмов регуляции различных органов и систем, разработка подходов к диагностике и лечению больных, страдающих андрогенным дефицитом, должна проводиться на междисциплинарной основе.

Материалы и методы. За 2014- 2018 гг. в ГАУЗ Ставропольского края «Краевой клинический специализированный уроandroлогический центр» проведено обследование 38673 взрослых мужчин. Из них 6359 обращений по поводу андрогенодефицита (16%). Доля пациентов с метаболическим синдромом из них составила 70% - 4451 и 34% - 2135 с эректильной дисфункцией.

В ГАУЗ СК «ККСУЦ» выработан комплексный алгоритм диагностики и лечения пациентов с андрогенодефицитом и метаболическим синдромом, который включает в себя заместительную гормональную терапию, коррекцию метаболического синдрома, занятия лечебной физкультурой (ЛФК), физиотерапию и коррекцию веса в реабилитационном отделении под наблюдением врача-эндокринолога, уролога-androлога.

Взяты к анализу 2 группы пациентов по 30 человек (основная и контрольная группа). Пациенты обеих групп пролечены в условиях дневного уроandroлогического стационара ГАУЗ СК «ККСУЦ». Лечение включало в себя заместительную гормональную терапию (ЗГТ) в контрольной группе и ЗГТ с дозированной тепловой нагрузкой в инфракрасной сауне с занятиями лечебной физкультурой (ЛФК) в основной.

После проведения комплексных восстановительных мероприятий отмечено явное улучшение клинических показателей при дополнительном использовании общего инфракрасного излучения и ЛФК (комплекс упражнений, направленных на укрепление мышц тазового дна и улучшение микроциркуляции).

В обеих группах оценивалось качество сна, интенсивность тревожно-депрессивных расстройств, либидо и половая активность, гормональный половой профиль. На фоне заместительной гормональной терапии гелевыми или инъекционными формами уровень тестостерона в обеих группах в сравнении с показателями до лечения достоверно повысился.

В основной группе положительная динамика показателей адаптивных реакций была достоверно выше на 25-30%, а это объясняется, на наш взгляд, тем, что дозированные тепловые

нагрузки в инфракрасной сауне и занятие лечебной физкультурой носят тренировочный характер и сопровождаются большим снижением массы тела и стрессовой нагрузки.

Оценка мужской копулятивной функции по шкале МИЭФ-5 после проведения реабилитационных мероприятий также показала целесообразность включения процедур в инфракрасной сауне и лечебной физкультуры при АД. Так, в основной группе во всех составляющих копулятивного цикла выявлены более существенные положительные изменения, что свидетельствует об активном влиянии инфракрасного воздействия и ЛФК на копулятивную функцию. Итоговая оценка шкалы МИЭФ-5 в основной группе после лечения достоверно увеличилась на 34,9%, тогда как в группе контроля – на 26,8%.

Выводы. Проведение заместительной гормональной терапии и общего инфракрасного излучения, ЛФК, физиотерапии в реабилитационном отделении ККСУЦ г. Ставрополя при АД является целесообразным и обоснованным, позволяющим не только восстановить нормальный уровень тестостерона, но и контролировать ряд клинико-метаболических показателей, психоэмоциональный статус, копулятивную функцию.

Оценка качества сексуальной жизни у пациентов с DJ стентами

Попов С.В., Орлов И.Н., Обидняк В.М., Спиридонов Н.Ю., Сытник Д.А.

СПбГБУЗ Клиническая больница Святителя Луки. Санкт-Петербург.

Введение и цель исследования: в наше время в связи с увеличением количества эндоскопических операций при мочекаменной болезни установка DJ стента стала рутинным явлением. На данный момент имеется небольшое количество публикаций, посвящённых качеству сексуальной жизни у пациентов с DJ стентами. Целью нашего исследования являлась оценка влияния DJ стентов на сексуальную активность пациентов.

Материалы и методы: за период с марта 2018г. по декабрь 2018г в исследование было включено 42 сексуально активных пациента (22 женщины и 20 мужчин) после ретроградной уретероскопии. Критериями исключения у женщин были: период менопаузы, состояние после гистерэктомии, а также различные гормональные нарушения. Наличие эректильной дисфункции, являлось критерием исключения у мужчин. Всем пациентам, включенным в исследование, выполнялась установка DJ стента на 1 месяц. Сексуальная функция у женщин и мужчин оценивалась с помощью международных валидированных опросников - Индекса Сексуальной Функции Женщин (FSFI) и Международного Индекса Эректильной Функции (IIEF). Опросники заполнялись пациентами за один день до установки DJ стента, спустя 1 месяц после стентирования, а также спустя две недели после удаления стента.

Результаты: средний возраст пациентов составил 34 года среди женщин и 38 лет среди мужчин. По результатам опросников FSFI и IIEF, оцененных до установки стента, сумма баллов составила 31.4 и 59.9 соответственно. Через 1 месяц после установки стента, число баллов, составило 26.7 для FFSI и 50.7 для IIEF. Через 2 недели после удаления стента сумма баллов FSFI и IIEF, составила 29.8 и 57.9 соответственно. После оценки полученных результатов выявлено, что на половую жизнь у женщин, значительное влияние оказывал психологический фактор наличия стента, нежели симптомы нижних мочевыводящих путей.

Тогда как у мужчин, удовлетворенность половым актом была снижена за счет болевого синдрома и симптомов нижних мочевыводящих путей.

Выводы: Наличие DJ стента, оказывает влияние на половую жизнь среди обоих полов. На сексуальную функцию женского населения, основное влияние оказывает психологический фактор, связанный с наличием стента. Причинами сексуальной дисфункции у мужчин, являются беспокойство, боли в поясничной области, болезненное семяизвержение и симптомы нижних мочевыводящих путей.

Опыт применения фототерапевтического вакуумного массажера амвл-01 магнитно-лазерного аппарата азлтис синхро-02 «ярило» в комплексном лечении эректильной дисфункции

Рознер В.Э.А., Хряковский С.И., Гарбузов И.В.

000 медицинский центр « Неомед», г. Анапа, Краснодарского края,

000 медицинский центр «Эскулап», г. Комсомольск на Амуре Хабаровского края

Введение: Около 100 миллионов мужчин в мире страдают эректильной дисфункцией (ЭД), 80% из них, пациенты с сахарным диабетом, артериальной гипертонией, хроническими заболеваниями простаты, включая генитальные инфекции, остальные 20% приходится на психогенный характер ЭД. В связи с этим комплексное лечение данной патологии является важной и актуальной задачей.

Цель работы: Проведение комплексной оценки эффективности воздействия адекватно подобранных химиотерапевтических, сосудистых и противовоспалительных препаратов) и физиотерапевтических средств, основанных на синергизме факторов стимуляции регенерации нейротрофики, микроциркуляции и иммуномодуляции в организме на примере использования приставки АМВЛ-01 аппарата «Ярило».

Материалы и методы: Нами проведен курс комплексной терапии 116 пациентам с ЭД, из них 23 с сахарным диабетом, 37 с ДГПЖ и воспалительными заболеваниями простаты, включая перенесенные ИППП, 42 с артериальной гипертонией и сосудистой патологией, 14 с психогенной эректильной дисфункцией. Длительность клинических проявлений варьировала от 5 до 18 месяцев. По возрастной категории : от 20 до 40 лет - 37, от 41 до 50 лет - 42, от 51 до 60 лет - 19, от 60 до 72 лет - 18. Все пациенты обследованы, заполнили индексы МИЭФ 5 и IPSS по возрасту в начале и через 1,5 месяца после лечения, консультированы со специалистами по их основным заболеваниям. Более половины больных ранее получали терапию по стандартным рутинным методикам без применения фотофизиотерапии в различных режимах.

Результаты и обсуждения: Контрольное обследование проводилось после 30 и 45 дней лечения по критериям: жалобы, данные объективного осмотра, осмотра профильных специалистов. В качестве селективных ингибиторов ФДЭ-5 мы назначали силденафил в атайл 50 мг, сиалис 5 мг. Из физиофототерапии проведено по 10-15 процедур воздействия аппаратом АМВЛ-01. На 30 день у 32% пациентов снизились эпизоды преждевременной эякуляции, а длительность увеличилась с 30 секунд до 3,5 минут. В группе пациентов с сердечно-сосудистыми нарушениями в 26% случаев, а при ДГПЖ и простатитах в 31% уда-

лось добиться удержания эрекции до окончания полового акта. Несколько хуже результаты при психогенной ЭД: только в 11% случаев улучшение. Мы связываем это с частым отказом от лечения у психотерапевта и невролога. При изучении анкет МИЭМ 5- положительная динамика в сторону улучшения эрекции.

Выводы:

1. Проведенное лечение продемонстрировало высокую эффективность химио и фотофизиотерапии у пациентов с ЭД.
2. Лечебный эффект позволяет снижать дозы препаратов до 20% и длительность их применения в комплексной терапии без снижения их эффективности.
3. Комплексное лечение в сочетании с аппаратом АМВЛ-01 является мощным средством борьбы с эректильной дисфункцией в плане улучшения качества жизни.

Литература

1. Жаров В.П., Мищанин Е.А. Новые достижения в лазерной терапии. Материалы 3 международной конференции. Москва, 1994г.
2. Лоран О.Б., Щеплев П.А., Нестеров С.Н., Кухаркин С.А. -Лечение эректильной дисфункции. Москва, Русский Медицинский Журнал 2010г.

Сексуальная функция у мужчин с перелом полового члена подвергнутых оперативному вмешательству

*Тулаганов Д.Б., Исматов Б.М., Убайдуллаев Г.У., Мамадиев У.А., Туйчиев Ш.О.,
Наджимитдинов Я.С., Нуриддинов Х.З.*

*Джизакский филиал республиканского научного центра экстренной медицины (Узбекистан)
Кафедра урологии, Ташкентская медицинская академия (Узбекистан)*

Перелом полового члена на протяжении многих лет считали необычайно редкой травмой, однако на сегодняшний день, по данным мировой литературы число случаев составляет более 2500. Травма происходит во время полового акта при резком сгибании эрегированного полового члена. Ранее пациентов с подобного рода травмами урологи старились лечить консервативными методами. Однако такой подход сопровождался большой частотой осложнений, таких как искривление полового члена или эректильная дисфункция, которую выявляли у 50% мужчин подвергшихся перелому полового члена.

Материалы и методы. За период с 20012 по 2017 годы выполнено оперативное вмешательство 12 мужчинам с перелом полового члена, который был вследствие интравагинального полового сношения. Средний возраст пациентов составил $24,6 \pm 4,6$ лет (диапазон от 20 до 28 лет). Все оперативные вмешательства выполнены в сроки до 6 часов после полученной травмы. Дефект белочной оболочки ушивали, используя рассасывающийся шовный материал (vicryl). После оперативного вмешательства устанавливали уретральный катетер, который удаляли через 5-6 дней после вмешательства. Повреждение уретры не было ни в одном случае. Повторный осмотр мужчин произведен в среднем через 6 месяцев после оперативного вмешательства.

Результаты. Сексуальную функцию и удовлетворенность половой жизнью оценивали с помощью опросника «International index of erectile function» (IIEF-15) состоящий из 15 пунктов. Следует указать, что сотрудничать с врачом и явились для обследования в условиях медицинского учреждения 9 мужчин подвергнутых оперативному вмешательству. Однако 6 из подвергнутых операции пациентов пожелали ответить на вопросы опросника по телефону. Все пациенты продолжали осуществлять половое сношение. Средний бал по шкале IIEF-15 составил $66,8 \pm 8,9$ (диапазон от 56 до 70 баллов). Удовлетворенность эрекцией была у всех пациентов (средняя сумма баллов составила $27,6 \pm 3,7$ баллов). Незначительное искривление полового члена выявлено у трех (25%) мужчин, однако подобное обстоятельство не создавало препятствий выполнению полового акта. Следует отметить, что у всех пациентов было ощущение оргазма и сохранилась эякуляция. Беременность, на момент проведения исследования, была у 5 женщин состоящих в браке с обследованными мужчинами. Удовлетворенность половой жизнью была умеренной в трех (25%) случаях (пациенты с искривлением полового члена) и очень хорошей у остальных пациентов (средняя сумма баллов составил $8,4 \pm 0,6$).

Заключение. Таким образом, в тех случаях, когда в короткие сроки после полученной травмы выполняють экстренное оперативное вмешательство при переломе полового члена, подобная тактика позволяет предотвратить эректильную дисфункцию. Искривление полового члена после перенесенной травмы не влияет на качество сексуальной жизни мужчин. Однако нами проведено исследование на небольшом количестве пациентов, поэтому необходимо продолжить изучение последствий травмы полового члена на большем количестве случаев.

Мужские сексуальные расстройства, обусловленные хроническим стрессом

Шахраманян В.А

Кафедра и клиника сексопатологии Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци (Армения, Ереван)

Стресс – состояние напряжения, возникающее под влиянием сильных воздействий. Стрессором или причиной стресса может быть всё, что нарушает размеренный уклад жизни. В зависимости от особенностей стрессора различают две формы стресса: эустресс и дистресс. Положительный стрессор вызывает эустресс, отрицательный – дистресс. Хронический дистресс, особенно, если он вызывает беспокойство и страх, имеет характер или воспринимается в качестве неразрешимой проблемы, становится причиной нарушения сексуального здоровья.

Условные сексуальные рефлексы начинают формироваться в период полового созревания и в дальнейшем на протяжении жизни дополняются и изменяются, формируют сексуальную память. Положительная сексуальная память активирует центр эрекции Отрицательная – формирует фобию, боязнь, страх и даже неприятие, отказ от сексуальных отношений, по сути, является стрессором.

Под влиянием стрессора увеличивается синтез клетками гипоталамуса кортиколиберина, который стимулирует синтез АКТГ. Последний стимулирует синтез глюкокортикоидов, которые в свою очередь тормозят синтез ЛГ и ФСГ: происходит уменьшение синтеза тестостерона

(андрогенов), уменьшение тестостерона снижает половое влечение (либидо), уменьшает восприятие сексуальных ощущений, ответ эректильных тканей на стимулы центра эрекции. При снижении уровня тестостерона уменьшается уровень эндотелиальных NO-синтеаз, с помощью которых происходит синтез окиси азота (NO). Таким образом, в результате уменьшения синтеза тестостерона в организме эндотелиальные клетки будут меньше синтезировать окиси азота в ответ на стимуляцию центра эрекции. Это удлинит время развития адекватной эрекции, ухудшая качество эрекции.

При хроническом стрессе высокий уровень катехоламинов в крови уменьшает или делает невозможным развитие эрекции под влиянием импульсов из центра эрекции. Постоянный стресс может снизить потенцию мужчины даже в идеальной паре. Существует синдром так называемого «уставшего бизнесмена» или «менеджера», когда отмечаются различные проблемы с потенцией у очень занятых мужчин, которые испытывают постоянный стресс. Напряженный график работы не оставляет места для активной сексуальной жизни: либидо и потенция угасают, что влечет за собой другой стресс. У мужчин при тяжёлых стрессах может страдать и сперматогенез. При отрицательных эмоциях, при стрессах уровень серотонина снижается. Это проявляется не только депрессией, но и преждевременной эякуляцией. Затянувшийся многолетний, хронический стресс может инициировать раннее старение (дистрофию, атрофию, замещение жировой, фиброзной тканью) яичек, яичников, эректильных тканей, предстательной железы, семенных пузырьков, слизистой оболочки влагалища. Отмечаются вегетативные психосоматические проявления со стороны всех тазовых органов – «вегетативная тазовая дистония», которая проявляется симптомокомплексом сочетания сексуальных нарушений с нарушением функций других тазовых органов (у мужчин, прежде всего, мочевого пузыря и простаты).

Хронический стресс становится причиной депрессии и неврозов, которые, в свою очередь, приводят к сбоям в сексуальной сфере. Например, таким, как невроз тревожного ожидания сексуальной неудачи, дебютантский невроз. Необходимо отметить, что почти все больные с нарушением эрекции страдают неврозом ожидания неудачи, а у 40% он и является причиной ее возникновения. В свою очередь невроз ожидания неудачи приводит к новым стрессовым ситуациям, таким образом, возникает порочный круг.

Не только стресс влияет на сексуальность, но и сексуальность влияет на стресс. Вместо того, чтобы сглаживать эффекты стресса оргазмом, отсутствие оргазма стресс только усугубляет. Мощный выброс гормонов удовольствия при оргазме снижает уровень адреналина и надпочечниковых гормонов, блокирует их эффекты. В результате оргазм снижает не только сексуальное напряжение, но и любое другое. Оргазм, как яркая положительная эмоция, является универсальным антистрессовым механизмом.

Содержание

Диагностика	3
<i>Значение мультифокальной биопсии в диагностике поражений мочевого пузыря</i>	<i>5</i>
<i>Особенности ранней диагностики мочеполового туберкулеза в условиях противотуберкулезных и нетуберкулезных учреждениях</i>	<i>6</i>
<i>MPT в диагностике рецидива рака предстательной железы после HIFU и криоабляции</i>	<i>7</i>
<i>Комплексная диагностическая программа «Репродуктивное здоровье» в диагностике и лечении бесплодия</i>	<i>8</i>
<i>Возможности иммуногистохимических исследований при морфологической верификации рака предстательной железы</i>	<i>9</i>
<i>Роль коллатеральных путей кровоснабжения полового члена при мультифокальных поражениях ветвей внутренних подвздошных артерий</i>	<i>10</i>
<i>Дефицит тестостерона как прогностический фактор при эндоскопических операциях на уретре у мужчин</i>	<i>11</i>
<i>Trigrov – новые возможности в диагностике рака предстательной железы. Первый клинический опыт</i>	<i>12</i>
<i>Методы ранней диагностики аденомы простаты</i>	<i>13</i>
<i>Выявление сывороточного биомаркера цистатина С для мониторинга скорости клубочковой фильтрации с целью ранней диагностики острого повреждения почек у больных с сочетанной травмой</i>	<i>14</i>
<i>Интерпретация графических показателей анализа ночных тумесценций на аппарате Андроскан МИТ. Первый опыт применения</i>	<i>15</i>
<i>Значение мультифокальной биопсии в диагностике поражений мочевого пузыря</i>	<i>16</i>
<i>Роль динамической компьютерной контрастной и магнитно-резонансной ангиографии в эндоваскулярной хирургии артериогенной эректильной дисфункции</i>	<i>17</i>
<i>Собственный опыт применения мультиспиральной динамической компьютерной фармакокавернозографии в диагностике веногенной эректильной дисфункции</i>	<i>18</i>
<i>Осознанный выбор лечения симптомов нижних мочевых путей у мужчин: известные эффекты и новые исследования</i>	<i>19</i>
<i>Безболевая макрогематурия: диагностика и лечения</i>	<i>21</i>
<i>Эхографическая дифференциальная диагностика туберкулеза и опухоли почки</i>	<i>22</i>

<i>Сравнительная характеристика различных методов выявления туберкулёза в узбекистане</i>	23
<i>Роль эндоскопических исследований в диагностике туберкулеза мочевых путей</i>	24
<i>Оценка лучевых методов исследования в диагностике туберкулеза почек</i>	25
<i>Эхографическая семиотика туберкулеза почки</i>	26
<i>Лабораторные показатели гомеостаза у больных хроническим абактериальным простатитом IIIВ-категории</i>	27
Доброкачественные заболевания предстательной железы	29
<i>Гольмиевая лазерная энуклеация предстательной железы (HoLEP). Совершенствование хирургической техники</i>	31
<i>Контроль над консервативной терапией доброкачественной гиперплазии простаты</i>	32
<i>Оценка вариантов лечения пациентов с ДГПЖ при низком тестостероне</i>	32
<i>Улучшает ли альфа-адреноблокатор результаты лечения хронического простатита?</i>	33
<i>Сочетанное применение пелоидотерапии и вибромагнитнолазерного массажа при хроническом простатите</i>	34
<i>Эффективность консервативного лечения доброкачественной гиперплазии простаты в амбулаторных условиях</i>	36
<i>Опыт выполнения суперселективной эмболизации простатических артерий у пациентов с ДГПЖ</i>	37
<i>История появления и сравнительная эффективность различных а-адреноблокаторов (по данным литературы)</i>	38
<i>Возможные осложнения после хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы</i>	39
<i>К вопросу метафилактики хронического простатита и реабилитации больных на курорте</i>	40
<i>Энуклеация предстательной железы и цистолитотрипсия с помощью гольмиевой лазерной системы MultiPulse HoPLUS «JENA SURGICAL». Освоение технологии</i>	41
<i>Профилактика развития фиброза простаты на фоне венозного полнокровия в хроническом эксперименте</i>	42
<i>Место лапароскопической позадилонной аденомэктомии у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы больших размеров</i>	43

<i>Влияние ударно-волновой терапии на симптомы нарушенного мочеиспускания у пациентов с хроническим простатитом</i>	44
<i>Патогенез органических дисциркуляторных изменений у больных хроническим бактериальным простатитом</i>	45
<i>Эффективность препаратов а-липоевой кислоты в лечении больных хроническим абактериальным простатитом</i>	46
Нарушения мочеиспускания у мужчин	47
<i>Комплексное уродинамическое исследование у пациентов с недержанием мочи после оперативного лечения локализованного рака предстательной железы</i>	49
<i>Хирургическое лечение тотального недержания мочи с использованием <i>m. Gracilis</i></i>	50
<i>Опыт хирургического лечения мужчин с недержанием мочи различной этиологии</i>	51
Онкологическая уроандрология	53
<i>Прогнозирование риска рецидива после минимально инвазивной хирургии рака предстательной железы</i>	55
<i>Комплексный подход в улучшении функциональных результатов радикального хирургического лечения РПЖ</i>	55
<i>Робот-ассистированная радикальная простатэктомия. Латеральный подход</i>	57
<i>NiFi в объеме гемиабляции в лечении пациентов с локализованным раком предстательной железы</i>	58
<i>Возможность использования простатического АПФ в качестве нового онкомаркера рака простаты</i>	59
<i>Робот – ассистированная нервосберегающая простатэктомия – метод сохранения эректильной функции и способности удерживать мочу</i>	60
<i>Роль нейтрофилов в прогнозировании эффективности лечения мышечно-неинвазивного рака мочевого пузыря</i>	61
<i>Методы ранней диагностики рака простаты</i>	62
<i>Фармакотерапия в лечении местнораспространенного рака предстательной железы</i>	63
<i>Влияние различных способов гемостаза при обработке сосудисто-нервных пучков в ходе нервосберегающей внебрюшинной эндовидеохирургической радикальной простатэктомии на копулятивную функцию</i>	64

<i>Лапароскопическая тазовая лимфаденэктомия с использованием ICG – диагностики у пациентов с раком предстательной железы</i>	65
<i>Эффективность фотодинамической терапии в лечении мышечно-неинвазивного рака мочевого пузыря</i>	66
<i>Частота выявления объемных поражений мочеполовой системы во фтизиоурологическом стационаре</i>	67
<i>Результаты экстраперитонеальной цистэктомии при радикальном хирургическом лечении рака мочевого пузыря</i>	68
Оперативная андрология	69
<i>Наш опыт применения тулиевой контактной литотрипсии в лечении МКБ</i>	71
<i>Сравнительные особенности оперативных доступов при фаллопротезировании гидравлическими имплантатами</i>	72
<i>Отдаленное осложнение корпоропластики буккальным лоскутом</i>	73
<i>Простой и эффективный предоперационный способ определения разницы между выпуклой и вогнутой поверхностью пениса при эректильной деформации, а следовательно расстояния уменьшения и увеличения длины полового члена при выполнении укорачивающих и удлиняющих операциях соответственно</i>	74
<i>Алгоритм действий для выбора тактики лечения при болезни пейрони</i>	75
<i>Антеградная реваскуляризация полового члена с ретроперитонеоскопическим забором артерии</i>	76
<i>Операция Fowler-Stephens при интраабдоминальной форме крипторхизма</i>	77
<i>Особенности оперативного вмешательства у детей с гидронефрозом при наличии камней в полостях почки</i>	79
<i>Результаты выполнения одновременной билатеральной мини-перкутанной нефролитотомии в положении на спине</i>	80
<i>Симультанное фаллопротезирование при оперативном лечении заболеваний предстательной железы</i>	81
<i>Анализ эффективности и безопасности оперативного лечения больных в условиях Стационара Кратковременного Пребывания</i>	82
<i>Внутреннее стентирование мочеточника как метод выбора при обструкции верхних мочевых путей: выбор в пользу качества жизни пациента</i>	83
<i>Органосохраняющие операции при разрыве яичка</i>	84

Отдельные вопросы урологии и андрологии85*Образ врача-уролога в русскоязычных социальных медиа 87**Скорофулодерма половых органов 88**Малоинвазивная трансуретральная хирургия у пациентов геронтологического профиля 89**Особенности анестезиологического обеспечения у больных старческого возраста при малоинвазивных урологических операциях 89**О программе "Урологическое здоровье мужчины" в Свердловской области. 90**Клинический случай истинного нермафродитизма с мужским фенотипом 91**Использование различных отделов кишечника в аугментации мочевого пузыря во фтизиоурологической практике 92**Частота выявления онкозаболеваний мочеполовой системы во фтизиоурологическом стационаре 93**Актуальные вопросы гериатрической урологии и клиническая эффективность пептидных геропротекторов 94**Клинико-эхографические особенности туберкулеза предстательной железы 95**Клиническое течение туберкулеза почки, осложненного туберкулезным циститом 96**Особенности течения туберкулеза почек у больных старших возрастных групп и с сопутствующими заболеваниями 97**Особенности кровоснабжения мочевого пузыря у лиц пожилого и старческого возраста 98***Репродуктивное здоровье 101***Возможности низкоинтенсивной лазерной терапии для коррекции патологической ДНК-фрагментации сперматозоидов 103**Мужская репродуктивная микрохирургия в России: от клинической практики к науке и обучению 104**Генетические факторы при «идиопатическом» мужском бесплодии: мультицентровые исследования 105**Инфекционно-воспалительный фактор мужского бесплодия: мультицентровое исследование 106**Влияние бад «андродоз» на показатели спермограммы у мужчин с идиопатическим бесплодием в форме олигозооспермии в сочетании с астен- и/или тератозооспермией: данные открытого, рандомизированного, многоцентрового, проспективного исследования (предварительные результаты) 107*

<i>Эффективность влияния «Простатилена® АЦ» на эректильную функцию и мужскую фертильность</i>	108
<i>Современное лечение секреторного бесплодия</i>	109
<i>Микробиологические и сперматологические показатели у пациентов с хроническим простатитом</i>	110
<i>Взаимосвязь нарушений сперматогенеза и генетических патологий</i>	112
<i>Экспериментальная оценка безопасности и эффективности аутоплазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста, в коррекции азооспермии у крыс</i>	113
<i>Номограмма «Калиевого параметра лабораторного анализа, определяемого в эякуляте»</i>	114
<i>Програмные мероприятия по выявлению факторов риска состояния репродуктивного здоровья студенческой молодежи в воронежской области</i>	115
<i>Варикоцеле. Принципы послеоперационной реабилитации</i>	116
<i>Опыт применения послеоперационной медикаментозной реабилитации у пациентов с варикоцеле, осложненного аутоиммунным компонентом бесплодия</i>	118
<i>МЦ «ПОЛИКЛИНИК.РУ»</i>	119
<i>Патогенетические аспекты эффективности антиоксидантной терапии при лечении пациентов с патоспермией</i>	120
<i>Возраст мужчины и общая подвижность сперматозоидов как важные прогностические критерии оценки эффективности варикоцелэктомии при мужском бесплодии</i>	121
Сексуальные расстройства у мужчин	123
<i>Взаимосвязь эндотелиальной дисфункции кавернозных артерий и типа половой конституции у больных с эректильными нарушениями</i>	125
<i>Комплексное лечение эректильной дисфункции у мужчин с артериальной гипертензией</i>	126
<i>Запоздалая эякуляция: диагностика, принципы лечения</i>	127
<i>Коррекция межличностных отношений при преждевременном семяизвержении</i>	128
<i>Клеточная и ударно-волновая терапия, как новый метод лечения эректильной дисфункции</i>	129
<i>Диагностическая ценность лабораторно-инструментальных методов исследований эректильной дисфункции</i>	130

<i>Заместительная гормональная терапия у мужчин</i>	131
<i>Преждевременная эякуляция: основные физиологические механизмы и новые подходы к лечению</i>	132
<i>Негормональная терапия пациентов с синдромом инволюционного снижения и дезинтеграцией половых проявлений</i>	134
<i>Интерпретация графических показателей анализа ночных тумесценций на аппарате Андроскан МИТ. Первый опыт применения</i>	135
<i>Комплексный подход в лечении андрогенодефицита в условиях специализированного уроандрологического центра</i>	136
<i>Оценка качества сексуальной жизни у пациентов с DJ стентами</i>	137
<i>Опыт применения фототерапевтического вакуумного массажера амвл-01 магнитно-лазерного аппарата азлтис синхро-02 «ярило» в комплексном лечении эректильной дисфункции</i>	138
<i>Сексуальная функция у мужчин с перелом полового члена подвергнутых оперативному вмешательству</i>	139
<i>Мужские сексуальные расстройства, обусловленные хроническим стрессом</i>	140