



МОО «МУЖСКОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ»

ПРОВОДИТ

ХІХ КОНГРЕСС «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

26–28 апреля 2023 года

При поддержке:

Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова
Медицинского научно-образовательного центра МГУ
Российского общества урологов
Общественных медицинских организаций стран СНГ

СБОРНИК ТРУДОВ

Сочи 2023



PeptidPRO®

Новые препараты для патогенетического лечения социально значимых заболеваний:



Мужское
бесплодие



Периферический
атеросклероз



Гиперактивный
мочевой пузырь



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ
СО СПЕЦИАЛИСТОМ И ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.

МОО «МУЖСКОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ»

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

26–28 апрель 2023 г.

2023

Под ред. Камалова А.А.

Редакционный совет:

Сорокин Н.И., Алексеева М.В., Стригунов А.А., Нестерова О.Ю.

Онкоурология

УНИКАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ МОСКОВСКОЙ ПРОГРАММЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРОСТАТЫ

Ким Ю.А., Васильев А.О., Садченко А.В., Говоров А.В., Пушкарь Д.Ю.

Россия, г. Москва, кафедра урологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Введение: на сегодняшний день биопсия простаты с дальнейшим патоморфологическим исследованием является единственным методом верификации рака простаты. Однако эффективность выполнения биопсии простаты зависит от опыта специалиста. Для улучшения эффективности биопсии простаты используются дополнительные методы визуализации. Одним из наиболее перспективных методов является гистосканирование простаты с программным обеспечением «True Targeting».

Материалы и методы: с 2019 г. нами было начато проспективное мультицентровое исследование, в котором принимают участие 9 лечебно-профилактических учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы. Всем пациентам с подозрением на рак простаты была выполнена трансректальная биопсия предстательной железы под контролем гистосканирования в режиме реального времени при помощи программного обеспечения «True Targeting».

Результаты: анализу были подвергнуты данные 2840 пациентов, которым была проведена комбинированная биопсия - таргетная биопсия под контролем ГС и стандартная 12-точечная биопсия. Средний возраст пациентов составил 67 лет (от 44 до 88 лет), уровень оПСА – 14,23 нг/мл (от 0,5 нг/мл до 1900 нг/мл), объём предстательной железы - 53,90 см³ (от 10,2 см³ до 239 см³). Первичная биопсия была проведена 2385 пациентам (84%), повторная - 455 пациентам (16%). Наличие рака простаты у ближайших родственников было отмечено в 4% случаев (114 пациентов). Важно отметить, что несмотря на клинические рекомендации только у 140 пациентов (30%) выполнено мПРТ при повторной биопсии. Общая частота выявления РПЖ составила 65% (1866 пациентов из 2840). При стандартной 12-точечной биопсии РПЖ был диагностирован у 40% (746 пациентов), при таргетной биопсии - в 33% (615 пациентов) случаев.

Выводы: полученные результаты проспективного исследования показали высокую эффективность метода гисто-фьюжн биопсии простаты. Результаты прицельной биопсии сопоставимы с результатами стандартной биопсии, а при оценке определённых переменных более информативны. Нами продолжен сбор Big Data – гисторегистра, в котором участвует 9 учреждений города Москвы.

СИМУЛТАННАЯ ПУЛЬПЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аллазов И.С.

*Самаркандский государственный медицинский университет Самарканд,
Узбекистан.*

Актуальность. Достаточно часто в клинической практике встречаются случаи сочетания патологий органов обеих половин мошонки, в связи с чем возникают показания для выполнения симультанных операций. Симультанные операции выполняются на разных органах через один доступ. В отличие от них, при мультиорганных операциях вмешательства на разных органах осуществляются одновременно через разные доступы. Для осуществления симультанных операций на органах обеих половин мошонки наиболее удобным считается разрез по средней линии (*raphe seroti*) мошонки, которая называется по им. ученого, впервые описавшего ее линией Веслинга. Подобный доступ особенно удобен при двусторонней пульпэктомии или орхизектомии по поводу рака простаты.

Цель. Оценить эффективность выполнения симультанной пульпэктомии при раке предстательной железы.

Материал и методы. С 2016 по 2022 гг. нами было прооперировано 42 пациента с экстраорганным раком предстательной железы, у которых, наряду с антиандрогенной медикаментозной терапией, осуществлялось оперативное вмешательство (двусторонняя пульпэктомия или орхизектомия) посредством единого чрезмошоночного доступа по линии Веслинга. Пульпэктомия проводилась на фоне терапии антиандрогенами Андрокур Депо по 1,0 в/м 1 раз в неделю. Состояние предстательной железы изучалось путем ПРИ, УЗИ, а также определения ПСА в сроки 1, 2, 4, 6 и 12 месяцев. Все больные согласились и проявили понимание касательно необходимости операции.

Результаты. Из 42 пациентов у 28 отмечалась регрессия опухолевого процесса (уменьшение размеров простаты, улучшение мочеиспускания и качества жизни), у 6 больных с мочевым свишем восстановилось мочеиспускание через естественные мочевые пути, у 7 больных состояние оставалось стабильным, у 5 в связи с увеличением количества остаточной мочи пришлось наложить надлобковый мочепузырный свищ. Необходимо отметить, что вне зависимости от способа ушивания кожи мошонки при едином оперативном доступе по линии Веслинга формировавшийся послеоперационный рубец выглядел как шов мошонки. При повторном осмотре больных через 1 и 3 месяца после проведенного оперативного вмешательства был отмечен хороший косметический эффект.

Выводы. Симультанное оперативное вмешательство посредством единого оперативного доступа по линии Веслинга позволяет одновременно выполнять вмешательства на обеих сторонах мошонки и является наиболее оптимальным доступом при симультанной пульпэктомии или орхизектомии по поводу рака предстательной железы.

ПРИМЕНЕНИЕ ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ С ПОМОЩЬЮ ИНДОЦИАНИНА ЗЕЛЕННОГО (ICG) В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ

Монастырский Г.А.¹, Говоров А.В.^{1,2}, Васильев А.О.¹, Скрупский К.С.²,
Колонтарев К.Б.^{1,2}, Пушкарь Д.Ю.^{1,2}

¹Кафедра урологии ФГБОУ ВО Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, г. Москва.

²ГБУЗ ГKB имени С.И. Спасокукоцкого ДЗМ.

Введение. Уротелиальный рак занимает 4 место по распространенности злокачественных опухолей после рака простаты, легкого и колоректального рака. Уротелиальный рак верхних мочевых путей (УРВМП) встречается довольно редко и составляет 5-10% от всех случаев уротелиального рака. Золотым стандартом лечения УРВМП остается нефроретерэктомия с резекцией стенки мочевого пузыря.

Цели исследования: оценить возможность применения флюоресцентной диагностики с помощью индоцианина зеленого при выполнении органосохраняющих операций у больных со злокачественной опухолью мочеточника.

Материалы и методы: В клинику урологии МГМСУ на базе ГKB им С.И. Спасокукоцкого в период с 2021 по 2023 гг поступили 8 пациентов с диагнозом: «Рак мочеточника TA – T1N0M0». Всем пациентам перед оперативным лечением выполнена диагностическая уретероскопия с биопсией мочеточника. Для дополнительной оценки протяженности опухоли всем пациентам выполнена компьютерная томография почек и забрюшинного пространства. Критериями включения были опухоли средней и верхней трети мочеточника протяженностью более 1 см. В качестве оперативного лечения пациентам выполнена робот-ассистированная резекция мочеточника. В ходе операции после выделения мочеточника внутривенно введен раствор индоцианина зеленого 2,5 мг/мл 10 мл, проведена оценка краев резекции в режиме «FireFlyTM», после которой выполнена резекция участка мочеточника с формированием уретеро-уретероанастомоза. В ходе операции всем пациентам установлен мочеточниковый стент.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 55 мин. Ближайший послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений. Средняя продолжительность нахождения в стационаре 3 дня, продолжительность послеоперационного периода нахождения в стационаре – 2 дня. Средняя длительность стентирования мочеточника после операции составила 5 недель. По результатам патогистологического исследования ни в одном случае опухоль не имела инвазии в мышечный слой стенки мочеточника, хирургический край отрицательный у 8 пациентов (100%). По данным контрольной МСКТ почек и верхних мочевыводящих путей через 3 месяца после удаления мочеточникового стента у двух пациентов (25%) наблюдалось расширение лоханки и верхней трети мочеточника со стороны операции, вызванное стриктурой мочеточника в зоне операции, в связи с чем повторно установлен мочеточниковый стент. На кафедре урологии МГМСУ продолжается проспективное исследование, связанное с использованием индоцианина зеленого при проведении оперативного лечения у больных с раком мочеточника.

Выводы. Использование индоцианина зеленого в качестве препарата для интраоперационной флюоресцентной диагностики оптимизирует проведение радикального хирургического лечения неинвазивных опухолей мочеточников, облегчает интраоперационную мобилизацию мочеточника, имеет более высокий профиль безопасности для пациента.

ЖИДКОСТНАЯ БИОПСИЯ С ВЫЯВЛЕНИЕМ ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ДНК В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Тивтикян А.С., Джэйн М., Камалов Д.М., Самоходская Л.М., Цигура Д.А.,
Нестерова О.Ю., Стригунов А.А., Афанасьевская Е.В., Камалов А.А.*

*МГУ имени М.В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины, кафедра
урологии и андрологии, Россия, 119991, г. Москва, Ленинские горы, 1.*

*МГУ имени М.В. Ломоносова, Медицинский научно-образовательный центр, Россия,
119991, г. Москва, Ленинские горы, 1.*

Введение: Рак мочевого пузыря (РМП) – наиболее распространенное злокачественное новообразование мочевыводящих путей. В группу риска по заболеваемости РМП попадают лица, которые подвергаются хроническому воздействию ароматических аминов. При этом, более половины случаев РМП у мужчин связаны с курением.

Заболевание можно разделить на два основных класса в зависимости от стадии опухоли: мышечно-неинвазивный рак мочевого пузыря (МНРМП), который либо ограничен уротелием (карцинома *in situ* (Tis), стадия Ta – 5-летняя выживаемость 95,4%), либо собственной пластинкой слизистой (стадия T1 – 5-летняя выживаемость приблизительно 88%) и мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (МИРМП) (стадии T2, T3 и T4, представляющие 5-летнюю выживаемость 69,4%, 34,9% и 4,8% соответственно). МНРМП представляет собой наиболее частую диагностированную форму РМП (примерно 70-80% пациентов). Для лечения МНРМП применяют трансуретральную резекцию опухоли мочевого пузыря (ТУР), которая считается основополагающей операцией для диагностики, лечения и прогноза заболевания. Тем не менее МНРМП демонстрирует высокую частоту рецидивов (50-70%) с прогрессией опухоли в сторону инвазивных в 10-15% случаев. Чрезвычайная частота рецидивов и вероятность прогрессирования требуют постоянного наблюдения пациентов с МНРМП с помощью контрольных цистоскопий (каждые 3-6 месяцев в течение следующих 5 лет) и цитологического исследования мочи, что делает МНРМП одним из самых дорогостоящих злокачественных новообразований для национальных систем здравоохранения развитых стран.

Таким образом, на данный момент существует острая необходимость в улучшении диагностики, и последующего наблюдения за пациентами с РМП.

Материалы и методы. Исследование было одобрено Локальным Этическим Комитетом МНОЦ МГУ имени М. В. Ломоносова и проведено в соответствии с принципами Хельсинкской Декларации. Было включено 105 пациентов, которые были разделены на 2 группы: аналитическую: пациенты с верифицированным РМП (n=70), здоровые добровольцы (n=35), и группу “Secondlook” (n=10). Практическая часть исследования была проведена с помощью наборов Circulating Nucleic Acid Kit QIAamp (Qiagen, Германия), QX200 ddPCR (Droplet Digital PCR)

(Bio-Rad, США). Для каждого эксперимента был использован положительный контроль для каждой мутации. Праймеры и зонды для ddPCR представляли собой промоторы TERT C228T/C250T. Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics (версия 26.0.0.0).

Результаты. При пороговом значении фракции опухолевой ДНК 0,34% данная методика продемонстрировала высокую специфичность (100%) и чувствительность (56%) в аналитической группе (Рисунок 1). В группе “secondlook” у 3/10 пациентов в моче присутствовала мутантная ДНК промотора TERT C228T, у 1/10 – C250T. При этом, у 1 пациента был отмечен рецидив рака мочевого пузыря через 1 год после забора анализа.

Вывод. Жидкостная биопсия мочи обладает высоким диагностическим потенциалом, что делает ее важным элементом персонифицированного подхода в медицине. В рамках данного проекта планируется расширение мутационной панели, длительное наблюдение за больными после ТУР, а также скрининг промышленных работников, подвергшихся воздействию специфических канцерогенов.

ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ТРИГГЕР В КАНЦЕРОГЕНЕЗЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

*Камалов А.А.^{1,2}, Михалева Л.М.¹, Карнов В.К.^{1,2}, Охоботов Д.А.^{1,2}, Акопян Э.П.²,
Шахпазян Н.К.², Шапаров Б.М.¹, Нестерова О.Ю.¹, Османов О.А.^{1,2}*

¹МГУ имени М.В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины, кафедра урологии и андрологии, Россия, 119991, г. Москва, Ленинские горы, 1.

²Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница №31 Департамента здравоохранения города Москвы» Россия, 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, 42.

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) и рак предстательной железы (РПЖ) являются одними из самых распространенных урологических заболеваний у мужчин. Исследователями неоднократно высказывалось предположение о том, что не последнее место в канцерогенезе предстательной железы играет вирусная инфекция. Целью настоящей работы стало оценить взаимосвязь вирусной инфекции с РПЖ, а также клинко-морфологическими особенностями ДГПЖ и РПЖ.

Материалы и методы. В исследование было включено 98 пациентов, прооперированных по поводу ДГПЖ (n=48) или РПЖ (n=50) в период с 2019 по 2021 год. В полученных образцах операционного материала была проведена ПЦР в режиме реального времени на наличие вирусов папилломы человека (ВПЧ), вирусов простого герпеса 1 и 2 типа (HSV-1 и HSV-2), цитомегаловируса (CMV), вируса Эпштейн-Барр (EBV), вируса герпеса 6-го типа (HHV-6).

Результаты. Для пациентов с РПЖ была характерна большая частота выявляемости вирусов в ткани предстательной железы по сравнению с пациентами с ДГПЖ: 50,0% и 31,3% соответственно, $p=0,046$. Самым распространённым вирусом как при РПЖ, так и при ДГПЖ, оказался EBV (22,0% и 16,7% соответственно). Вторым по частоте встречаемости вирусом у пациентов с РПЖ оказался HHV-6 (20,0%), который не был выявлен ни у одного пациента

с ДГПЖ ($p=0,003$). Отмечалась тенденция более частого выявления CMV среди пациентов с РПЖ (16,0% для РПЖ и 4,2% для ДГПЖ), однако различия оказались статистически незначимыми при пограничных значениях p ($p=0,09$). Ассоциации вирусной инфекции с клинико-морфологическими особенностями выявлено не было.

Заключение. Полученная тенденция более частой встречаемости HHV-6 и CMV у пациентов с РПЖ по сравнению с пациентами с ДГПЖ создаёт предпосылки для дальнейшего исследования вирусов при заболеваниях простаты с привлечением большей когорты пациентов, что позволит составлять представление о многоступенчатом процессе злокачественной трансформации и, возможно, откроет новые терапевтические возможности для профилактики и лечения.

Ключевые слова: гиперплазия предстательной железы, рак предстательной железы, вирусная инфекция, ПЦР, онкология, морфология.

ОЦЕНКА ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕРМИНОГЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧЕК ДО И ПОСЛЕ ОРХОФУНИКУЛЭКТОМИИ

*Холбобозода Р.Ф., Костин А.А., Толкачёв А.О., Воробьев Н.В.,
Крашенинников А.А. Монаков Д.М.*

г. Москва

Введение. Герминогенные опухоли яичка относятся к редким новообразованиям, однако в связи с тем, что они наиболее часто встречаются у мужчин репродуктивного возраста, данное заболевание имеет высокую социальную значимость. Состояние репродуктивной функции у этих пациентов достаточно изучено, а влияние новообразований яичек и методов их лечения на другие составляющие половой функции — либидо, эрекцию и эякуляцию до сих пор остаётся недостаточно ясным. Сам факт диагностики новообразования оказывает выраженное психогенное воздействие на половую функцию мужчины. Проводимое по данному поводу лечение (орхифуникулэктомия, лучевая и химиотерапия) также оказывают неблагоприятный эффект на состояние половой функции пациента

Цель исследования: оценить половую функцию (либидо, эрекцию и эякуляцию) у пациентов с герминогенными опухолями яичек до и после орхифуникулэктомии.

Материалы и методы. Нами обследовано 25 пациентов с впервые диагностированными новообразованиями яичек, которым была выполнена орхифуникулэктомия. При беседе с пациентами выяснено, что до установления данного диагноза нарушений половой функции у них не было. Состояние половой функции после установления диагноза новообразования яичка и после выполнения орхифуникулэктомии оценивалось с помощью опросников МКФ и МИЭФ-15, а уровень депрессии и тревоги — по шкале HADS.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $38,5 \pm 0,6$ лет (18-51 лет). Среднее число баллов по шкале МКФ после установления диагноза новообразования яичка составило $6,9 \pm 0,6$ баллов, а после орхифуникулэктомии оно снизилось до $6,4 \pm 0,7$ баллов, что соответствует тяжелой степени нарушения половой функции. Сумма баллов по шкале МИЭФ-15

до операции составила $16,3 \pm 0,5$ баллов, а после — $16,0 \pm 0,8$ баллов, что соответствует умеренной степени ухудшения половой функции. Уровень тревоги и депрессии до операции, оцененный по шкале HADS составил $8,6 \pm 0,4$ баллов, что соответствует субклинической депрессии и тревоге. После орхофуникулэктомии данный показатель снизился до $4,4 \pm 0,6$ баллов, что подтверждает снижение у этих пациентов уровня тревоги и депрессии. Уровень тестостерона до операции составил в среднем $12,4 \pm 0,7$ нмоль/л, после — $7,2 \pm 0,6$ нмоль/л. Уровень свободного тестостерона оставался в пределах нормы как до так и после операции, однако, отмечена тенденция к его снижению после операции — с $13,1 \pm 0,5$ пг/мл до $7,3 \pm 0,4$ пг/мл, соответственно. Среднее значение уровня лютеинизирующего гормона до операции составило $6,8 \pm 1,3$ мМЕ/мл. После операции его значение несколько повысилось — до $8,5 \pm 1,2$ мМЕ/мл, но оставалось в пределах нормы.

Обсуждение. Нами отмечено ухудшение половой функции у пациентов уже на момент установления диагноза новообразования яичка, что, наиболее вероятно, обусловлено наличием у них субклинических тревоги и депрессии, связанных с выявлением заболевания, представляющего потенциальную угрозу для жизни пациента, а также неясностью дальнейшей перспективы. После операции отмечено дальнейшее ухудшение половой функции, однако в этом случае оно может быть связано со снижением количества клеток Лейдига, которое сопровождается снижением уровня как общего, так и свободного тестостерона. После операции отмечено разрешение тревоги и депрессии, так как к этому моменту пациент уже успевает смириться с новой реальностью и снижается уровень неопределённости.

Заключение. Факт установления диагноза новообразования яичка и предстоящее лечение приводят к ухудшению половой функции пациентов, что обусловлено развитием у них тревоги и депрессии. После хирургического лечения отмечается дальнейшее ухудшение половой функции, что может быть связано со снижением общего и свободного тестостерона.

СПАСИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЛОКАЛЬНЫХ РЕЦИДИВОВ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Павлов А.Ю., Мирзаханов Р.И., Цыбульский А.Д., Дзидзария А.Г.

*ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ РФ,
г. Москва 117997, Россия*

Введение/Цель Исследования. Несмотря на то, что с конца XX века спасительная ДЛТ зарекомендовала себя как «золотой» стандарт, в настоящее время продолжают исследования, посвящённые сальважной контактной и ДЛТ, что подтверждает интерес специалистов к этой теме и их обеспокоенность относительно возможных осложнений и токсичности, которые влияют на качество жизни пациентов.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с локальным рецидивом РПЖ после РПЭ

Материалы и методы. Одноцентровое ретроспективное исследование, проведенное с января 2016 г. по декабрь 2020 г. в ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России. В исследование включено 60 пациентов с локальным рецидивом РПЖ

после радикальной простатэктомии (РПЭ). 30 пациентам (1 группа, основная) проведена сальважная ДЛТ, 30 пациентам (2 группа, экспериментальная) выполнена сальважная брахитерапия высокой мощности дозы (сБТ-ВМД) РОД 15 Гр до СОД 30 Гр в 2 фракции с интервалом в 2 недели. Дополнительно выделена 3 группа из 30 пациентов с биохимическим рецидивом после РПЭ, которым проводили интермиттирующую андроген-депривационную терапию. Всем пациентам на этапе диагностики проведена ПЭТ-КТ с лигандами ПСМА, мПМРТ малого таза. Всем пациентам 2 группы проводилась промежуточная биопсия ложа простаты.

Результаты. Средний возраст всей когорты пациентов составил $67,5 \pm 7,0$ лет [95 % ДИ = 66,1 – 69,0]. Период наблюдения за больными составил от 25 до 71 месяца, медиана 45 месяцев. Летальных исходов за период наблюдения не отмечено. Отмечен 100% локальный контроль. При сравнительном анализе 3-летней ПСА-специфической безрецидивной выживаемости отмечается тенденция к её увеличению в группе сБТ-ВМД ($p=0,17$), однако при данном количестве наблюдений достичь статистически значимых различий не удалось. В 1 группе прогрессия отмечена у 7 пациентов, в 2 группе – у 3, а в 3 группе – у всех 30 пациентов. Сальважная ДЛТ оказалась токсичнее сБТ-ВМД. Сравнительная оценка лучевых токсических реакций выявила более высокую частоту ранней генито-уринарной токсичности ($p=0,04$), интестинальной I и II степени в группе сальважной ДЛТ, чем в группе сБТ-ВМД ($p = 0,003$ и $p = 0,019$ соответственно), а также поздней интестинальной токсичности I и II степени ($p = 0,04$). Качество мочеиспускания после сБТ-ВМД превосходит результаты пациентов после ДЛТ как по незначительным, так и по умеренным нарушениям мочеиспускания ($p=0,008$)

Заключение. Сальважная брахитерапия высокой мощности дозы локального рецидива РПЖ после РПЭ зарекомендовала себя как высокоэффективная методика с низким профилем токсичности, позволяющая достигать стабилизации опухолевого процесса у более чем 90% пациентов.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ МОНОПОРТОВОГО ДОСТУПА

*Попов С.В.¹, Гусейнов Р.Г.^{1,2}, Помешкин Е.В.¹, Сивак К.В.^{1,3}, Перепелица В.В.¹,
Мирзабеков М.М.¹, Буненков Н.С.¹*

¹СПб ГБУЗ Клиническая больница Святителя Луки, Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

³ФГБУ «Научно-исследовательский институт гриппа имени А. А. Смородиной», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Лапароскопические оперативные вмешательства, произведенные через единый доступ, представляют собой аналог традиционными лапароскопических операций. Преимуществами такого доступа, по сравнению со стандартными эндовидеохирургическими операциями, являются: косметический эффект (в случае расположения инструментов в пупочной области), уменьшение индекса послеоперационной боли в связи с меньшим числом разрезов и легкий переход к традиционной лапароскопической технике в случае необходимости.

Материалы и методы На базе СПб ГБУЗ КБ Святителя Луки за период с февраля 2018 г. по февраль 2022 г. выполнено 49 радикальные простатэктомии с использованием технологией Laparoendoscopic Single Site (LESS). Во всех случаях порт устанавливался в проекции пупка. Все вмешательства выполнялись по поводу ранее выявленного злокачественного новообразования предстательной железы стадий T2aN0M0, T2bN0M0. Во всех случаях не выполнялась лимфодиссекция и нервосбережение. Максимальный размер удаленного органа составил 7,2 см. Для анализа интенсивности болевого синдрома после LESS-вмешательств на простате использовался опросник «Pain DETECT».

Результаты. Время выполнения однопортовой радикальной простатэктомии колебалось от 130 до 223 мин (среднее время вмешательства — 148 мин). Ранних и поздних послеоперационных осложнений не было. В результате исследования болевого синдрома по опроснику «Pain DETECT» выявлено, что компонент невропатической боли в первые и третьи сутки ниже в группе больных, оперированных с использованием LESS-технологий по сравнению с пациентами, которым выполнялись стандартные лапароскопические простатэктомии. Сумма баллов при LESS-простатэктомии, в среднем, составила 13,2. При аналогичных вмешательствах с использованием лапароскопического доступа — 15,5. Показатель среднего койко-дня при выполнении лапароскопической простатэктомии через единственный доступ составил 7,3 дня. В случае «традиционного» лапароскопического вмешательства — 7,5 дней. Протяженность послеоперационного кожного рубца у всех больных не превышала 5 см. При сроках наблюдения от 6 до 24 месяцев ни у одного из пациентов не возник биохимический рецидив.

Выводы. Монопортовый доступ является способом выбора при выполнении лапароскопических радикальных простатэктомий, показывающий снижение болевого синдрома по сравнению с стандартным лапароскопическим доступом.

3D ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

*Попов С.В.¹, Гусейнов Р.Г.^{1,3}, Сивак К.В.^{1,4}, Перепелица В.В.¹, Буненков Н.С.¹,
Улитина А.С.^{1,2}*

¹СПбГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», Санкт-Петербург, Россия

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

³Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

⁴ФГБУ «Научно-исследовательский институт гриппа имени А. А. Смородиной», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Трехмерная (3D) визуализация при выполнении лапароскопических вмешательств способна повысить качество таких операций. Однако известны единичные исследования потенциальной пользы интраоперационной 3D-навигации в лапароскопической хирургии при лечении урологических заболеваний. Радикальная простатэктомия (РПЭ) признана «золотым стандартом» вмешательства при локализованном раке предстательной железы (РПЖ), и актуальной задачей является изучение визуализационных технологий при лапароскопических операциях у пациентов с РПЖ.

Материалы и методы. У 138 пациентов проведен ретроспективный анализ периоперационных результатов радикального хирургического лечения локализованного РПЖ. По особенностям операции участники были разделены на 4 группы: 1) 2D- визуализация с техникой сохранения сосудисто-нервных пучков (ТССНП) (n=50); 2) 2D без ТССНП (n=44); 3) 3D с ТССНП (n=21); 4) 3D без ТССНП (n=23). Проанализированы: продолжительность операции, объем интраоперационной кровопотери, длительность дренирования мочевого пузыря, частота выявления положительного хирургического края (ПХК), длительность нахождения в стационаре после операции, частота восстановления функции удержания мочи (ФУМ), частота восстановления эректильной функции (ЭФ).

Результаты. В группах 1, 2, 3 и 4 время вмешательства составило $169,3 \pm 20,1$, $167,2 \pm 22,3$, $98,2 \pm 17,0$ и $90,9 \pm 24,2$ мин, а объем интраоперационной кровопотери – $291,2 \pm 61,1$, $283,2 \pm 57,2$, $145,5 \pm 29,7$ и $149,3 \pm 32,0$ мл, соответственно. ПХК в 1 и 2 группах выявлен у $1,94 \pm 0,12\%$ и $2,15 \pm 0,06\%$ пациентов, в группах 3 и 4 отсутствовал.

У всех участников исследования длительность дренирования мочевого пузыря составила 5–7 суток, а через 6 и 12 месяцев после операции зарегистрирована полная состоятельность ФУМ. Число послеоперационных койко-дней равнялось 8–10 в группах 1 и 2, 8–9 – в группах 3 и 4. Восстановление ЭФ в группах 1, 2, 3 и 4 через 3 месяца после операции зафиксировано у 36,4%, 29,4%, 35,9% и 28,1%, а через 12 месяцев после операции – у 59,2%, 41,7%, 82,3% и у 56,4% пациентов, соответственно.

Заключение. Выявлены следующие особенности периоперационного периода лапароскопической РПЭ, выполненной с 3D-визуализацией, по сравнению с 2D- технологией: 1) продолжительность операции меньше на 42–45% ($p < 0,050$); 2) объем интраоперационной кровопотери меньше на 47–51% ($p < 0,050$); 3) отсутствие случаев выявления ПХК; 4) тенденция к меньшей длительности нахождения в стационаре после операции; 5) в 1,3–1,4 раза более высокая частота восстановления ЭФ через 12 месяцев после операции ($p < 0,050$), при этом наилучшие результаты восстановления ЭФ были достигнуты при одновременном применении 3D-визуализации и ТССНП. Таким образом, наше исследование свидетельствует о целесообразности применения 3D-визуализации и ТССНП при лапароскопической РПЭ.

РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ С ТАЗОВОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЕЙ: ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Попов С.В.¹, Гусейнов Р.Г.^{1,3}, Сивак К.В.^{1,4}, Перепелица В.В.¹,
Буненков Н.С.¹, Улитина А.С.^{1,2},

¹СПбГБУЗ «Клиническая больница Святого Луки», Санкт-Петербург, Россия

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

³Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

⁴ФГБУ «Научно-исследовательский институт гриппа имени А. А. Смородиной», Санкт-Петербург, Россия

Введение. В данный момент гистологическое исследование материала, полученного при тазовой лимфаденэктомии (ТЛАЭ) в случаях радикальной простатэктомии, является

наиболее надежным методом стадирования опухолевого процесса и послеоперационного прогнозирования исходов заболевания, важным фактором, влияющим на выбор рациональной тактики лечения после радикальной простатэктомии. Однако на сегодняшний день остаются дискуссионными вопросы о терапевтической (онкологической) целесообразности ТЛАЭ и ее безопасности в плане развития интра- и послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили данные медицинских карт 823 мужчин в возрасте от 46 до 75 лет, находившихся в период с января 2009 г. по декабрь 2022 г. на стационарном лечении по поводу локализованного или местно-распространенного рака предстательной железы стадий cT1a–cT3bN0M0. Метод исследования – ретроспективный анализ данных, содержащихся в отобранных медицинских картах.

Результаты. Результаты исследования, подтверждают выводы специалистов Европейской ассоциации урологов (EAU) об оправданности и необходимости выполнения расширенной ТЛАЭ при радикальной простатэктомии в целях диагностики метастатического поражения тазовых лимфатических узлов у лиц с промежуточным или высоким риском прогрессирования рака предстательной железы; свидетельствуют о более высокой терапевтической эффективности расширенной ТЛАЭ по сравнению с таковой для стандартной ТЛАЭ, что выражается в статистически значимо втрое меньшей частоте развития биохимических рецидивов и на 11,7 % большей продолжительности безрецидивного периода после расширенной ТЛАЭ, чем после стандартной ТЛАЭ.

Выводы: Расширенная ТЛАЭ, проводимая в один хирургический сеанс с радикальной простатэктомией, не является фактором риска развития различных интра- и послеоперационных осложнений, за исключением лимфоцеле, формирующегося в 3,8– 13,4 % случаев расширенной ТЛАЭ вследствие интраоперационного пересечения лимфатических сосудов и скопления лимфы на месте удаленной жировой ткани.

РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Попов С.В.¹, Гусейнов Р.Г.^{1,3}, Сивак К.В.^{1,4}, Перепелица В.В.¹,
Буненков Н.С.¹, Улитина А.С.^{1,2}*

¹СПбГБУЗ «Клиническая больница Святого Луки», Санкт-Петербург, Россия

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

³Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

⁴ФГБУ «Научно-исследовательский институт гриппа имени А. А. Смородиной», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Радикальная простатэктомия при лечении местно-распространенного рака предстательной железы в настоящее время рекомендована в качестве одного из этапов мультимодальной терапии. Целесообразность оперативного вмешательства остается предметом дискуссии. На основании результатов собственных исследований сторонники хирургической тактики лечения местно-распространенного рака предстательной

железы указывают на эффективность и относительную безопасность радикальной простатэктомии.

Материалы и методы. Рассмотрены периоперационные, функциональные и онкологические результаты хирургического лечения больных местно-распространенным раком предстательной железы ($n = 31$) в возрасте от 45 до 72 года. Период наблюдения составил 9–36 мес (медиана 13 мес).

Результаты. Общая продолжительность хирургического вмешательства и объем интраоперационной кровопотери составили в среднем $179,58 \pm 3,87$ мин и $251,04 \pm 9,50$ мл соответственно. Завышение клинической стадии заболевания по данным гистологического исследования операционного материала наблюдалось у 6,1 % больных. После вмешательства функция удержания мочи была сохранена и не требовала коррекции у 65,2 % мужчин. У всех пациентов через 6 мес после операции были нормализованы объем мочеиспускания, его максимальная и средняя скорости, появилась тенденция к уменьшению объема остаточной мочи. За все время наблюдения признаки формирования биохимического рецидива отсутствовали у 78,2 % пациентов.

Заключение. За последние несколько лет в медицинской печати показаны ближайшие и отдаленные результаты радикального хирургического лечения местно-распространенного рака предстательной железы. Выводы авторов свидетельствуют об эффективности и относительной безопасности оперативного лечения местно-распространенного рака предстательной железы, а также о значимости расширенной тазовой лимфаденэктомии, позволяющей оптимизировать тактику адьювантной терапии при ее необходимости. Результаты наших наблюдений полностью сопоставимы с данными литературы.

МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абоян И.А., Бадьян К.И., Четвериков М.В.

ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону»

Введение: в настоящий момент в связи с развитием диагностических инструментов ранней верификации рака предстательной железы все большую актуальность приобретают минимально-инвазивные методы лечения. Вопрос выбора методики зачастую обусловлен фактом наличия конкретного оборудования в клинике

Материалы и методы: проведен анализ 320 пациентов с верифицированным диагнозом РПЖ, которым в течение последних пяти лет выполнено оперативное лечение в условиях отделения онкоурологии ГБУ РО КДЦ Здоровье. По результатам онкологического консилиума больные направлялись на робот-ассистированную радикальную простатэктомию (РАРП), криодеструкцию простаты, HIFU.

Результаты: Средний возраст пациентов составил 67 лет (54-76), общий ПСА крови 11,2 нг/мл (2,5-28). Объем предстательной железы составил 42 см³ (14-78). Согласно полученным данным, РАРП достоверно чаще выполнялась пациентам с более высокими значениями ПСА крови, более молодым пациентам, а также в случаях многофокусного поражения простаты и значений степени дифференцировки по Глисон ≥ 7 ($p < 0,05$). В сравнении органосохраняющих

методов, криодеструкция достоверно чаще выполнялась пациентам с локализацией очага поражения в апикальной части простаты, объем железы был в среднем больше ($p < 0,05$), тогда как различий в степени агрессии опухоли, значений ПСА крови выявлено не было. HIFU чаще выполнялся пациентам с локализацией опухоли в средних и дорзальных отделах простаты, а также пациентам после ранее выполненных трансуретральных вмешательств по поводу инфравезикальной обструкции ($p < 0,05$).

Выводы. Наличие различных методик малоинвазивного лечения рака предстательной железы дает возможность наиболее оптимального выбора тактики на основании топографо-анатомических, морфологических характеристик опухоли, морбидности пациента.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ HIFU-ТЕРАПИИ НА АППАРАТЕ FOCAL ONE

Абоян И.А., Бадьян К.И., Адилев Б.Н., Ермолаев А.Д.

ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону»

Введение: малоинвазивное лечение локализованного рака предстательной железы (РПЖ) продолжает оставаться одним из локомотивов современной онкоурологии. Благодаря появлению аппаратов нового поколения метод HIFU становится ведущим способом выполнения подобных операций.

Материалы и методы: проведен анализ 36 пациентов с верифицированным диагнозом РПЖ, которым с июля 2022 по март 2023 выполнена HIFU. Оценивались онкологические, функциональные результаты, а также профиль ранних и поздних нежелательных осложнений.

Результаты: Средний возраст пациентов составил 67 лет (Q1-Q3:54-76), общий ПСА крови 10,4 нг/мл (Q1-Q3:3,2-20). Объем предстательной железы составил 34 см³ (Q1-Q3:18-46). Среднее время выполнения операции составило 100 минут (Q1-Q3:74-168). У 19 пациентов (53%) первым этапом выполнено трансуретральное вмешательство на предстательной железе. Среднее количество положительных биоптатов – 2,5, средний показатель значения степени дифференцировки опухоли по Глисон – 6. Надир ПСА был получен через 3 месяцев и в среднем составил 0,097 нг/мл, через 6 месяцев значение ПСА составило 0,23 нг/мл. Осложнений по Clavien 3b и выше выявлено не было, в трех случаях был повторно установлен уретральный катетер, у троих пациентов развилось недержание мочи легкой степени тяжести с самостоятельным восстановлением в течение месяца, двоим пациентам выполнена лазерная резекция по поводу стеноза шейки мочевого пузыря.

Выводы. Нами был получен инициальный опыт лечения пациентов методом HIFU. Обращает на себя внимание низкий процент как ранних, так и поздних осложнений, отсутствие необходимости обязательно выполнения предварительного ТУР простаты, троакарной цистостомии, обнадеживающие ранние онкологические результаты.

Доброкачественная гиперплазия простаты

ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АБЛАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шодмонова З.Р., Гафаров Р.Р., Гафарова Ш.А., Файзиев Х.Ф.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из наиболее частых заболеваний мужчин старшего возраста, проявляющихся симптомами инфравезикальной обструкции. Для мужчин пожилого возраста при оценке качества жизни (QoL), связанного со здоровьем, определяющее значение имеют наличие беспокоящих симптомов нижних мочевых путей (СНМП), и снижение способности поддерживать нормальную сексуальную активность.

Целью исследования явилось изучение результатов лечения клинически значимой ДГПЖ методом трансректальной абляции высокоинтенсивным сфокусированным ультразвуком.

Материал и методы исследования. В период с 2014 по 2022 годы нами были пролечены 87 пациентов с клинически значимой ДГПЖ с использованием методики HIFU на оборудовании Sonablate-500. HIFU (High Intensity Focused Ultrasound – высокоинтенсивный сфокусированный ультразвук) – метод использования мощности ультразвука, позволяющий разрушать глубоко расположенные ткани, не затрагивая при этом близлежащие неизменённые структуры. В зоне фокусировки ультразвука температура ткани достигает 70-100°C менее чем за 1 секунду и производится абляция ткани гиперплазии. Всем пациентам был проведен анализ развившихся послеоперационных осложнений, оценены показатели IPSS и QoL, а также объёма предстательной железы по данным ультразвукового исследования до операции и в различные сроки после HIFU.

Результаты. Оценка по шкалам IPSS и QoL показали значительное улучшение через 6 и 12 месяцев после проведения операции. Значения IPSS и QoL до операции составили $23,6 \pm 2,8$ и $4,3 \pm 0,5$ соответственно. Средняя оценка по шкале IPSS через 6 месяцев после операции составила $6,5 \pm 2,4$ баллов (в среднем снизилась на 15,2 балла), через 12 месяцев после операции – $5,3 \pm 1,9$ баллов. QoL через 6 месяцев после операции составила 3,1 баллов, через 12 месяцев после операции – 1,9 баллов. Объем предстательной железы по данным ультразвукового исследования уменьшился с $60 \pm 9,4$ см³ до $44,1 \pm 4,8$ см³ спустя 6 месяцев после операции. Жалобы, связанные с затруднением мочеиспускания и неполным опорожнением мочевого пузыря прекратились через 3-8 месяцев после операции. Сексуальная активность была сохранена у всех пациентов. Наиболее заметным побочным эффектом была длительная задержка мочи, сохранявшаяся в течение 1-4 недель, обусловленная отёком предстательной железы и отхождением участков некротизированной ткани. Гемоспермия наблюдалась у сексуально активных мужчин в течение 4-6 недель. Кроме того, пациенты часто отмечали выделение несколько капель крови до и после мочеиспускания в течение нескольких недель после операции. У 4 пациентов после операции развился орхоэпидимит, у 1 пациента – стриктура задней уретры. 5 пациентам после HIFU пришлось выполнить трансуретральную резекцию простаты (ТУРП) и ещё 1 - гольмиевую энуклеацию простаты (HoLEP).

Выводы. HIFU-терапия с успехом применяется в первую очередь при лечении рака предстательной железы. Кроме того, данная методика показывает свою эффективность также

при малоинвазивном лечении ДГПЖ. Высокая эффективность HIFU при несущественных побочных эффектах и низком уровне контролируемых осложнений может способствовать быстрому распространению данного малоинвазивного метода. В перспективе методика HIFU может стать неким связующим звеном между хирургией и терапией и занять свою нишу в лечении пациентов с ДГПЖ.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ МЕТОДОМ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Шапаров Б.М.^{1,4}, Карпов В.К.^{1,2,3}, Златовратский А.Г.², Османов О.А.^{1,2}, Камалов А.А.^{1,3}

¹Кафедра урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва

²Городская клиническая больница №31 Департамента здравоохранения города Москвы

³Медицинский научно-образовательный центр МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва

⁴Городская клиническая больница №17 Департамента здравоохранения города Москвы

Актуальность проблемы: Эмболизация артерий предстательной железы (эмболизация простатических артерий; ЭПА) – современный минимально-инвазивный хирургический метод лечения гиперплазии простаты. Для улучшения результатов принципиальное значение имеет понимание ангиоархитектоники предстательной железы, определение преимуществ и недостатков различных техник выполнения ЭПА и поиск оптимального сочетания техники выполнения операции и эмболизационного препарата.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с ДГПЖ методом эмболизации простатических артерий.

Материалы и методы: В исследование вошли 168 пациентов, пролеченных с 2013 по 2020 год. Во всех случаях для визуализации использовалась предоперационная МСКТ-ангиография органов малого таза и интраоперационная цифровая субтракционная ангиография (DSA). Все операции были выполнены на ретгенэндоваскулярной установке Toshiba MS INFINIX VC-i. Для катетеризации простатических артерий применялись микропроводники 4-5 Fr и микрокатетеры 2-2,8 Fr. Для эмболизации применялись гидрогелевые микросферы диаметром 100, 250, 400 и 500 мк, а также микрочастицы PVA диаметром 150—250/250—355/355—500 мк.

Результаты: Ангиоархитектоника органов малого таза у пациентов с ДГПЖ имеет следующие особенности: асимметричность отхождения простатических артерий с разных тазовых сторон – 85.7% пациентов; удвоение простатической артерии – 8.6% тазовых сторон; анастомозы с другими артериями органов малого таза – 24.4% тазовых сторон. Техника PERFeCTED статистически значимо превосходит классическую суперселективную ЭПА по параметрам снижения общего количества баллов IPSS (на 25.8%) и QoL (на 10.3%), уровня общего ПСА крови (на 25.3%), объёма предстательной железы (на 10.6%) и остаточной мочи (на 22.9%), а также в увеличении максимальной скорости потока мочи (на 37.1%), при сопоставимой частоте встречаемости осложнений. При сравнении PERFeCTED-эмболизации гидрогелевыми микросферами и микрочастицами PVA, в группе микрочастиц PVA осложнения встречались на 36.5% чаще.

Вывод: Артерии малого таза имеют крайне сложную анатомию, разные варианты отхождения, а также анастомозы с другими ветвями внутренней подвздошной артерии, что осложняет выполнение суперселективной эмболизации простатических артерий. PERFeCTED-эмболизация

статистически значимо превосходит в эффективности классическую суперселективную ЭПА по всем функциональным показателям при сопоставимой частоте встречаемости осложнений. Сочетание техники RErFecTED и гидрогелевых микросфер является оптимальным для выполнения суперселективной эмболизации простатических артерий.

СОЧЕТАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Панферов А.С., Елагин В.В., Бекреев Е.А., Медведева Е.В., Ястребов В.С., Игошкин А.В.

Медицинский центр «Медассист», Курск

Введение. По данным современных эпидемиологических исследований распространенность доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) в мире составляет около 26%. Клинически заболевание проявляется симптомами нижних мочевых путей, которые могут значительно снижать качество жизни мужчины. В старших возрастных группах СНМП, обусловленные ДГПЖ встречаются чаще, к 70 годам наблюдаясь примерно у 40%. Нередко при обследовании пациента встречаются сопутствующие заболевания, которые требуют хирургического лечения. Одним из таких примеров является односторонняя и двусторонняя паховая грыжа. Ведущим фактором риска данной патологии является мужской пол, а наличие ДГПЖ увеличивает частоту её рецидива. В настоящее время клинические рекомендации по хирургическому лечению комбинированных патологий отсутствуют, что говорит об актуальности данной темы, и заставляет задуматься об определении показаний для сочетанных вмешательств.

Цель работы. Оценить эффективность и безопасность сочетанных операций при ДГПЖ.

Материалы и методы: в исследование включены 614 пациентов, разделенные на 2 группы: первую группу составили 83 больных, в лечении которых были использованы одномоментные хирургические вмешательства. Данные пациенты в сочетании с ДГПЖ имели такие нозологии как: камни, дивертикулы мочевого пузыря, образования мочевого пузыря, почки, тонкого кишечника, паховые грыжи, гидроцеле, фимоз. Вторую группу из 531 человека составили пациенты, оперированные изолированно. При гиперплазии простаты объемом до 120 см³ операции выполнялись трансуретрально, при большем объеме предстательной железы выполнялась лапароскопическая трансвезикальная аденомэктомия. Средний возраст пациентов составил 66,7±16,4 лет. Риск по шкале ASA среди всех пациентов составил: ASA II – 92,7%, ASA III – 7,3%.

Результаты: Средний койко-день в первой группе составил 4,27±1,04 суток, во второй – 4,34±0,62 суток (p<0.01). Среднее время оперативного вмешательства составило: в первой группе – 101,2±55,6 мин, во второй группе – 83,3±40,1 мин (p<0,05). Средняя длительность катетеризации мочевого пузыря в обеих группах 6,88±2,52 суток. Послеоперационные осложнения по шкале Clavien-Dindo I степени были выявлены у 253 пациентов: 32 пациента в первой группе (38,5%), 221 пациент – во второй (41,6%), осложнения IIIb степени выявлены у 1 пациента второй группы (лапароскопическая ревизия ложа удаленной аденомы простаты, в связи с развившейся в раннем послеоперационном периоде гемотампонадой мочевого пузыря)

Выводы. Выполнение сочетанных и симультанных вмешательств значимо не приводит к повышению частоты интра- и послеоперационных осложнений. Пациенты группы сочетанных и симультанных вмешательств на предстательной железе не имеют значимых отличий по интраоперационному времени и срокам стационарного лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНЫХ И КОРОТКИХ КУРСОВ ПРОСТАМОЛ УНО

Давидов М.И., Бунова Н.Е.

Кафедра факультетской хирургии и урологии Пермского медицинского университета

Цель работы - оценка эффективности длительных и коротких курсов препарата простамол уно в лечении больных доброкачественной гиперплазией простаты (ДГП).

Материалы и методы. На кафедре факультетской хирургии и урологии ПГМУ и Клинической поликлинике №2 Перми начато исследование эффективности коротких и длительных курсов применения препарата простамол уно. В данной работе приведены результаты начального этапа исследований. Ретроспективно по амбулаторным картам, историям болезни и анкетам изучена эффективность коротких (1-3 мес) и длительных (1 год и более) курсов монотерапии ДГП у 54 пациентов в возрасте от 45 до 69 лет. Первую группу составили 32 больных у которых курс лечения ДГП в виде монотерапии препаратом простамол уно в дозе 320 мг в сутки длился от 1 до 3 мес (1 мес - 17 чел., 2 мес - 10, 3 мес - 5). Вторую группу составили 22 больных, которые принимали простамол уно 1 год и более (1 год - 7 чел., 2 года - 6, 3 года - 4, 4 года - 3, 5 лет - 2). Исходные показатели были статистически одинаковыми ($p > 0,05$): средний возраст $61,1 \pm 3,3$ лет и $61,9 \pm 3,4$ года соответственно, симптоматика по шкале IPSS $11,0 \pm 2,7$ и $11,3 \pm 2,1$; объем простаты по УЗИ $35,5 \pm 3,6$ и $36,4 \pm 3,7$ см³; объем остаточной мочи $38,9 \pm 4$ и $40,1 \pm 4$ мл. Контрольные осмотры выполнены в сроки: в 1-й группе - через 10-18 мес после окончания терапии, во 2-й группе - на фоне проводимой длительной терапии в сроки от 1 до 5 лет от начала применения препарата.

Результаты. В 1-й группе непосредственно по окончании терапии простамол уно в сроки от 1 до 3 мес у 30 (93,8%) больных получено улучшение бальной симптоматики по шкале IPSS и лишь у 2 (6,2%) не было перемен. Однако больные не продолжили лечение простамолом уно по следующим причинам: сочли лечение достаточным сами больные (19) или их врачи (8), посчитали препарат дорогим (5). При контрольном обследовании пациентов в сроки от 10 до 18 мес после проведенной терапии зафиксировано: 9 (28,1%) лечились уже другими препаратами (преимущественно альфа-адреноблокаторами), 3 (9,4%) были прооперированы [ТУР или открытая аденомэктомия, в т. ч. у 1 (3,1%) по поводу ОЗМ]. Остальные 20 (62,5%) больных, после самоотмены или отмены простамола уно не получавшие никакой терапии, при контрольном обследовании имели: симптоматику по шкале IPSS $14,0 \pm 2,2$ балла (прирост на 27,3%), объем ПЖ $49,1 \pm 3,3$ см³ (увеличение на 38,3%), объем остаточной мочи $101,3 \pm 9,8$ мл (на 160,4%). Во 2-й группе результаты оказались следующими: остаются на монотерапии простамолом уно 18 (81,8%) пациентов, имея в среднем $10,9 \pm 2,0$ балла по шкале IPSS, объем простаты $38,9 \pm 3,6$ см³ и объем остаточной мочи $38,0 \pm 4$ мл. Еще 3 (13,6%) пациентов, помимо простамол уно, принимают тамсулозин; прооперирован (ТУР) лишь 1 (4,5%), случаев ОЗМ не наблюдалось.

Выводы. Длительный (многолетний) курс лечения простамолом уно является эффективным и должен использоваться с первых симптомов заболевания. Ошибкой больных и врачей является отказ от лечения после 1-3 мес терапии, когда препарат еще не смог реализовать свой потенциал, которой проявляется в полной мере, когда лечение длится годами.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОЛЬМИЕВОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРОСТАТЫ ПУТЁМ СИСТЕМАТИЗАЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Гиясов Ш.И.¹, Гафаров Р.Р.², Эрназаров М.С.¹

¹Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

²Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Оценка результатов любых оперативных вмешательств напрямую зависит от правильного учёта и систематизации возникших послеоперационных осложнений. Особую роль в этом играет модифицированная система классификации Clavien-Dindo (2004), для более объективного практического использования которой авторами были разработаны критерии неосложнённого послеоперационного течения, а также критерии послеоперационных осложнений оперативных вмешательств по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). В настоящее время прослеживается тенденция к радикализации хирургического лечения ДГПЖ путём использования малоинвазивных вмешательств, чему соответствуют методики лазерной энуклеации гиперплазии простаты и, в частности, гольмиевая лазерная энуклеация простаты (Holmiumlaser enucleation of the prostate - HoLEP)

Цель. Объективизация оценки эффективности и безопасности HoLEP через призму систематизации осложнений.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 40 пациентов с ДГПЖ, которым была выполнена HoLEP. Средний возраст пациентов составил $65,0 \pm 1,1$ лет. Оценка эффективности гольмиевой лазерной энуклеации проводили с помощью Международной шкалы суммарной оценки заболеваний предстательной железы (IPSS), определения индекса качества жизни (QoL), максимальной скорости мочеиспускания (Qmax) и путем систематизации послеоперационных осложнений с использованием адаптированной нами классификации хирургических осложнений Clavien-Dindo (2004).

Анализ послеоперационного периода, частоты и тяжести осложнений, согласно критериям неосложнённого послеоперационного течения, а также критериям послеоперационных осложнений, выявил 28 (70%) осложнений среди 40 пациентов: осложнениями I степени мы расценили 8 (28,6%) случаев, которые были ликвидированы консервативно; к осложнениям II степени мы отнесли 16 (57,1%) случаев, которые также были ликвидированы консервативно; осложнения IIIa степени составили 3 (10,7%) случая, для ликвидации которых потребовались дополнительные вмешательства без общей анестезии; осложнение IIIb степени было отмечено в 1 (3,6%) случае, для его устранения потребовалось дополнительное вмешательство под общей анестезией. Осложнений IV и V степени не наблюдалось.

Анализ результатов эффективности HoLEP через 6 месяцев после операции показал, что балл по шкале IPSS с $23,35 \pm 0,8$ до вмешательства снизился до $5,9 \pm 0,2$ (баллов) ($p < 0,01$);

показатель QoL улучшился с $4,2 \pm 0,1$ до $2,0 \pm 0,06$ баллов ($p < 0,01$); Qmax с $10,9 \pm 1,1$ (мл/сек) увеличилась до $20,9 \pm 0,3$ (мл/сек).

Выводы. Таким образом, эффективность лечения пациентов, перенёвших HoLEP, по шкале IPSS и QoL, а также с учетом отсутствия в отдаленном послеоперационном периоде фибрино-склеротических изменений уретры и шейки мочевого пузыря составила 100%. Но также необходимо отметить, что в раннем послеоперационном периоде было зарегистрировано 28 (70%) осложнений у 20 пациентов (50%). К относительно тяжелым осложнениям отнесли 4 (14,3%) случая, для ликвидации которых потребовались инвазивные вмешательства, одно из них под общей анестезией.

МЕТОДЫ ГОЛЬМИЕВОЙ И ТУЛИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПО ЛИТЕРАТУРНЫМ ДАННЫМ

Гафаров Р.Р.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Введение. В настоящее время в оперативном лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) процедуры лазерной энуклеации простаты отесняют на второй план методики абляции и резекции. Комбинация термомеханической дислокации, гемостатических возможностей и трансуретральной морцелляции при использовании лазеров позволяют осуществлять эффективное хирургическое лечение аденом любых размеров с незамедлительным улучшением мочеиспускания и уменьшением числа осложнений.

Материалы и методы. Анализ публикаций, содержащих данные по результатам применения методов лазерной энуклеации ДГПЖ - гольмиевой лазерной энуклеации простаты (HoLEP) и тулиево лазерной энуклеации простаты (ThuLEP) за период с 2010 по 2022 г. в англоязычной базе медицинских данных Pubmed.

Результаты. HoLEP – наиболее изученная сегодня лазерная процедура с наибольшим числом рандомизированных клинических исследований, изучавших ее эффективность в сравнении с трансуретральной резекцией простаты (ТУРП), открытой аденомэктомией, биполярной энуклеацией, а также другими лазерными методиками.

В метаанализе Ahyai S.A. et al. (2010), сравнивающем лазерную энуклеацию с лазерной вапоризацией, биполярной трансуретральной резекцией простаты, было установлено, что только HoLEP ведет к статистически значимому улучшению показателя по шкале IPSS, а также максимальной скорости мочеиспускания (Qmax). После процедуры HoLEP ни в одном из случаев не возникло кровотечения, потребовавшего гемотрансфузии, а частота рецидивов составила 4,3%.

Не менее многообещающими являются результаты тулиево лазерной энуклеации простаты (ThuLEP). В настоящее время отсутствует в отношении ThuLEP достаточно большой объем данных рандомизированных контролируемых исследований с долгосрочным периодом наблюдением более четырех лет. В двух клинических исследованиях были сделаны выводы о том, что отсутствуют статистически значимые различия между ThuLEP и HoLEP через 6, 12 и

18 месяцев после операции (Herrmann T. et al., 2020). В крупнейшем на сегодняшний день исследовании тулий: YAG-лазера по технике ThuVEP (тулиевая вапоризация простаты) с 60-месячным периодом наблюдения сообщается о долгосрочной устойчивости улучшения мочеиспускания и общей частоте повторных операций 2,3% (Gross A.J. et al., 2017).

В систематическом обзоре и мета-анализе рандомизированных клинических испытаний, выполненном Pang K.H. и соавт. (2022), было показано, что ThuLEP характеризуется более коротким операционным временем по сравнению с HoLEP. Кроме того, статистически незначимо, но частота гемотрансфузий, острой задержки мочи, ургентного недержания и инфекционно-воспалительных осложнений была ниже после тулиевой энуклеации простаты по сравнению с HoLEP. Это, возможно связано с более глубоким проникновением в ткани гольмиевого лазерного излучения (~0,4 мм) по сравнению с тулиевым (~0,25 мм)

Заключение. Таким образом, анализ имеющихся литературных данных позволяет сделать вывод о том, что будущее в оперативном лечении ДГПЖ уже сегодня определяется современными методами эндоскопической энуклеации гиперплазии простаты, которые наряду с радикальностью вмешательства, характеризуются низкой периоперационной морбидностью. Среди методов лазерной энуклеации ведущее место занимают процедуры гольмиевой и тулиевой лазерной энуклеации простаты.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА ЭКСТРАКТОВ ТРАВ ГИНКГОЦЕТАМ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Азизов А.П.¹, Казахмедов Р.Э.², Рязанцев Н.И.¹, Азизова М.А.¹

¹Объединенное Научно-практическое общество урологов, СКФО. Махачкала, Кисловодск
²ДСОСВиО, г. Дербент

Актуальность. Тесные патофизиологические связи между метаболическим синдромом (МС), андрогенным дефицитом и доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) у мужчин, четкий возраст-ассоциированный характер их роста частоты и прогрессирования является очевидным. МС является независимым фактором прогрессивного ухудшения основных морфометрических параметров ДГПЖ (общий объем предстательной железы и количество остаточной мочи), причем, с увеличением количества компонентов МС, риск прогрессирования ДГПЖ достоверно увеличивается. При наличии у пациента и ДГПЖ, и МС диагностические и терапевтические мероприятия должны быть направлены одновременно на оба заболевания. (Тюзиков И. А., 2013; Corona G. et al., 2011; Frankel J. et al., 1998; Gorbachinsky I. et al., 2010; Kupelian V. et al., 2009).

Целью исследования явилось изучение применения комплекса экстрактов трав ГИНКГОЦЕТАМ у больных с МС и ДГПЖ при проведении комбинированной терапии (КТ).

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на 50 пациентах, мужчинах в возрасте 39-64 лет с МС и увеличенной предстательной железой (ДГПЖ), получавших симптоматическое лечение (тамсулозин 0,4 ежедневно в течении 12 месяцев).

Основную группу наблюдения составили 30 больных, получавшие кроме симптоматического лечения по поводу ДГПЖ и комплекс экстрактов трав ГИНКГОЦЕТАМ (Folia Ginkgo bilobae 150 мг, Ginkgo biloba extract 30 мг, Herba Filipendulae ulmariae 30 мг, Vinca minor extract 30 мг, Hericium erinaceus 50 мг, Succinic acid 50 мг, Niacin 100 мг) по 1 таблетке 3 раза в день, курсами по 80 дней, в течении 12 месяцев. Всего в течении года проводилось 3 курса, с перерывом 30 дней. Группа контроля - 20 мужчинам проводилось только симптоматическое лечение по поводу ДГПЖ.

Увеличение ПЖ диагностировалось на основании результатов первичного пальцевого ректального исследования (ПРИ). С помощью стандартного УЗИ определяли объем предстательной железы (V, см³) и количество остаточной мочи (R, мл) исходно и через 12 месяцев динамического наблюдения. Наличие и степень МС определялись на основании нескольких критериев. Критерием ожирения явилась окружность талии ≥ 94 см (IDF, 2005). Нижняя граница нормального уровня общего тестостерона крови, определенного радиоиммунным методом, принималась за 12 нмоль/л (ISSAM, 2008). Референтными значениями нормального уровня радиоиммунного инсулина крови считали 2,6-26,4 мк Ед/мл.

Результаты и их обсуждение. В основной группе пациентов МС и ДГПЖ, получавших ГИНКГОЦЕТАМ через 12 месяцев динамического наблюдения средний общий объем простаты (V) увеличился незначительно + 2,9 % от исходного, $p < 0,05$). В контрольной группе пациентов с МС и ДГПЖ, средний годовой прирост общего объема простаты (V) оказался достоверно выше, чем в основной группе и составил + 5,9 % от исходного ($p < 0,05$). За 12 месяцев наблюдения средний прирост количества остаточной мочи (R) составил в основной группе +3,9 %, в контрольной группе, соответственно, +12,5 % ($p < 0,05$).

Заключение. Ранняя диагностика, активная коррекция и контроль проявлений МС у мужчин является профилактической мерой, ведущей к снижению риска прогрессирования ДГПЖ. При наличии у пациента и ДГПЖ, и МС диагностические и терапевтические мероприятия должны быть направлены одновременно на оба заболевания. Применение комплекса экстрактов трав ГИНКГОЦЕТАМ действующего на патогенетические звенья развития и прогрессирования и ДГПЖ, и МС является актуальным направлением, требующим дальнейшего изучения.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ ПРИ ДГПЖ. ОПЫТ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «ЗДОРОВЬЯ»

Абоян И.А., Куликовских Я.В., Лужанский Д.С., Грачев С.В., Пакус С.М., Ширанов К.В.

ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону»

Актуальность: доброкачественная гиперплазия простаты (ДГПЖ) — это хроническое и одно из наиболее часто встречающихся заболеваний мужчин пожилого возраста. Прогрессирующая субвезикальная обструкция, обусловленная увеличением размеров простаты, приводит к возникновению симптомов, связанных с нарушением мочеиспускания – так называемые симптомы нижних мочевых путей (СНМП). В настоящее время существует множество вариантов лечения, в том числе медикаментозная терапия и разнообразные хирургические вмешательства. Эмболизация простатических артерий (ЭПА) успела себя зарекомендовать как безопасный и эффективный метод лечения ДГПЖ, в особенности у пациентов с выраженными симптомами болезни.

Цель: оценить технический успех, эффективность и безопасность эндоваскулярной эмболизации простатических артерий у пациентов с ДГПЖ.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ результатов процедур эмболизации простатических артерий у 23 пациентов с ДГПЖ, проведенных в МБУЗ КДЦ Здоровье г. Ростова-на-Дону за период 2018-2021 год. Медианный возраст пациентов составил 76 лет с межквартильным диапазоном 66-79 лет. Средний объем предстательной железы составил 83,2+/-11,6 мл. Пациенты на вмешательство отбирались на основании консилиума с участием уролога, рентгенэндоваскулярного хирурга, анестезиолога. Первичной конечной точкой в исследовании был клинический успех, определяемый как снижение показателя международной системы суммарной оценки заболеваний предстательной железы (International Prostate Symptom Score - IPSS) минимум на 3 балла после эмболизации. Вторичные конечные точки включали технический успех вмешательства, определяемый как полная эмболизация простатических артерий с обеих сторон, абсолютное снижение IPSS и значения IPSS в динамике после вмешательства. С помощью опросников SF-36 и IPSS-QoL оценивалось изменение качества жизни в результате эндоваскулярного вмешательства.

Результаты: технический успех вмешательства составил 91,3%. У 2 (8,7%) пациентов провести эмболизацию предстательных артерий не удалось ввиду выраженного атеросклероза нижних конечностей. Клинический успех составил 82,6% (19/23). Абсолютное снижение IPSS составило 12 пунктов. Со временем у пациентов, подвергнутых ЭПА, был достигнут полный регресс симптоматики.

Заключение: эмболизация предстательных артерий является эффективным и безопасным методом лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы с выраженными симптомами нижних мочевых путей. При минимальной инвазивности данный метод лечения позволяет добиться клинического успеха в виде снижения IPSS и улучшения качества жизни больных, страдающих ДГПЖ.

ТУЛИЕВАЯ ВАПОЭНУКЛЕАЦИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ThuVER): 36-МЕСЯЧНЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

*Катибов М.И.¹, Алибеков М.М.^{1,2}, Магомедов З.М.^{1,2}, Айдамиров В.Г.¹,
Абдулхалимов А.М.¹*

¹Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Городская клиническая больница», г. Махачкала, Российская Федерация

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Махачкала, Российская Федерация

Введение. Актуальным представляется анализ среднесрочных результатов клинического применения такого перспективного метода лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), как тулиевая вапоэнуклеация аденомы (ThuVER).

Материалы и методы. В проспективное исследование включено 68 пациентов с ДГПЖ, у которых срок наблюдения после проведения ThuVER составил не менее 36 месяцев. При выполнении данной операции использован отечественный аппарат «Уролаз» (волокно с

диаметром светонесущей жилы 600 мкм и длиной волны 1940 нм) при средней мощности излучения 70 Вт и энергии в импульсе 1,5 Дж с последующей морцелляцией удаленной ткани.

Возраст пациентов: 56–89 лет (медиана – 69 лет), объем предстательной железы: 35–190 см³ (медиана – 77 см³), объем остаточной мочи: 7–220 мл (медиана – 110 мл). У 7 пациентов (10,3%) имело место наличие цистостомического дренажа. У 8 (11,8%) пациентов по поводу одиночного либо множественных камней мочевого пузыря симультанно проводили цистолитотрипсию. Сравнивали дооперационный и послеоперационный (через 36 месяцев) показатели осложнений, суммы баллов по шкале IPSS/QoL, максимальной скорости потока мочи и объема остаточной мочи.

Результаты. Общая продолжительность оперативного вмешательства варьировала от 35 до 170 минут (медиана – 85 минут), этапа лазерной вапорэнуклеации аденомы – от 20 до 85 минут (медиана – 50 минут). Медиана массы удаленной ткани составила 55 г (24–170 г). При патоморфологическом исследовании удаленного материала ни в одном наблюдении данных за наличие рака предстательной железы не получено. Длительность нахождения катетера: 1–5 дней (медиана – 3 дня), послеоперационный койко-день: 3–7 дней (медиана – 4 дня). В раннем послеоперационном периоде имели место следующие осложнения: инфекция мочевыводящих путей – у 8 (11,8%) пациентов, кровотечение – у 1 (1,5%), острая задержка мочи – у 1 (1,5%), образование спаек между резидуальными тканями аденомы, потребовавшая повторного оперативного лечения – у 1 (1,5%), кратковременное недержание мочи (менее 3 месяцев) – у 4 (5,9%). В ходе послеоперационного наблюдения на протяжении 36 месяцев были зафиксированы следующие осложнения: инфекция мочевыводящих путей – у 10 (14,7%) пациентов, рецидив ДГПЖ – у 2 (2,9%), острая задержка мочи – у 1 (1,5%). По частоте осложнений между данными периодами достоверных различий не установлено ($p > 0,05$). В целом по выборке отмечено достоверное улучшение ($p < 0,05$) следующих параметров: а) средний балл IPSS снизился с дооперационных 23,6 до 5,0 через 36 месяцев; б) среднее значение QoL уменьшилось с дооперационных 4,8 до 1,0 баллов через 36 месяцев; в) среднее значение объема остаточной мочи уменьшилось с дооперационных 110 до 20 мл через 36 месяцев; г) средний показатель максимальной скорости потока мочи увеличился с дооперационных 7,5 до 18,1 мл/с через 36 месяцев.

Заключение. ThuVEP обеспечивает достоверное улучшение всех ключевых параметров состояния мочеиспускания через 36 месяцев после оперативного вмешательства относительно предоперационных данных при сопоставимом уровне послеоперационных осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДГПЖ: ЧТО-ТО НОВЕНЬКОЕ?

Перлин Д.В.^{1,2}, Шманев А.О.^{1,2}, Шамхалов Ш.Н.¹, Куликов П.А.¹

¹ГБУЗ Волгоградский областной уронефрологический центр

²Кафедра урологии, ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Ключевые слова: хирургия; урология; доброкачественная гиперплазия предстательной железы;

Введение/Цель исследования. Доброкачественная гиперплазия простаты (ДГПЖ) является широко распространенным заболеванием среди мужчин старше 60 лет. Эта нозология

встречается более чем у 80% мужчин этой возрастной категории. В связи с широким применением консервативных методов лечения доля пациентов, обратившихся за хирургической помощью в поздней стадии заболевания и, как следствие, с большим объемом простаты постоянно увеличивается.

Согласно клиническим рекомендациям по оперативному лечению Доброкачественной гиперплазии предстательной железы предлагаются трансуретральная резекция или энуклеация, позадилоная или лапароскопическая аденомэктомия.

Однако, недостатками всех этих методов является удаление или травматическое повреждение практически всего простатического отдела уретры. Иногда это сопровождается повреждением наружного сфинктера уретры, что влечет за собой стойкие послеоперационные расстройства, значительно снижающие на качество жизни пациентов и порой требующие хирургической коррекции в будущем. Цель исследования: Снижение анатомических повреждений и функциональных расстройств является при оперативном лечении ДГПЖ.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лапароскопической экстраперитонеальной уретросберегающей аденомэктомии, выполненных в Волгоградском областном уронефрологическом центре 31 пациенту с верифицированным диагнозом ДГПЖ. Возраст пациентов был от 57 до 79 лет, объемом железы от 80 до 280 см³.

Результаты. Продолжительность операции варьировала от 68 до 230 минут, объем кровопотери от 50 до 500 мл. Ни одному пациенту в послеоперационном периоде не понадобились гемотрансфузии. Время нахождения в стационаре в среднем составило 5,1 дней.

На момент выписки из стационара у 90% пациентов полностью сохранялась континенция мочи. Через 6 месяцев после операции у 87% отсутствовали жалобы на дизурические явления.

Заключение. Лапароскопическую экстраперитонеальную аденомэктомию можно считать эффективной альтернативой трансуретральным методам лечения ДГПЖ у пациентов с большим объемом простаты. Модифицированная уретросберегающая методика позволяет минимизировать недостатки анатомические повреждения и функциональные нарушения со стороны нижних мочевых путей после операции. Необходимо большее число наблюдений и длительность наблюдения пациентов для широкого внедрения методики в повседневную практику.

СРАВНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГОЛЬМИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРУПНЫХ РАЗМЕРОВ

Котов С.В.^{1,2}, Перов Р.А.^{1,3}, Новиков А.А.³, Неменов А.А.^{1,3}, Жестков И.А.¹

¹РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

²Первая Градская больница им. Н.И. Пирогова

³ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина» ДЗМ

Ключевые слова: лазерная энуклеация, простата, объем, размер

Введение/Цель исследования. Объем простаты как самостоятельный фактор, влияющий на эффективность и безопасность хирургического лечения, на сегодняшний день изучен недостаточно. С развитием относительно новых лазерных методов следует более детально оценить указанный параметр, даже с учетом работ, демонстрирующих успешное применение лазерных методов при аденоме простаты разных размеров. Цель исследования: провести сравнительный анализ периоперационных и функциональных показателей у пациентов аденомой простаты, перенесших гольмиевую лазерную энуклеацию, в зависимости от размера железы.

Материалы и методы: В период с 2020 по май 2022 г. в ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина» ДЗМ проведено проспективное исследование результатов лазерной энуклеации предстательной железы у 252 пациентов. Пациенты были разделены на 2 группы на основании размера предстательной железы: I включала 206 (81%) пациентов с железами менее 100см³, II включала 46 (19%) пациентов с железами более 100см³. Средние дооперационные значения в I и II группах составили: возраст 74 ±8.1 и 72±7.5 лет, объем ПЖ 66± 31.4 см³ и 126±23.2см³, общий ПСА крови 4.01±3.3 нг/мл и 4.7±3.8 нг/мл, Q max 7,7±2.8 мл/сек и 7,9±3.7мл/сек, IPSS 23,5 ±6.2 и 21,1 ±3.9. Достоверных различий в предоперационных показателях ПСА об., IPSS, Qmax в группах I и II выявлено не было.

Результаты: Объем простаты являлся сильнейшим прогностическим фактором в отношении длительности операции. Данный показатель значимо различался между двумя группами. Для группы I среднее время операции составило 67.1± 26.7 мин., а для группы II - 98.1± 24.2 мин (p <0,05). Значимых различий в количестве осложнений по Clavien-Dindo (12 случаев в группе I и 36 случаев в группе II, p <0,05) и послеоперационных показателях IPSS, Q max и объема остаточной мочи выявлено не было: ни в раннем послеоперационном периоде (группа I (n=195), группа 2 (n=44)) - Q max 17,4±9,1 мл/с против 18,2±10.9 мл/с, объем остаточной мочи 52±39,4 мл против 56 ±31,8 мл (p <0,05), - ни через 3 месяца наблюдения (группа I (n=172), группа 2 (n=32)) - IPSS - 5,7 ± 4,1 против 6,2± 4,9, QoL 1±0.9 против 1,1±0.9, Q max 18,9 ± 6,7 мл/с против 20,3±11,5 мл/с, объем остаточной мочи 53.5 ±33,1 мл против 54,9±30,6 мл (p <0,05).

Заключение: Лазерная энуклеация простаты – эффективный и безопасный метод лечения пациентов с аденомой простаты любого объема. При этом, важными факторами, влияющими на исход операции, остаются длительность процедуры, коррелирующая с объемом железы, и опыт хирурга.

ОЦЕНКА ЭЯКУЛЯТОРНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Дианов М.П.¹, Кызласов П.С.²

¹Врач уролог ГАУЗ КОКБ. Кемерово

²Д.М.Н., профессор кафедры урологии, андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБА им. А.И. Бурназяна ФМБА России. Главный внештатный уролог ФМБА России. Москва.

Введение: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы часто является причиной капулятивной дисфункции (нарушения либидо, эрекции, эякуляции и оргазма).

Не менее часто, данные отклонения формируются на фоне лечения ДГПЖ, в том числе хирургического. Существует большое количество методов удаления гиперплазированной ткани предстательной железы. При этом в процессе выбора метода редко учитывается его влияние на эякуляторную функцию. В основном это происходит из-за отсутствия данных о влиянии конкретных методов.

Материалы и методы: В период с 2018г по 2021гг. проведено обследование 60-ти пациентов, последние разделились на 2 группы. Группа 1($n=30$): пациенты в возрасте от 59 до 76 лет (средний возраст $67,9+5,1$ года), выполнена эндовидеохирургической позадилоной аденомэктомии. Группа 2($n=30$): пациенты в возрасте от 58 до 78 лет (средний возраст $68,6+5,6$ года), выполнена трансуретральная электроэнуклеация простаты. Перед началом лечения были заполнены стандартные опросники: МИЭФ 5, iPSS, QL, шкала количественной оценки мужской копулятивной функции (шкала «МКФ»), отдельно анализировался блок вопросов, характеризующих именно эякуляторную составляющую и «Опросник мужского сексуального здоровья», а именно раздел: «расстройства эякуляции». Оценка проводилась до начала лечения и на 12-ой неделе после операции. По всем опросниками до начала лечения различия между группами не было.

Результаты: Через 3 месяца после оперативного лечения выявлено, что в шкалах МИЭФ 5, iPSS, QL статистически значимых различий в базовых оценках и оценках после лечения не было. В опроснике «Мужской копулятивной функции» у пациентов перенесших ЭВХ АЭ показатели остались на прежнем уровне до лечения $39,0+6,8$, после лечения $39,0+6,8$. А у пациентов перенесших ТУЕВ определялось снижение базовых оценок с $39,2+6,4$ до $36,3+7,1$. С позиции статистической оценки отмечено значимое ухудшение в группе 2. В целом же, состояние эректильной функции, можно оценить, как без существенных изменений Аналогичная картина прослеживалась в «Опросник мужского сексуального здоровья: расстройства эякуляции», где определялось снижение базовых оценок у пациентов перенесших ТУЕВ, с $21,1+10,0$ до $13,9+12,7$. В то время как у пациентов перенесших ЭВХ АЭ показатели остались на прежнем уровне ($19,3+11,2$ и $20,7+9,7$). При статистическом анализе установлено, что между базовыми оценками и оценками через 3 месяца после лечения имелись значимые различия только в группе пациентов перенесших ТУЕВ. Опросник «мужской копулятивной функции» $p=0,0422$., «Опросник мужского сексуального здоровья: расстройства эякуляции» $p=0,0326$. Тем самым зафиксировано значимое ухудшение эякуляторной функции.

Обсуждение: На фоне хирургического лечения в обеих группах отмечено значимое улучшение со стороны СНМП и значительно улучшилось качество жизни пациентов. ТУЕВ, обеспечивая сохранение эрекции, приводит к выраженному нарушению эякуляторной функции. ЭВХ АЭ на копулятивную функцию в целом, влияния не оказала. Даже на фоне большей инвазивности данный метод явно предпочтительнее с точки зрения сбережения эякуляции.

Заключение: Таким образом можно сказать, что при выборе конкретного хирургического метода лечения нужно учитывать индивидуальное отношение пациента к балансу эректильной и эякуляторной.

ЗАВИСИМОСТЬ АНГИОАРХИТЕКТониКИ МАЛОГО ТАЗА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ханалиев Б.В.¹, Барсебян А.Г.¹, Скрыбин Е.С.¹, Косарев Е.И.¹,
Марчак Д.И.², Масленников М.А.²

¹Кафедра урологии и андрологии ИУВ ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ,
Москва, Россия

²Кафедра грудной и сердечно-сосудистой хирургии с курсами рентгенэндоваскулярной
хирургии, хирургической аритмологии и хирургических инфекций ИУВ ФГБУ
«НМХЦ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

Ключевые слова: гиперплазия предстательной железы, эмболизация, эмболизация артерий простаты, нарушение мочеиспускания

Введение. Трансартериальная эмболизация (ТАЭ) зарекомендовала себя как один из эффективных методов лечения гиперплазии простаты. Во время выполнения ТАЭ используется ангиография и последующая эмболизация. Данный метод направлен на остановку кровотока в ткань, вызывая тем самым ишемические повреждения и некроз, что приводит к уменьшению размеров последней. Наиболее частое отхождение артерии простаты отмечается в средней трети внутренней половой артерии. Общее отхождение артерии простаты и верхней пузырной артерии наблюдается в среднем в 20-35% случаев.

Материалы и методы. Одноцентровое проспективное обсервационное исследование, проведенное в 2018-2022 гг. В исследование включено 110 пациентов с ГПЖ >100 и <150 см³ в диаметре после проведения эмболизации простатических артерий (ЭПА), в возрасте 65-86 лет. Всем пациентам перед ЭПА выполнена КТ органов малого таза в ангиорежиме. В 79 (72%) случаях отмечается отхождение артерии простаты в средней трети внутренней половой артерии (I группа). У 31 пациента (28%) отмечается отхождение артерии простаты от внутренней подвздошной артерии. Качество жизни пациентов оценивалось опросником IPSS, при оценке которого у всех пациентов до проведения оперативного вмешательства выявлено повышение количества баллов до 24 (±7). По данным урофлоуметрии отмечено снижение Q_{max} до 9 (±6) мл/сек. Всем пациентам выполнена ЭПА. Выполнен плечевой доступ, использовался интродьюсер 5F, микроэмболы 150-250 мкм. Значимость различий показателей опросника оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при p < 0,05.

Результаты. У пациентов первой группы через 3 месяца после ЭПА отмечено повышение Q_{max} до 11 (±4) мл/сек и снижение баллов опросника IPSS до 20 (±3) балла. У пациентов второй группы через 3 месяца после ЭПА отмечено повышение Q_{max} до 16 (±4) мл/сек и снижение баллов опросника IPSS до 14 (±4). У пациентов второй группы в раннем послеоперационном периоде отмечен более выраженный болевой синдром, потребовавший применения опиоидных анальгетиков. По истечению 6 месяцев после ЭПА пациенты первой группы отметили повторное ухудшение: снижение Q_{max} до 10 (±5) мл/сек, повышение балла IPSS до 23 (±5). В то время как у пациентов второй группы не выявлено статистически значимого снижения показателей. Ни у одного пациента не наблюдалось уменьшения суммы баллов по опроснику IPSS.

Заключение. В арсенале современного врача уролога имеется множество методов лечения ГПЖ. При постепенном прогрессировании заболевания, медикаментозная терапия (не лишенная побочных действий) далее нуждается в альтернативе в виде хирургического вмешательства. Полученные данные свидетельствуют о том, что ЭПА приводит к улучшению качества жизни пациентов, не прибегая к открытой хирургии, однако результаты вмешательства напрямую зависят от ангиоархитектоники малого таза. Для более объективной оценки данных, результаты требуют многофакторного, более детального и длительного анализа.

Тема сессии: Эректильная дисфункция у мужчин и сексуальная дисфункция у мужчин и женщин, базовые исследования, диагностика, терапия, хирургии.

Рубрика: Эректильная дисфункция после эндоурологического вмешательства, оценка исходов, наблюдение.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИПОЛЯРНОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОРЕЗЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хошимов Н.Н, Наджимитдинов Я.С., Ахмадалиев Т.

Клиника «VitaMed», Ташкент, Узбекистан

Введение. По мере увеличения численности пожилых мужчин соответственно увеличилась распространенность доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Трансуретральную резекцию простаты (ТУРП) считают «золотым стандартом» при хирургическом лечении больных с ДГПЖ. Однако при выполнении ТУРП в 15% -20% пациентов наблюдают нарушения электролитного баланса из-за резорбции ирригационной жидкости. Поэтому в настоящее время широкое распространение получает трансуретральная энуклеация простаты с помощью биполярного электрода. Целью данного исследования явилось улучшение результатов лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы за счет применения биполярной трансуретральной электрорезекции.

Материалы и методы. За период с января 2021 по декабрь 2022 биполярная ТУРП выполнена у 23 пациентов. Всем больным был выполнен анализ мочи, клинические и биохимические исследования крови, определен уровень простат-специфического антигена (ПСА), произведена трансректальная ультрасонография, пальцевое ректальное исследование простаты, измерена максимальная скорость объемного потока мочи (Q_{max}) и определен объем остаточной мочи (PVR). В том числе, при беседе с пациентом использован опросник «International Prostate Symptom Score» (IPSS), с определением качества жизни (QoL). Оперативное вмешательство выполнено одним молодым урологом в условиях частной клиники «Prof Med Service». Средний возраст пациентов был $70,3 \pm 8,3$ года. Средний объем простаты составил $55,1 \pm 33,9$ г и объем аденомы $25,9 \pm 19,5$ г. Средний показатель Q_{max} был $7,9 \pm 4,8$ мл/с, PVR- $100,2 \pm 26,5$ мл, IPSS составил $28,0 \pm 2,7$ и QoL $4,6 \pm 0,6$ балла.

Результаты. Средний объем резецированной простаты составил $22,9 \pm 14,7$ г, длительность оперативного вмешательства была $109,6 \pm 60,3$ минуты. После операции всем пациентам был установлен через уретру катетер типа Foley и средняя длительность катетеризации

составила $4,6 \pm 0,7$ дня, что соответствовало продолжительности пребывания больного в стационаре. Ни в одном случае не было повреждения стенки мочевого пузыря, стриктуры мочеиспускательного канала или инфекции мочевыводящих путей. Спустя один месяц после операции средние значения Q_{max} составило $17,8 \pm 9,5$ мл / с, объем остаточной мочи был $35,8 \pm 20,8$ мл, показатель IPSS составил $10,7 \pm 4,0$ и QoL - $2,2 \pm 0,8$ балла. В двух случаях (8,7%) потребовалось повторное введение в уретру катетера из-за нарушения мочеиспускания, который был удален через три дня и у больного восстановилось самостоятельное мочеиспускание. В двух случаях (8,7%) развилось недержание мочи и после проведения фармакологического лечения и поведенческой терапии больной начал удерживать мочу.

Заключение. Несмотря на небольшое количество больных с ДГПЖ, которым выполнена биполярная трансуретральная резекция мы считаем, что метод является безопасным и эффективным. Ни в одном случае не было кровотечения, которое потребовало гемотрансфузии. Несомненными преимуществами биполярной трансуретральной электрорезекции предстательной железы, являются: отсутствие вероятности возникновения электролитных расстройств в связи с использованием физиологического раствора NaCl в качестве ирригационной жидкости и короткий период пребывания в стационаре после операции. Следует указать, что биполярную ТУР целесообразно использовать урологам, имеющим небольшой опыт, поскольку операция не зависит от времени при использовании физиологического раствора.

СОСТОЯНИЕ КОПУЛЯТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

Попов С.В.¹, Неймарк А.И.², Неймарк Б.А.², Орлов И.Н.¹, Топузов Т.М.¹,
Гринь Е.А.¹, Сушина И.В.¹, Малевич С.М.¹, Орлов А.Р.¹

¹Санкт-Петербург

²Барнаул

Введение: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы – одно из наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста, для лечения которого разработано большое количество хирургических методов лечения, однако в литературе мало отражена зависимость частоты различных нарушений копулятивной функции от вида оперативного вмешательства. Наше исследование посвящено оценке влияния эндовидеохирургической аденомэктомии (ЭВХ-АЭ) на копулятивную функцию.

Материалы и методы: В исследовании участвовали 120 больных, у которых оценивали копулятивную функцию на основании опросников МИЭФ-15, AMS, шкалы МКФ, также исследовали бульбокавернозный рефлекс, определяли содержание общего и свободного тестостерона и глобулина, связывающего половые гормоны. Пациентов обследовали до операции, спустя 6 и 12 месяцев после нее.

Результаты: Выявлено уменьшение частоты эректильной дисфункции через 6 и 12 месяцев после операции. Частота ретроградной эякуляции была ниже по сравнению с дооперационным значением через 12 месяцев после операции. Отмечено улучшение рефлекторного и гормонального статуса у оперированных пациентов.

Выводы: Таким образом, ЭВХ-АЭ оказывает положительное влияние на состояние копулятивной функции и гормональный фон у больных доброкачественной гиперплазией

предстательной железы, что выражается в улучшении эректильной функции и снижении частоты ретроградной эякуляции.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ CLAVIEN-DINDO

Ахмадалиев Т., Наджимитдинов Я.С.

Клиника «VitaMed», Ташкент, Узбекистан.

Введение. Наиболее распространенным методом лечения больных с доброкачественной гиперплазией простаты (ДГП) или золотым стандартом является трансуретральная резекция. Тем не менее, после вмешательства могут быть осложнения, изучение и систематизация, которых позволяет снизить вероятность осложнений в дальнейшем. Систематизация осложнений трансуретральной резекции простаты в соответствии с классификацией по Clavien-Dindo позволило бы объективно оценить качество данной операции, определить пути предупреждения развития осложнений и методы их устранения, что соответственно привело бы к уменьшению частоты развития осложнений.

Материал и методы. За период с января 2021 г. по март 2022 г. были изучены результаты ТУРП, выполненные 110 больным ДГП. Средний возраст пациентов ($M \pm SD$) составил $67,6 \pm 7,8$ ($m=0,74$; $V=11,5\%$) лет. Среди них больных с цистостомическим дренажом было 45 (40,5%), медиана объема удаленной ткани ДГП была равна 42 (32,0-52,0) мл. За первый месяц наблюдения общее число осложнений составило 46 у 38 (34,5%) больных. Все осложнения были систематизированы по срокам, видам и частоте, далее оценены в соответствии с модифицированной классификацией Clavien-Dindo.

Результаты. Наибольшее количество осложнений было отнесено к первой (27 из 46 осложнений; 58,7%) и второй (12 из 46 осложнений; 26,1%) степени тяжести. 6 осложнений были расценены как степень IIb (13%). Из числа осложнений, расцененных как I степень, 13 (48,1%) проявились в виде симптоматической ИМТ без уросепсиса. Последние были ликвидированы введением антипиретиков и нестероидных противовоспалительных средств. В 6 (22,2%) случаях наблюдали незначительное кровотечение, которые разрешились неинвазивными методами лечения (усиление ирригации мочевого пузыря и др.) у постели больного. В 4 (14,8%) случаях имело место острая задержка мочи после удаления уретрального катетера, которая потребовала рекатетеризации и дальнейшего наблюдения. Также, в эту группу было включено 4 (14,8%) случая асимптоматической бактериурии, требующие лишь дальнейшего наблюдения. Среди 12 осложнений второй степени, в 2 (16,7%) случаях наблюдали симптоматическую ИМТ с признаками уросепсиса, потребовавшие усиленной инфузионной и антибактериальной терапии, в 6 (50%) случаях была проведена гемотрансфузия, в связи со значительной кровопотерей. Ассоциированных осложнений, в данной группе, было 4: 1 (25%) случай приступа стенокардии, 2 (50%) случая - тромбоза глубоких вен нижних конечностей и, 1 (25%) случай - преходящего нарушения мозгового кровообращения. Эти осложнения были купированы введением соответствующей специфической терапии, и поэтому отнесены ко II степени тяжести. К IIb степени были отнесены 6 (13%)

осложнений, все связанные с кровотечением, сопровождавшиеся тампонадой мочевого пузыря, и потребовавшие повторного вмешательства с применением анестезиологического пособия. Более высокая степень осложнений (IV или V) в нашем исследовании не наблюдалась, но в 1 (2,2%) случае имело место неполное опорожнение мочевого пузыря вследствие «слабости детрузора», которое было расценено как «несостоятельность лечения». Такие состояния, как слабая дизурия, дискомфорт, связанный с наличием мочевых дренажей и другие «легкие» нарушения, которые разрешались спонтанно, не были классифицированы как осложнения оперативного вмешательства.

Выводы. Модифицированная классификация Clavien-Dindo может быть использована для оценки степени тяжести осложнений ТУРП при ДГП.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ГОЛЬМИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Котов С.В.^{1,2}, Перов Р.А.^{1,3}, Новиков А.А.³, Неменов А.А.^{1,3}, Жестков И.А.¹

¹РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

²Первая Градская больница им. Н.И. Пирогова

³ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина» ДЗМ

Ключевые слова: лазерная энуклеация, простата, возраст

Введение/Цель исследования. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является ведущей причиной симптомов нижних мочевыводящих путей среди пациентов мужского пола старше 40 лет. Среди новых методов оперативного лечения наиболее широкое распространение получила лазерная энуклеация гиперплазии простаты. Возраст как фактор, влияющий на исход оперативного лечения, изучен недостаточно. Цель исследования: провести сравнительный анализ периоперационных и функциональных показателей у пациентов различных возрастных групп с ДГПЖ, перенесших гольмиевую лазерную энуклеацию.

Материалы и методы. В период с 2020 по май 2022 г. в ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина» ДЗМ проведен анализ 251 пациента с ДГПЖ. Пациенты были разделены на 2 группы: I – до 69 лет (n=149, 59%) и II группа – пациенты старше 70 лет (n=102, 41%). Средний возраст составил 63,1 и 75,2 года соответственно. Объем предстательной железы в I группе составил 63,1 см³, для пациентов II группы – 74,8 см³, средняя сумма баллов по шкале IPSS – 18,4 и 19,8, средний Q(max) – 8,8 и 7,1 мл/сек, а средний объем остаточной мочи – 156,5 и 187,1 мл соответственно. Количество пациентов с цистостомическим катетером превалировало во II группе и составило 61,8%, тогда как в I группе – 52,4%. Всем пациентам была выполнена гольмиевая лазерная энуклеация предстательной железы.

Результаты. Средняя продолжительность операции, послеоперационное дренирование и койко-день были сопоставимы в обеих группах. С целью оценки послеоперационных осложнений была применена шкала Clavien-Dindo. Во II группе пациентов частота осложнений $\geq 3b$ была достоверно выше (n=7; 7%), тогда как в I группе – n=5 (3%). При этом во

II группе частота гемотрансфузий (n=9; 9% против n=6; 4%) и случаев острой задержки мочеиспускания (n=6; 6% против n=4; 3%) также была выше. При оценке функциональных показателей спустя 6 месяцев IPSS в I группе был равен 12, во II группе – 8 баллов, Q(max) составила 19 мл/сек и 13 мл/сек соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Выполнение гольмиевой лазерной энуклеации предстательной железы для пациентов старше 70 лет является эффективным и безопасным методом лечения ДГПЖ, однако функциональные результаты уступают пациентам более молодого возраста.

ЭЯКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ

Рустамов М.Н.², Галиуллин О.Ф.², Винаров А.З.¹

¹Институт урологии и репродуктивного здоровья человека, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

²ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Казань»

Введение. Нарушения семяизвержения: ретроградная эякуляция, анэякуляция, болезненное и раннее семяизвержение у больных после различных наиболее широко применяемых методов оперативного вмешательства при аденоме/гиперплазии предстательной железы: трансуретральной аденомэктомии, лазерной и электрохирургической энуклеации и открытых операций, представляют значимые проблемы.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование эякуляторной функции 224 сексуально активных мужчин в возрасте от 49 до 84 лет с СНМ/ГПЖ до и после оперативного лечения. За период с 2018 по 2021 г. 72 больным была выполнена эндоскопическая тулиевая лазерная энуклеация гиперплазии простаты (ThuLep), 136 больным – традиционная ТУР простаты и 16 больным открытая чреспузырная аденомэктомия. Всем пациентам на предоперационном и послеоперационном этапе выполнено традиционное обследование больного с СНМ/ГПЖ. Оценка функции семяизвержения проводилась путем анкетирования по шкале оценки семяизвержения – Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ-EjD) в предоперационном этапе и в сроки через 3 и 6 месяцев после оперативного лечения. С целью дифференциальной диагностики ретроградного семяизвержения и анэякуляции больным после оперативного лечения проводили анализ посторгазменной мочи на наличие и количество сперматозоидов.

Результаты. Возраст исследуемых больных в среднем составил 64 года.

До операции: Различные нарушения семяизвержения выявлены у 61,6% обследуемых мужчин: 48,2 % (108) опрошенных отметили уменьшение объема эякулята, а 47,3 % (106) – снижение интенсивности семяизвержения. В 15,2 % (34) случаев было выявлено приобретенное раннее семяизвержение, 17 % (38 человек) сообщили о боли/дискомфорте при семяизвержении, 11,6% (26 человек) указали на задержку эякуляции (ЗЭ) во время полового акта. Пациентов с анэякуляцией исходно не было. Средний балл по шкале МИЭФ-5 составил 17,9, а по шкале IPSS-21,5 балла.

Среди этих же больных через 3 месяца после оперативного лечения выявлены нарушения семяизвержения следующего характера: ретроградное семяизвержение у 78 (34,8%) больных, анэякуляция выявлена у 90 (40,2%). У остальных 56 (25%) после оперативного лечения антеградное семяизвержение было сохранено. Боль при семяизвержении отметили

4 (1,8%) человека, больных с ранним семяизвержением и задержанной эякуляцией среди прооперированных пациентов не было выявлено.

Заключение. У больных ГПЖ до оперативного лечения в структуре нарушений семяизвержения преобладали снижение объема эякулята 48,2%, снижение скорости (интенсивности) эякуляции 47,3%, болезненное семяизвержение 17%, преждевременная эякуляция 15,2%, задержка эякуляции 11,6%. У этих же больных после оперативного лечения преобладает ретроградная эякуляция 34,8% (78) и анэякуляция 40,2%.

OBJECTIVE APPROACHES TO THE SYSTEMATIZATION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE

Gafarov R.R.¹, Giyasov Sh.I.²

¹Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

²Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Objective. In assessing the results of surgical interventions, a special role belongs to the systematization of postoperative complications. Objective systematization of postoperative complications allows to correctly identify severity and select adequate measures to eliminate them. Special role in the assessment of postoperative complications is played by the modified Clavien-Dindo classification system, for a more objective practical application of which the criteria for an uncomplicated postoperative course, as well as the criteria for postoperative complications of surgical interventions for benign prostatic hyperplasia (BPH), have been developed. This study investigated effectiveness of transurethral resection of the prostate (TURP) through objective systematization of complications.

Material and methods. Retro- and prospective analysis of the TURP results (26 patients underwent monopolar TURP, 24 - bipolar TURP) in 50 patients with BPH was performed. The mean age of the patients was 67.5±1.1 years. Effectiveness of surgical treatment was assessed by International Prostate Symptom Score (IPSS), Quality of Life index (QoL), maximum urine flow rate (Qmax) and by systematizing postoperative complications using the Clavien-Dindo (2004) classification of surgical complications in our adaptation.

Results. The analysis of TURP results showed that among 50 patients were observed 41 (82.0%) complications.

Complications of the I degree were observed in 16 (39%) cases, all of them were eliminated conservatively.

Complications of II degree were observed in 17 (41.5%) cases. Complications of this group also were eliminated conservatively.

Grade IIIa complications were detected in 1 (2.4%) case; their elimination required additional interventions without general anesthesia.

Grade IIIb complications were detected in 7 (17.1%) cases; their elimination required additional interventions under general anesthesia.

Complications of IV and V degrees were not noted.

Analysis of the effectiveness of TURP after 6 months showed that the IPSS score decreased from 25.1 ± 0.5 before the intervention to 6.2 ± 0.2 ($p < 0.01$), QoL improved from 4.6 ± 0.1 to 2.1 ± 0.04 ($p < 0.01$), Qmax increased from 6.9 ± 0.3 ml/sec to 20.3 ± 0.2 ml/sec.

Conclusions. Among 50 patients after TURP 41 (82.0%) postoperative complications were observed in 28 patients (56%). 33 (80.5%) complications were relatively mild and were managed conservatively. Relatively severe complications included 8 (19.5%) cases, the elimination of which required invasive interventions, while most of them (17.1%) were performed under general anesthesia. The effectiveness of treatment was 92.0% (46 patients). 4 (8.0%) patients developed fibrosclerotic changes in the posterior urethra and bladder neck in the late postoperative period, which required additional surgical interventions.

Хронический простатит

РОЛЬ НЕЙРОГЕННОГО КОМПОНЕНТА В ПАТОФИЗИОЛОГИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ КАТЕГОРИИ IIIВ

*А.С. Соловьёв, М.И. Азизов, Д.Н. Щедров, С.А. Жигалов, И.И. Можаяев,
А.Н. Чирков, И.С. Шорманов*

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, Ярославль

Введение. Несмотря на разносторонний подход к изучению проблемы хронического абактериального простатита невоспалительной природы, до сих пор не выработано единого мнения на этиологию и механизмы развития этого состояния, а терапия основывается на принципах оказания симптоматической помощи. Вследствие этого констатируется невысокая эффективность лечения пациентов, страдающих ХАП III-В категории. При этом, одним из основных симптомов заболевания является боль, в патогенезе которой всё большая роль отводится нейропатическому компоненту.

Цель исследования: изучить частоту и особенности невропатического компонента болевого синдрома, а также оценить клиническую эффективность, переносимость и безопасность его коррекции в рамках оптимизированной комплексной фармакотерапии у мужчин с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ) IIIВ категории.

Материал 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). Для оценки индекса боли использовали Шкалу оценки симптомов хронического простатита и качества жизни мужчин по версии Национального института здоровья США (National Institute of Health Chronic Prostatitis Symptom Index – Quality of Life – NIH-CPSI-QL). Для выявления невропатического компонента хронической боли применяли диагностический опросник невропатической боли DN4. В ходе исследования сравнивались переносимость и клиническая эффективность фармакотерапии в двух подгруппах. Подгруппа 1 ($n = 45$) получала базовую терапию (нестероидный противовоспалительный препарат + венотонический препарат + альфа-1-адреноблокатор) в течение 30 дней. Подгруппа 2 ($n = 45$) предварительно получала альфа-липоевую кислоту парентерально, а затем 30-дневную базовую терапию (нестероидный противовоспалительный препарат + венотонический препарат + альфа-1-адреноблокатор) с дополнительным приемом альфа-липоевой кислоты перорально.

Результаты и их обсуждение. У 100% пациентов с СХТБ IIIВ категории присутствовал хронический болевой синдром с преимущественной (в 61,1% случаев) локализацией в области малого таза/предстательной железы, который негативно сказывался на качестве жизни пациентов. Невропатический компонент болевого синдрома диагностирован у 35,5% больных с обострением СХТБ IIIВ категории, в то время как только у 13,3% мужчин контрольной группы выявлялись признаки, соответствующие аналогам невропатической боли ($p < 0,05$). Таким образом, общая частота невропатической боли при СХТБ IIIВ категории оказалась в 2,7 раза выше, чем в популяции асимптоматических мужчин ($p < 0,05$). Стандартная фармакотерапия не оказывала патогенетического влияния на невропатический компонент, частота которого к концу лечения увеличилась до 37,8% ($p < 0,05$). Дополнительное назначение альфа-ли-

поевой кислоты снизило частоту невропатической боли на 11%, общий индекс боли – на 21,1%, побочные эффекты фармакотерапии – на 80% ($p < 0,05$).

Выводы. У каждого третьего пациента с СХТБ IIIВ категории при использовании простого, но валидного опросника DN4 выявляются признаки невропатической боли, коррекция которой в рамках стандартного консервативного лечения практически невозможна. Патогенетически оправданной и эффективной фармакотерапевтической опцией для данной категории пациентов может считаться дополнительное назначение альфа-липоевой кислоты, которое позволяет достоверно и безопасно улучшить клинические результаты лечения СХТБ IIIВ, сочетающегося с невропатической болью.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

Мкртчян М.А. Бобрик Ю.В.

Кафедра медицинской реабилитации, спортивной медицины и адаптивной физической культуры Института «Медицинская академия имени С. И. Георгиевского»

Введение: Актуальной является проблема лечения осложненных форм хронического простатита (ХП), распространенность которого в последнее время увеличивается. Современная медицина пока не располагает достоверными сведениями о причинах и механизмах развития ХП.

Методы физического воздействия являются основными при лечении и реабилитации пациентов с хроническим простатитом. В определенной степени это обусловлено особенностью кровоснабжения железы, когда не все лекарственные препараты в необходимом количестве могут быть доставлены в ткань органа током крови. Устранить такой недостаток и призвано применение физических методов. Электрическое и магнитное поле, миллиметровые волны, ультразвук, свето- и теплотечение, обладающие способностью улучшать кровообращение в предстательной железе и нормализовать важные регуляторные функции организма, позволяют ускорить выздоровление и предупреждают возникновение осложнений.

Для лимфотропной антибиотикотерапии (ЛТ АБТ) при хроническом простатите имеются весьма благоприятные анатомические предпосылки, обусловленные тем, что лимфатические сосуды тела предстательной железы связаны напрямую с подвздошными и паховыми лимфатическими узлами. В связи с этим наше внимание было обращено на методику ЛТ АБТ, как метод улучшающий доставку препарата в предстательную железу.

Цель работы: Оценка эффективности лимфотропной антибиотикотерапии у больных хроническим простатитом в сочетании с бальнеопеллоидотерапией на курорте. Патогенетическое обоснование и изучение результатов .

Материал и методы. На базе Железноводской клиники, проведено комплексное лечение методом лимфотропной антибиотикотерапии и бальнеопеллоидотерапией в сочетании с традиционным санаторнокурортным лечением 25 больных, и контрольная группа - 20 больных получали традиционное санаторнокурортное лечение, длительность заболевания пациентов от 1 до 12 лет.. Проводился сбор анамнестических данных и жалоб пациента, пальцевое ректальное исследование, урофлоуметрия, ультразвуковое исследование предстательной

железы, доплерография, микроскопия секрета предстательной железы и анкетирование по шкалам SF-36, NIH-CPSI, IPSS-QoL. Проводился анализ и изучалось влияние традиционного лечения на курорте (1 группа, 20 чел., контроль) и в комплексе с лимфотропной терапией (2-ая основная группа, 25 чел.) при хроническом простатите. Из 45 обследованных нами мужчин ранее за медицинской помощью по поводу хронического простатита обращались 38 (85 %) человек.

Результаты. По результатам клинико-функциональных исследований отмечалось положительное влияние данной методики на клинико-лабораторные и функциональные показатели больных ХП - общая эффективность курортного лечения была на 25% выше при дополнительном применении ЛТ АБТ по сравнению с 1 ЛК ($p_{1-2}<0,05$). Длительность и стабильность послекурортной ремиссии при ЛТ АБТ увеличилась более чем в 3 раза ($p_{1-2}<0,05$), общее число дней временной нетрудоспособности сократилось в 2 раза ($p_{1-2}<0,05$). Качество жизни пациентов с ХП по шкале NIH-CPSI и NF-36 - у больных 2-ой группы увеличилось в 2,4 раза, в 1-ой группе - в 1,4-1,6 раза ($p_{1-2}<0,05$). Мочеиспускание становилось свободным, скорость потока мочи увеличилась на 38% (2-я группа) и 29% (1-я группа). После проведенного лечения у больных с хроническим простатитом выявлено снижение уровня тревожности, что выразилось уменьшением беспокойства, напряженности.

Заключение. Результаты проведенной работы позволили сделать вывод о том, что разработанная методика является патогенетически обоснованной, а проведение комплексной курортной терапии при хроническом простатите позволяет получить более высокие результаты в сравнении с традиционными методами на курорте.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

Яковец Е.А., Варфоломеев А.А., Шрайнер Е.В. (Новосибирск)

ФГАОУ ВПО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет» (Новосибирский государственный университет, НГУ) г.Новосибирск, Россия

Актуальность: Хронический рецидивирующий бактериальный простатит (ХРБП) представляет собой актуальную проблему в современной урологии и андрологии, поскольку затрагивает многие звенья репродуктивного здоровья мужчин.

Заболевание имеет хроническое циклическое течение с фазами ремиссий и обострений. В настоящее время разработаны и широко применяются различные методы диагностики и лечения ХРБП. Однако до сих пор отсутствуют эффективные подходы к лечению данной патологии. Одну из важных ролей в возникновении частых рецидивов хронического бактериального простатита играет изменение разнообразия микробиоты кишечника. Увеличение количества патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, а также близкое расположение органов желудочно-кишечного тракта и мочеполовой систем ведут к развитию воспалительных заболеваний предстательной железы.

Нами было изучено состояние микробиоты кишечника при хроническом рецидивирующем бактериальном простатите.

Материалы и методы: В исследование было включено 20 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, мужского пола с диагнозом хронический рецидивирующий бактериальный простатит и рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей. Всем пациентам выполнялось общеклиническое исследование, ультразвуковое исследование предстательной железы, бактериологический посев эякулята с определением чувствительности к антибиотикам и изучение разнообразия микробиоты кишечника с помощью метагеномного ДНК-секвенирования гена 16S р-РНК.

Результаты и их обсуждение: 80% пациентов предъявляли жалобы на боль в промежности, иррадирующую в мошонку, 70% на нарушение мочеиспускания (учащенное или затрудненное, вялая струя мочи). Частота встречаемости микроорганизмов в эякуляте обследуемых пациентов с хроническим рецидивирующим бактериальным простатитом по результатам бактериологического посева эякулята: *Enterococcus faecalis* 15 (75,0%), *Escherichia coli* 12 (60,0%), *Klebsiella pneumoniae* 6 (30,0%). По результатам метагеномного ДНК-секвенирования 16S гена рНК: индекс биоразнообразия по Шеннону 2,1.

Выводы: Основная патогенная нагрузка приходится на *Campylobacter* (0,91 %), *Escherichia* (0,73 %). Таким образом, у всех обследованных пациентов была ярко выражена клиническая картина хронического бактериального простатита в виде боли в промежности, боли при эякуляции, изменения цвета эякулята, нарушения мочеиспускания, нарушения половой функции. При посеве эякулята обнаружены бактерии кишечной микрофлоры. Были выявлены признаки нарушения состава микробиоты кишечника, а именно изменение биоразнообразия по Шеннону, увлечение количества патогенных и условно-патогенных бактерий.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНО- РАСТИТЕЛЬНОГО КОМПЛЕКСА РОТАПРОСТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ И АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

Аль-Шукри А.С.¹, Максимова А.В.¹, Дуб Н.И.²

¹ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

²ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, ВМедА

Введение По статистике простатит является самым частым заболеванием половых органов у мужчин репродуктивного возраста. Многофакторность этиологии и патогенеза требует разностороннего подхода к тактике диагностики и лечения.

Цель: Изучить влияние минерально-растительного комплекса Ротапрост в комбинированной терапии хронического бактериального (ХБП) и абактериального (ХАП) простатита.

Материалы и методы: В проспективном исследовании приняли участие 132 мужчины в возрасте от 20 до 55 лет, разделенные на две группы. Все мужчины заполнили опросники NIH-CPST, I-PSS, QoL и МИЭФ-5. Помимо этого, проводили оценку параметров эякулята

(спермограмма), оценку оксидативного стресса сперматозоидов (ROS-тест), MAR-тест с целью выявления антиспермальных антител и урофлоуметрию, а также УЗИ с доплерографией.

Группа номер I включала 60 мужчин с верифицированным диагнозом «ХБП» и патозооспермией. В группу номер II входили 72 мужчины с диагнозом «ХАП»/«синдром хронической тазовой боли» и патозооспермией. В зависимости от получаемой терапии две группы пациентов были разделены на подгруппы. Подгруппа IA (30 мужчин) получали antimicrobную терапию цiproфлoксацином и минерально-растительный комплекс Ротaпрост. Подгруппа IB (30 мужчин) получала монотерапию антибактериальным препаратом цiproфлoксацин. Пациенты группы II также случайным образом были разделены на 2 подгруппы: в подгруппе IIA (36 мужчин) применяли регуляторные пептиды в виде ректальных суппозиторий совместно с минерально-растительным комплексом Ротaпрост; в подгруппе IIB (36 мужчин) были назначены только ректальные суппозитории.

Результаты: После 4 недель лечения был проведен контроль всех исследований.

По данным опросников в группах «ХБП», «ХАП» отмечались следующие результаты:

Исходя из полученных результатов, по данным опросников наблюдалась положительная динамика во всех исследуемых группах, однако в группах комбинированной терапии в большинстве случаев отмечен более выраженный положительный эффект. Как показали результаты анализа эякулята, во всех подгруппах лечение сопровождалось уменьшением выраженности воспаления, а динамика в подгруппах комплексной терапии как в группе ХБП, так и в группе ХАП была более выраженной, чем в подгруппах монотерапии.

Подтверждением положительного влияния терапии на состояние ПЖ стало существенное улучшение показателей количества антиспермальных антител и оксидативного стресса сперматозоидов, которое, как и для остальных параметров, было более выраженным в подгруппах комплексной терапии. Данные урофлоуметрии и УЗИ с доплерографией так же были свидетельствовали о более выраженном положительном влиянии комплексной терапии

Вывод: Таким образом, терапия пациентов с ХП должна включать патогенетически обоснованные компоненты, действие которых направлено на восстановление нормальной функции ПЖ, снижение выраженности болевого синдрома. Полученные нами результаты свидетельствуют об эффективности применения минерально-растительного комплекса Ротaпрост у пациентов с хроническим бактериальным и абактериальным простатитом в составе комплексного лечения, а также коррелируют с данными мировых исследований.

НАШ ОПЫТ ИННОВАЦИОННОЙ ФИТОТЕРАПИИ БОЛЕЗНЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рязанцев Н.Н., Кочарян Г.В., Настюков В.В.

Ставропольское Краевое Общество урологов, Кавказские Минеральные Воды

Практически каждый пациент с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) имеет сопутствующее воспаление в простате. Так наличие гистологических признаков простатита различной степени активности при ДГПЖ выявили Н.А. Лопаткин, Ю.В. Кудрявцев (1999г) 96.7% случаев, М.Ф. Трапезникова, И.А. Казанцева (2005г) – в 100% случаев.

Для лечения болезней предстательной железы кроме препаратов 1 и 2 линии (альфа-блокаторов, ингибиторов 5 α -редуктазы) в последние годы рекомендуется назначение лекарственных трав. Экстракт плодов карликовой пальмы Сереноа Репенс прочно вошли в арсенал урологов. Эти экстракты хорошо изучены и имеют обширную доказательную базу своей эффективности и толерантности (Р.Э. Амдий, А.С. Аль-Шукри, А.П. Азизов, Н.И. Рязанцев 2018,2021). Многочисленные научные исследования экстрактов, подтвердили их высокую терапевтическую эффективность за счёт ингибирования 5 α -редуктазы, антиандрогенных, антипролиферативных и противовоспалительных эффектов, сопоставимую с результатами исследований альфа-блокаторов и синтетических ингибиторов 5 α -редуктазы, при этом не вызывая отрицательных влияний на сердечно-сосудистую и пищеварительную системы, на уровень либидо, эрекцию, искажению ПСА и др. На Российском рынке долгое время применялся французский препарат Пермиксон. Из новых Российских препаратов заслуживает внимание Простоптима поставляемый ООО «Доктор-Грин» г.Ростов-на-Дону, единственный на Российском рынке БАД к пище содержащая в одной капсуле: экстракт семян тыквы обыкновенной 480мг, экстракт плодов «Сереноа репенс» стандартизированный, содержанием жирных кислот, истеринов не менее 80% 320 мг, цинк 15 мг, ликопин 4мг, селен 0.025 мг.

С 2018 по 2022 год нами выполнена оценка эффективности применения фитоминерального комплекса Простоптима на предмет возможной профилактики и терапии нарушений мочеиспускания при лечении больных ДГПЖ и хроническим простатитом (ХП). Применение Простоптима более эффективно по сравнению с традиционным лечением. Выявлено взаимодополняющее действие компонентов препарата на единые патогенетические механизмы ДГПЖ и ХП. Наблюдалось более быстрая нормализация клинико-лабораторных показателей, связанное с противовоспалительной активностью препарата и корректированием показателей иммунитета.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ СХТЬ/ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

*Соловьёв А.С., Азизов М.И., Щедров Д.Н., Можавев И.И., Чирков А.Н.,
Сokolova X.A., Шорманов И.С.*

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, Ярославль

Введение. Несмотря на преобладание в структуре всех воспалительных заболеваний простаты хронического абактериального простатита (ХАП) и достаточно длительную историю исследований, посвященных его изучению, большинство аспектов патогенеза этой нозологии остаются непонятными, а результаты лечения - неудовлетворительными. Особенно много противоречий возникает в отношении понимания сущности невоспалительной формы абактериального простатита - ХАП IIIB-категории. Одной из теорий, пытающейся объяснить его патогенез, является теория универсального неинфекционного механизма клеточного повреждения – окислительного стресса. Исходя из этого, возникает необходимость введения в практику ведения пациентов, страдающих ХАП IIIB-категории, лекарственных средств с антиоксидантным эффектом.

Цель исследования. Оценить возможности α -липоевой кислоты в лечении пациентов с ХАП IIIВ-категории.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 90 мужчин (ср. возраст - $40,6 \pm 4,6$ лет) с установленным диагнозом ХАП IIIВ-категории в стадии обострения, которых разделили на 2 группы ($n=45$) в зависимости от режимов терапии. Пациенты первой группы в течение 30 дней получали стандартную терапию (НПВС, простанорм, α -1-адреноблокатор). Пациенты второй группы – стандартную терапию + α -липоевую кислоту (Тиоктацид) по 600 мг внутрь ежедневно 1 раз в сутки в течение 30 дней. Контрольную группу составили 30 клинически здоровых мужчин.

Для объективизации клинических симптомов ХАП IIIВ-категории использовалась Международная шкала оценки симптомов хронического простатита NIH-CPSI-QL.

Результаты. Оба режима фармакотерапии оказывали положительное влияние на изучаемые характеристики, что проявлялось достоверным уменьшением индекса оценки выраженности симптомов (ОВС) на 44,8% в группе 1 и на 66,4% в группе 2, соответственно ($p<0,05$). Одновременно в обеих группах отмечалось существенное снижение индекса общей оценки симптомов (ООС) на 45,4% от исходного в группе 1 и на 59,2% от исходного в группе 2, соответственно ($p<0,05$). Это предопределило достоверное снижение данных показателей, характеризующих регресс клинических симптомов ХАП IIIВ-категории, после лечения в целом на 55,2% в отношении ОВС и на 52,6% в отношении ООС по сравнению с исходными значениями ($p<0,05$). При этом, ни в одной из сравниваемых групп не были достигнуты значения здоровых мужчин контрольной группы. При исследовании индекса качества жизни (ИКЖ) оказалось, что его значение уменьшилось после курса лечения в группе 1 на 41,7% от исходного уровня, а в группе 2 – на 50,0 %, соответственно ($p<0,05$). При этом, среднее значение ИКЖ у больных группы 2, в отличие от группы 1, после лечения максимально приближалось к среднему значению ИКЖ у здоровых мужчин контрольной группы, совпадая с ним ($p<0,05$).

Таким образом, общая клиническая эффективность терапии у больных группы 2 оказалась выше на 21,6 % по индексу ОВС и на 13,8 % по индексу ООС, чем в группе 1 ($p<0,05$), что позволяло после ее окончания больным группы 2 соответствовать по значениям индекса качества жизни (ИКЖ) аналогичному показателю здоровых мужчин.

Выводы. Таким образом, использование препарата α -липоевой кислоты положительно влияет на результаты лечения пациентов с хроническим абактериальным простатитом

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ УРЕТР-СБЕРЕГАЮЩАЯ АДЕНОМЭКТОМИЯ

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

ГБУ РО КДЦ «Здоровье» в городе Ростове-на-Дону»

Введение. Робот-ассистированная аденомэктомия является одной из современных методик хирургического лечения гиперплазии предстательной железы. После первичного описания Мэдиганом уретр-сберегающей методики оперативного вмешательства, разными авторами предпринимались попытки воспроизвести данную технику при позадилоной

и трансвезикальной аденомэктомии. В настоящее время, хирургические системы da Vinci оснащены опцией флуоресцентной диагностики, что может представлять дополнительные преимущества при визуализации уретры во время оперативного вмешательства.

Материалы и методы. В 2022 году в ГБУ КДЦ «Здоровье» в городе Ростове-на-Дону, начата роботическая программа по выполнению робот-ассистированной транскапсулярной уретр-сберегающей аденомэктомии. После рассечения капсулы простаты производилась интраоперационная идентификация уретры, для чего в мочеиспускательный канал вводился ICG. Далее выполнялась последовательная активация и деактивация режима флуоресцентной диагностики и идентифицировалась слизистая оболочка уретры. Последовательно энуклеировались правая и левая аденоматозные доли. Противопоказанием к вмешательству являлась выраженная средняя доля предстательной железы, размеры простаты более 80-90 см³. Нами выполнено 12 оперативных вмешательств по данной методике. Средний балл IPSS до операции 23, после операции 13. V ср до оперативного вмешательства 7,2 после операции 14. При этом, нами отмечено практически полное отсутствие дизурических явлений и таких осложнений как послеоперационная обструкция шейки мочевого пузыря.

Заключение. Робот-ассистированная уретр-сберегающая аденомэктомия представляют собой наиболее совершенный, минимально-инвазивный метод хирургического лечения гиперплазии предстательной железы, позволяющий улучшить функциональные результаты оперативного лечения ДГПЖ с практически полным отсутствием дизурических расстройств и обструкции шейки мочевого пузыря в послеоперационном периоде. Задачи по развитию данного метода, должны быть направлены на дальнейшее накопление опыта роботических операций и совершенствования хирургической техники.

ФИТОКОМПЛЕКС «ПРОСТОПТИМА» В СХЕМЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДГПЖ И ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

Скнар В.А.

ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону»

Введение. В настоящее время производится достаточно много медикаментозных препаратов для лечения ДГПЖ и хронического простатита (ХП).

Цель настоящего исследования заключалась в оценке эффективности фитоминерального комплекса нового поколения «ПростОптима» в комплексном лечении пациентов с ДГПЖ и хроническим прстатитом.

Материалы и методы. В состав БАД «ПростОптима» входят как высокоэффективные фитокомплексы (масло пальмы сереноа, масло семян тыквы), так и известные вещества с доказанной простатотропной активностью (ликопин, глюконат цинка, селен).

Было произведено сравнительное рандомизированное исследование, включающее 184 больных ДГПЖ с объёмом простаты, превышающим 50 куб. см и сопутствующим ХП. Большинство пациенты не имело показаний к оперативному лечению, части больных операция была противопоказана.

Исходный балл IPSS (шкалы простатических симптомов – ШПС) составил 18 (15-22), QOL (качество жизни – КЖ) – 3-4. Максимальная скорость микции при УФМ составляла в среднем 13 (10-15), остаточная моча выявлена в среднем объёме 90 мл (50-190 мл).

Пациенты принимали дутастерид (Аводарт) в сочетании с альфа-адреноблокаторами в течение 6 месяцев. В схему лечения основной группы (n-93) включали препарат «ПростОптим» в течение 6 месяцев. Пациенты контрольной группы (n-91) принимали только альфа-адреноблокаторы и дутастерид (Аводарт) в течение того же периода.

Результаты. Через 6 месяцев была выявлена стабилизация состояния у пациентов, принимающих фитокомплекс «ПростОптим». Было отмечено уменьшение объёма простаты у 62 пациентов и отсутствие роста ДГПЖ у 31 больного, увеличилась максимальная скорость микции в среднем до 15 (12-18), количество остаточной мочи уменьшилось в среднем до 60 мл (30-90 мл). Наблюдалось улучшение СНМП – индекс IPSS снизился до 12 (9-14), КЖ – 2. Отмечено значительное повышение уровня либидо, учащение и повышение интенсивности спонтанных и адекватных эреций.

У пациентов контрольной группы было отмечено уменьшение объёма простаты у 51 пациентов, отсутствие роста ДГПЖ у 36 больных, и у 4 пациентов простата увеличилась на 5-15 куб. см. У пациентов увеличилась максимальная скорость микции в среднем до 14 (8-16), количество остаточной мочи уменьшилось в среднем до 70 мл (60-120 мл).

Уменьшение выраженности СНМП оказалось менее очевидным – индекс IPSS снизился до 14 (10-16), КЖ – 3. Нами не отмечены осложнения и/или побочные действия при приёме фитокомплекса «ПростОптим».

Выводы. Применение БАД «ПростОптим» повышает эффективность комплексного медикаментозного лечения больных с СНМП, обусловленными ДГПЖ и простатитом, не вызывает у пациентов осложнений и побочных действий. Удобный способ применения (1 капсула 1 раз в сутки), а также относительно невысокая стоимость повышают комплаентность применения фитоминерального комплекса «ПростОптим» пациентами.

ТЕРАПИЯ КОМБИНИРОВАННЫМИ РАСТИТЕЛЬНЫМИ ЭКСТРАКТАМИ ЛИБИДОПРОСТ ХРОНИЧЕСКОГО АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА (КАТЕГОРИИ III B) И МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Азизов А.П.¹, Казахмедов Р.Э.², Рязанцев Н.И.¹, Азизова М.А.¹

¹Объединенное Научно-практическое общество урологов, СКФО.

Махачкала, Кисловодск

²ДСОСВиО, г. Дербент

У пациентов, обратившихся к врачу по поводу отсутствия зачатия в течении 1 года регулярной половой жизни, нередко выявляется хронический простатит. Абактериальная форма (категории III B), самая распространенная форма этого заболевания.

Целью нашего исследования явилось повышение фертильности больных хроническим абактериальным простатитом (категории III B), сопровождающимся нарушениями показате-

лей эякулята, путем включения комбинированных растительных экстрактов ЛИБИДОПРОСТ в комплексное лечение.

Материалы и методы. В исследование было включено 87 пациентов с хроническим абактериальным простатитом (ХАП) в сочетании с нарушениями показателей эякулята. Средний возраст пациентов составил $30,2 \pm 4,5$ года. Пациенты, соответствующие критериям включения/исключения с диагнозом ХАП, были рандомизированы на две группы, сопоставимые по возрасту, клиническим проявлениям ХАП, длительности заболевания, наличию отклонений в спермограмме: I группа — 57 человек, II группа сравнения (контрольная) 30 человек. Пациентам обеих групп проводилось комплексное обследование в начале лечения, через 1, 3 и 12 месяцев лечения и наблюдения.

Пациенты обеих групп получали комплексную базисную фармакотерапию, включающую витамины, ферменты, простатотропные препараты, физиотерапию, ЛФК.

Пациентам 1 ой группы дополнительно к базисной фармакотерапии и физиотерапии назначали комбинированные растительные экстракты ЛИБИДОПРОСТ (Tongkat ali root extract 220 mg, Peruvian Macca Root Extract 220 mg, American Ginseng Extract 160 mg, Ecdysterone 60 mg, Ashwagandha Extract 44 mg, Black Pepper Extract (piperine) 8 mg, Yohimbine 2.8 mg) по 2 капсулы 1 раз в день, ежедневно в течение 12 недель.

Результаты исследования свидетельствуют, что после 12недельного курса лечения улучшение показателей спермограмм у пациентов 1 группы по некоторым параметрам отмечалось у 46 (80,1 %) из 57 пролеченных пациентов. Концентрация сперматозоидов выросла у 24 (40,3%) обследованных. Количество сперматозоидов с поступательным движением у 34 (59,5%) пациентов. Отмечено также увеличение количества малоподвижных сперматозоидов у 17 (29,7%) мужчин. Положительная динамика физических параметров эякулята также у пациентов 1 группы была более существенной. Так, объем эякулята увеличился у 23 (38,6 %) пациентов в среднем на $1,5 \pm 0,7$ мл. Из 17 пациентов, у которых была выявлена высокая вязкость эякулята, нормализация вязкости имела место у 13 мужчин. Во время лечения у 6 пар 1 группы отмечено наступление беременности, во 2 группе только 1 беременности.

В 1 группе пациентов происходила также и существенная положительная динамика основных симптомов хронического простатита (боли, дизурии (по шкале NIH-CPSI), достоверно отличавшаяся от показателей контрольной 2 группы).

Выводы. Комбинированные растительные экстракты ЛИБИДОПРОСТ оказывают стимулирующее влияние на репродуктивную функцию мужчин, проявляющееся улучшением количественных и качественных показателей спермограмм. ЛИБИДОПРОСТ также положительно влияет на симптомы хронического абактериального простатита (боль, дизурия).

ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХБП У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ

Шорманов И.С., Жигалов С.А., Бажина О.В., Соловьёв А.С.

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль

Введение. Несмотря на кажущуюся очевидность связи между нарушением функционального состояния почек и наличием гиперплазии простаты (ГП), до сих пор отсутствует единое

мнение относительно частоты почечной дисфункции у больных с ДГПЖ.

Цель. Выявление факторов риска прогрессирование ХБП у мужчин с ГП.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации 96 мужчин с ГП, обратившихся к урологу в период с 2019 по 2021 годы. Оценивали данные УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы, остаточного объема мочи (ООМ), уровня общего ПСА, тяжести СНМП (опросник IPSS), наличие АГ и СД, курения и факта злоупотребления НПВП. Снижение функции почек оценивалось как снижение СКФ, рассчитанной по формуле СКД-ЕПІ, менее 60 мл/мин/1,73м². Стат. обработка результатов проводилась по двум группам с помощью программы STATISTICA 10.0 (2011). Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро-Уилка или критерия Колмогорова-Смирнова. В случае отсутствия нормального распределения - с помощью медианы (Ме) и нижнего и верхнего квартилей (Q1 – Q3). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от погт, выполнялось с помощью U-критерия Манна-Уитни. Сравнение долей при анализе четырехпольных таблиц выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона. Для оценки значимости количественных признаков при прогнозировании исхода, применяли метод ROC-кривых. Значение количественного признака в точке cut-off определяли по тах значению индекса Юдена.

Результаты. Средний возраст участников составил 58,5 ± 12,8 лет; ИМТ - 28(24-30); снижение СКФ (СКД-ЕПІ) менее 60 мл/мин/1,73м² было выявлено у 40,6% (39/96), ДИ 30,7 – 51,1; СД выявлен у 22,9% (22/96), ДИ 15,0 – 32,6; АГ определялась у 56,2% (54/96), ДИ 45,7 – 66,4; табакокурение - 18,8% (18/96), ДИ 11,5 – 28,0; злоупотребление НПВП (согласно критериев Тао Su et al., 2011 - 2 раза/нед не менее 2 мес и более) выявлено в 13,5% (13/96), ДИ 7,7-19,3. Исхода из полученных данных при оценке взаимосвязи почечной дисфункции и ООМ были установлены существенные различия между группами (p = 0,016) (используемый метод: U-критерий Манна-Уитни). Так, в группе пациентов с СКФ (СКД-ЕПІ) <60 мл/мин/1,73м² ООМ составил 30 (30-150), n=39; в группе пациентов с СКФ (СКД-ЕПІ) >60 мл/мин/1,73м² ООМ - 20 (0-30), n=57. Анализ чувствительности и специфичности модели в зависимости от пороговых значений ООМ: площадь под ROC-кривой составила 0,641 ± 0,058 с 95% ДИ: 0,527 – 0,755. Полученная модель была статистически значимой (p = 0,016). Пороговое значение ООМ в точке cut-off которому соответствовало наивысшее значение индекса Юдена, составило 150 мл. Наличие ХБП прогнозировалось при значении ООМ выше данной величины или равно ей. Чувствительность и специфичность модели составили 53,6% и 79,5%, соответственно. При проведении оценки зависимости снижения СКФ от наличия СД были установлены существенные различия между группами (p = 0,045) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона). Шансы наличия почечной дисфункции в группе СД были выше в 2,667 раза, по сравнению с группой без СД, различия шансов были статистически значимыми (95% ДИ: 1,006 – 7,068). Таким образом, анализ исходных данных показал зависимости почечной дисфункции (СКФ<60 мл/мин/1,73м²) от двух факторов: наличия СД, а также ООМ выше 150мл. При проведении оценки зависимости снижения СКФ от наличия традиционных факторов риска ХБП (возраст, наличие АГ, ИМТ, анамнез табакокурения и злоупотребление НПВП) не удалось установить статистически значимых различий (p >0,05, используемый метод: Хи-квадрат Пирсона).

Вывод. ООМ выше 150 мл и наличие в анамнезе сахарного диабета в значительной степени связаны с развитием почечной дисфункции у мужчин с гиперплазией простаты.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Кузьмин М.Д., Кузьмин А.М., Свиренко Д.В.

*Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза Уро РАН, г. Оренбург
Медицинский центр «Диметра», ФГБУ «ОрГМУ».*

Лечение абактериального простатита (ХАП) осложненного эректильной дисфункцией является сложной проблемой. Она осложняется тем, что пациенты как правило, обращаются с значительной давностью процесса и безуспешным предыдущим лечением. У этих пациентов развивается «порочный круг»; эректильная дисфункция является причинным фактором (ХАП) и наоборот хронический абактериальный простатит является одной из причин эректильной дисфункции.

Цель исследования: Повышение эффективности лечения ХАП осложненного эректильной дисфункцией.

Материалы и методы. Нами было обследовано и пролечено 28 пациентов (24-42лет) с давностью заболевания от 1-14 лет. Всем пациентам кроме клинико-лабораторных анализов крови, мочи проводили пальцевое ректальное исследование, ТРУЗИ-предстательной железы (ПЖ). Степень выраженности симптомов оценивали по анкетам N1H-CPSI и IPSS, МИЭФ-5 и качество жизни по шкале QoL. Бактериологическое исследование секрета ПЖ и мочи проводили после массажа простаты. Всем пациентам определяли уровень общего тестостерона. Считаем принципиальным и важным, в практическом отношении четкое разграничение ХАП которые имеют схожую клиническую картину. Лечение пациентов мы всегда начинали с рациональной психотерапии, объясняя пациенту сущность его страданий, при этом подчеркивали рациональный функциональный характер его заболевания. Схема лечения была разделена на два этапа. На первом этапе мы использовали следующую схему: с целью нормализации функции центральной нервной системы, пациенты принимали седативный препарат (Фито Ново-сед по 0,5 ч./ложке x 3 раза/день в течение трех месяцев). Мы очень осторожны к назначению седативных средств оказывающее угнетающее действие на сексуальную функцию. Распространенной ошибкой является при ХАП назначение антибиотиков данным пациентам, что приводит к урогенитальному дисбиозу и к нарушению течения ХАП. Обязательным при лечении пациентов с ХАП осложненной ЭД на первом этапе назначение растительных препаратов, которые улучшают микроциркуляцию ткани ПЖ, оказывают противовоспалительное действие, способны подавлять экспрессию факторов персистенции патогенов, что дает возможность блокировать переход ХАП в бактериальный простатит, оказывают улучшение на сексуальную функцию. Одним из лучших препаратов, который мы использовали в своей практике, с этой целью, является растительный препарат ПростаНорм. Пациенты принимали данный препарат по 1ч./ложке x 3 р./день или по 1таб. x 3р./день-3 месяца. Эффективным оказался массаж предстательной железы с антихолинэстеразным препаратом (Прозерин 0,05%-1мл. п/к за 30-40 минут до массажа). Снижение тестостерона наблюдалось у 35% пациентов. Все пациенты с низким тестостероном получали заместительную терапию. При ХАП осложненной эректильной дисфункцией оправданным является использование физиотерапии, за исключением тепловых лечебных процедур. Большую роль

в комплексной терапии у этой категории пациентов играет лечебная гимнастика и тренировка мышц промежности. У 16 пациентов (56%) на первом этапе лечения было значительное улучшение эрекции. В связи с улучшением эти пациенты из дальнейшего лечения выбыли.

На втором этапе лечения использовали ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа. Тадалафил 5 мг пациенты принимали ежедневно в течении 84 дней. Из 13 хороший эффект отметили 8 пациентов. У 5 пациентов, у которых не было достаточного эффекта, были переведены на Силданафил-СЗ в дозе 100 мг в гранулах по требованию. Эффект оказался у трех пациентов хорошим, у двух удовлетворительным. Результаты эффективности лечения оценивали по анкетам N1H-CPSI и IPSS, МИЭФ-5 и «Профиля сексуальных контактов» (SEP-2 и SEP-3) и качество жизни по шкале QoL.

Данный подход к лечению ХАП и ЭД позволил восстановить нормальную эректильную функцию у 96,2% пациентов.

Заключение. Только одновременное лечение ХАП и эректильной дисфункции может дать положительный результат. Восстановление нормальной эрекции у пациентов с ХАП является индикатором правильного лечения.

ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА: КЛИНИКО-БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ

Винник Ю.Ю., Амельченко А.А.

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России. г.Красноярск

Введение. Хронический простатит (ХП), в настоящее время, остается недостаточно изученной проблемой современной урологии. Рецидивирующий характер течения и неблагоприятное влияние на качество жизни мужчин придают этому патологическому состоянию поистине социальное значение. Всё ещё остается актуальным решение вопроса о поиске скрытых факторов прогрессии заболевания, а также формирование персонифицированного подхода к диагностике и профилактике ХП.

Цель работы. Выявление клинико-соматотипических и биоимпедансометрических особенностей проявлений ХП у молодых мужчин.

Материал и методы. Проведено комплексное клиническое обследование на базе дневного стационара КГБУЗ КМКБ №4 в период с 2018 по 2022 гг. В исследование включено 150 мужчин от 22 до 35 лет с хроническим небактериальным простатитом с воспалительным компонентом (ХНПВК), средний возраст 31 [28; 34] лет. Дополнительно выполнены: соматотипирование с выделением трех соматотипов: мезоморфный, эндоморфный, эктоморфный; биоэлектрический анализ компонентного состава тела на основе импеданса с использованием анализатора КМ-АР-01, комплектация "ДИАМАНТ-АИСТ мини. (ООО «Диамант», г.Санкт-Петербург). Оценка клинических проявлений проводилась с использованием валидных опросников. СФМ, СОС-ХП.

Результаты. В клинической картине ХП у молодых мужчин преобладал болевой синдром. Установлены типичные локализации боли – над лоном и наружных половых органах, реже боли локализовались в промежности, мочеиспускательном канале и в заднем проходе.

Дизурический синдром был менее выражен. При этом пациенты-эндоморфы имели более выраженный болевой синдром по сравнению с мезо- и эктоморфами. У пациентов эктоморфного соматотипа клинические симптомы были самыми лёгкими. Наиболее тяжёлые проявления ХП наблюдались у пациентов эндоморфного соматотипа.

Анализ состава тела методом биоимпедансометрии показал превышение относительных значений жировой массы, снижение метаболически активной клеточной массы у мужчин-эндоморфов. У пациентов эктоморфоного соматотипа значения активной клеточной массы было наибольшим, уровень жировой массы был ниже, чем у представителей других соматотипов. Мезоморфы занимали промежуточное положение по параметрам интенсивности симптомов и отношению сред организма. Уровень приведенного обмена веществ был наибольшим у эктоморфов.

Выводы. Клинические и биоимпедансометрические особенности ХП у молодых мужчин соматотипически обусловлены. Пациенты с эндоморфным соматотипом входят в группу риска по тяжести появлений ХП.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ И ПРЕПАРАТА ЛОНГИДАЗА В КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

*Епифанова М.В.^{1,2}, Костин А.А.¹, Гамеева Е.В.^{1,2}, Славкина Е.В.¹,
Артеменко С.А.¹, Епифанов А.А.³*

¹Российский университет дружбы народов (РУДН), Москва, Россия

²МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИ центр радиологии» Минздрава России, Москва, Россия

³ФГБОУ ВО МГМСУ им.А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Актуальность лечения хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли (ХП/СХТБ) в настоящее время определяется достаточно высокой распространенностью заболевания, склонностью к рецидивирующему течению и снижением качества жизни.

Цель исследования. Оценить эффективность лечения пациентов с ХП/СХТБ путем комбинированного применения препарата «Лонгидаза®» (рег.№ ЛС-000764) и экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ).

Материалы и методы. В исследование включено 70 мужчин с ХП/СХТБ, зонами фиброза и/или кальцинатами в предстательной железе (ПЖ) по данным трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ). Средний возраст 44,8±7,3 лет. Средняя длительность ХП 16,6±7,9 месяцев. Согласно классификации NIDDK/NIH выделено 28,6% (n=20) с бактериальным ХП (II), 20% (n=14) с воспалительным ХП/СХТБ (IIIA), 51,4% (n=36) с невоспалительным ХП/СХТБ (IIIV). Мужчины с ХП/СХТБ II категории распределены в 1 группу (n=20) - ЭУВТ, “3-As” терапия. Оставшихся пациентов случайно распределили в группу 2 (n=20) - монотерапия ЭУВТ, группу 3 (n=30) - ЭУВТ в комбинации с препаратом «Лонгидаза®». Всем исследуемым выполнены сеансы ЭУВТ (Dornier Aries) на промежность два раза в неделю в течение 6 недель. Пациенты были обследованы до, сразу после лечения, через 1 и 3 месяца после

терапии: НИН-CPSI, IPSS, ВАШ, ТРУЗИ ПЖ, микроскопия секрета ПЖ/спермограмма, посев на микрофлору спермы/секрета ПЖ, общий ПСА крови у мужчин старше 50 лет.

Результаты. Лечение всеми пациентами переносилось удовлетворительно. Уровень общего ПСА не превышал 4 нг/мл. Через 3 месяца после лечения уровень лейкоцитов в секрете ПЖ/спермограмме у всех пациентов был нормальным. При повторном посеве спермы на микрофлору у 14 пациентов отмечалось снижение титра бактерий, у 6 пациентов рост микрофлоры не обнаружен. Средний балл НИН-CPSI уменьшился с $15,4 \pm 2,9$ до $6,6 \pm 2,2$ в 1 группе ($p < 0,05$), с $16,5 \pm 2,5$ до $7,1 \pm 3,1$ во 2 группе ($p < 0,05$), с $18,1 \pm 2,5$ до $2,7 \pm 2,1$ в 3 группе ($p < 0,05$), IPSS сократился с $15,1 \pm 2,9$ до $6,1 \pm 2,1$ в 1 группе ($p < 0,05$), с $12,7 \pm 2,3$ до $6,8 \pm 3,1$ во 2 группе ($p < 0,05$) и с $18,5 \pm 2,9$ до $3,5 \pm 2,3$ в 3 группе ($p < 0,05$), ВАШ снизился с $5 \pm 1,3$ до $1,9 \pm 1,4$ в 1 группе ($p < 0,05$), с $4,1 \pm 1,6$ до $2,1 \pm 1,3$ во 2 группе ($p < 0,05$) и с $6 \pm 2,1$ до $1 \pm 0,9$ в 3 группе ($p < 0,05$). По данным ТРУЗИ в 1 группе зона фиброза сократилась с $10,3 \pm 1,7$ мм до $6 \pm 2,1$ мм ($p < 0,05$), размеры кальцинатов с $5,6 \pm 1,9$ мм до $3,2 \pm 1,8$ мм ($p < 0,05$), во 2 группе зона фиброза уменьшилась с $8,6 \pm 1,6$ мм до $6,1 \pm 2,2$ мм ($p < 0,05$), размеры кальцинатов с $4,4 \pm 1,7$ мм до $3,1 \pm 1,6$ мм ($p < 0,05$). В 3 группе у 19 пациентов (63%) фиброз исчез полностью, у 11 пациентов (37%) зона фиброза сократилась с $7,3 \pm 2,0$ мм до $2,3 \pm 1,8$ мм ($p < 0,05$), размеры кальцинатов с $4,2 \pm 1,4$ мм до $1,2 \pm 0,8$ мм ($p < 0,05$).

Выводы. Представленные методы терапии достаточно эффективно купируют воспалительный процесс в ПЖ, болевой синдром, дизурические явления, что улучшает качество жизни, кроме того инициируется лизис зон фиброза и кальцинатов ПЖ. Продолжается клиническое исследование на большей выборке пациентов.

Синдром хронической тазовой боли

КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЯ ВЕНОЗНОГО ОТТОКА ИЗ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У МУЖЧИН С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Абоян И.А., Берлизева О.Ю., Усенко Е.Е., Ромоданов Д.А.

ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону»

Цель исследования. Оценка диагностической эффективности ультразвукового исследования (УЗИ) венозного оттока из органов малого таза у мужчин с синдром хронической тазовой боли (СХТБ).

Материалы и методы. В исследование включены 175 мужчин с СХТБ. Возраст пациентов составил от 20 до 69 лет. Пациентам был последовательно выполнен диагностический алгоритм: сбор анамнеза, общеклинические исследования, анкетирование (по шкале симптомов хронического простатита и синдрома тазовых болей у мужчин (NIH-CPSI), шкале Международного индекса эректильной дисфункции 5 пересмотра (МИЭФ-5), визуально-аналоговой шкале (ВАШ), комплексное УЗИ венозного оттока из органов малого таза, магнитно-резонансная (МР) флебография, компьютерная (КТ) флебография и рентгеноконтрастная флебография нижней полой вены, подвздошных вен, почечных вен, вен малого таза.

УЗИ выполнялось на аппарате PHILIPS EPIQ 5 и PHILIPS EPIQ Elite, с использованием конвексного датчика с диапазоном частот от 1-5 МГц, линейного датчика с диапазоном частот 3-12 МГц и трансректального датчика с диапазоном частот от 4-10 МГц.

По результатам МР-флебографии, КТ-флебографии, рентгеноконтрастной флебографии пациенты с СХТБ были разделены на группы: основную группу составили 58 пациентов с нарушением венозного оттока из органов малого таза, контрольную – 117 пациентов без признаков нарушения венозного оттока из органов малого таза. 1 группа была разделена на подгруппы: 1А – 27 пациентов с первичной варикозной болезнью вен малого таза (ВБВМТ), 1В – 17 пациентов с вторичной ВБВМТ на фоне синдрома «щелкунчика», 1С – 14 пациентов с вторичной ВБВМТ на фоне синдрома Мея-Тернера.

С целью выделения наиболее достоверных дифференциально-диагностических УЗ параметров типов ВБВМТ выполнен ретроспективный анализ данных, полученных при помощи УЗИ, МР-флебографии, КТ-флебографии и рентгеноконтрастной флебографии, выполнена статистическая обработка данных.

Количественные данные представлены в виде медианы, 95% ДИ, 10-90-перцентилей. Достоверность различий оценивали при $P \leq 0,016$ с учетом поправки Бонферрони. Для анализа достоверности различий применялись критерии Манна-Уитни, Крускалла-Уоллиса, χ^2 и Фишера. С целью определения прогностической значимости каждого показателя проведен ROC-анализ.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного исследования выделены диагностически достоверные УЗ-параметры первичной ВБВМТ: диаметр вен парастатического сплетения справа/слева (мм) Me-5,05 (ДИ 4,18 - 6,40) 10-90 перцентили - 3,91 - 7,00, Se-92,2%, Sp-95,1%; длительность ретроградного кровотока при проведении пробы с натуживанием

в венах парапростатического сплетения справа/слева (с): Me - 2,95 (ДИ 0,00-3,30), 10-90 процентиля - 0,00 - 3,60 Se-84,3%, Sp-95,1%.

С целью дифференциальной диагностики типов ВБВМТ выделены диагностически достоверные УЗ-параметры вторичной ВБВМТ, обусловленной синдромом «щелкунчика»: диаметр левой почечной вены в аорто-мезентериальной области (мм): Me - 2,95 (ДИ-2,40-3,40), 10-90 процентиля - 2,10-3,40, Se-92,4%, Sp-98,4%; линейная скорость кровотока в левой почечной вене в аорто-мезентериальной области (см/с) Me-139,0 (ДИ- 120-196), 10-90 процентиля-114-190, Se-92,5%, Sp-97,4%; Диагностически достоверные УЗ-параметры вторичной ВБВМТ у мужчин, обусловленной синдромом Мея-Тернера: диаметр левой общей подвздошной вены в месте пересечения правой общей подвздошной артерией (мм) Me-4,0 (ДИ-3,30-4,50), 10-90 процентиля-3,10-5,0, Se-92,3%, Sp-95,9%; линейная скорость кровотока в левой общей подвздошной вене в месте пересечения правой общей подвздошной артерией (см/с) Me-128,0 (ДИ-103,0-145,0), 10-90 процентиля-100-145, Se-92,6%, Sp-95,3%;

Выводы. Комплексное ультразвуковое исследование венозного оттока из органов малого таза у мужчин с синдром хронической тазовой боли обладает высокой чувствительностью и специфичностью в дифференциальной диагностике типов ВБВМТ как причины развития СХТБ, что делает необходимым включение данного метода в алгоритм обследования пациентов с тазовой болью.

СВЯЗЬ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С СХТБ

Аносова Ю.А., Жидконожкина Е.А., Аносов Ю.И., Мадыкин Ю.Ю.

Воронеж

Введение: Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) – междисциплинарная проблема, которая требует вовлеченность врачей различных специальностей.

Цель исследования: оценить корреляционные связи между симптомами нижних мочевых путей и выраженностью тревоги и депрессии у пациентов с СХТБ.

Материалы и методы: Проведена ретроспективная оценка медицинских карт 30 пациентов, у которых имелись симптомы нижних мочевых путей. Критериями включения явились: возраст старше 18 лет, диагноз СХТБ, наличие симптомов нижних мочевых путей, отсутствие явной когнитивной дисфункции. Критериями исключения явились: возраст до 18 лет, наличие воспалительных изменений нижних мочевых путей, наличие органической инфравезикальной обструкции, наличие опущения передней стенки влагалища, пациенты с сопутствующими органическими заболеваниями (включая поражения позвоночника и первичные заболевания нервной системы). Оцениваемые параметры: боль по ВАШ, симптомы нижних мочевых путей по шкале IPSS, УФМ с ЭМГ тазового дна, УЗИ мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи. Симптомы тревоги и депрессии оценивались по Госпитальной Шкале Тревоги и Депрессии (HADS) и Опроснику состояния здоровья PHQ-9. Оценивались анамнестические находки: наличие оперативного лечения по поводу болевого синдрома, наличие сопутствующего синдрома раздраженного кишечника, обращение

к неврологу, психотерапевту/психиатру, прием антидепрессантов в анамнезе, наличие бесплодия в паре.

В 10 случаях были выявлена психотравмирующие события, в течение 3-6 месяцев после которых появились первые симптомы тазовой боли: смерть близких (3), события, связанные с СВО (2), измена супруги (1), 3 замершие беременности за 2 года (1), мертворождение на позднем сроке (1), бесплодие и развод (1), бесплодие, ЭКО, суррогатное материнство трижды без результата (1). В 13 случаях в анамнезе были операции по поводу болевого синдрома, после которых симптомы сохранялись: операции по поводу 1-2 стадии геморроя, по поводу трещины прямой кишки – 6, ТУР или коагуляция лейкоплакии мочевого пузыря – 3, вульвэктомия – 1, экстирпация матки – 1, передняя кольпоррафия (ощущение инородного тела) – 1, ТУР ПЖ – 1. При построении матрицы корреляций выявлена положительная корреляция следующих показателей: баллы по шкале IPSS / HADS (тревога), объем остаточной мочи / баллы по шкале HADS (тревога), объем остаточной мочи / баллы по опроснику PHQ. Отрицательная корреляция выявлена в следующих показателях: Qmax / женский пол, Qmax / баллы по шкале HADS (депрессия), Qmax / баллы по шкале PHQ-9, наличие в анамнезе СРК / женский пол.

Выводы: Симптомы нижних мочевых путей коррелируют с симптомами тревоги и депрессии у пациентов с СХТБ, в связи с чем урологу необходимо активно расспрашивать пациента про симптомы нижних мочевых путей даже при отсутствии активных жалоб. При выявлении тревоги и депрессии у пациентов с СХТБ врачам смежных специальностей (гинекологам, проктологам, неврологам) необходимо активно выявлять у пациентов наличие симптомов нижних мочевых путей (особенно обструктивных), при выявлении последних направлять на консультацию к урологу. Требуется дальнейшие исследования в больших группах пациентов с наличием контрольной группы.

ПАХОВАЯ ГРЫЖА КАК ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В МОШОНКЕ

Карпов Е.И.^{1,2}, Копейкин А.А.^{3,4}, Ахабанина Т.Н.², Пашенных Н.А.¹, Ананьин Б.А.⁴

¹ГБУ РО «Городская клиническая поликлиника №6», Рязань

²ООО МЦ «Гармония», Рязань

³ГБУ РО «Областная клиническая больница», Рязань

⁴ФГБОУ ВО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ

Введение. Обычно паховая грыжа представляет собой выпячивание и трудностей для диагностики не представляет. Но бывают ситуации, когда в начале формирования косой паховой грыжи грыжевое содержимое локализуется только в паховом канале и проявляет себя только болью в мошонке при отсутствии типичного грыжевого выпячивания. Такие пациенты в первую очередь могут обратиться к урологу.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 27 мужчин в возрасте от 22 до 65 лет. Профессии наблюдаемых не были связаны с тяжелым физическим трудом. Пациенты обратились к урологу с жалобами на периодические боли в мошонке в течение длительного времени. Продолжительность жалоб составила от 3 месяцев до 2 лет. Все пациенты ранее обращались к урологам и безуспешно проходили лечение по поводу простатита, эпидидимита, почечной колики.

Результаты. У всех пациентов боли носили длительный, периодический характер, возникали в положении «стоя», усиливались в положении «сидя» и особенно «нога–на-ногу». Интенсивность болей пациенты оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) на 4-5 баллов. В положении «лежа» боль уменьшалась до 3 баллов. При пальпации путем инвагинации мошонки определяется расширенное наружное паховое кольцо, положительный симптом «кашлевого толчка» и, самое главное, провоцируются именно те боли, которые беспокоят пациента. После окончания пальпации пациенты оценивают боль на 0-2 балла. После того, как пациент вновь встанет или сядет, боль возвращается.

Для подтверждения канальной паховой грыжи проводилось УЗИ мошонки с осмотром пахового канала. На УЗИ грыжу можно диагностировать только в момент, когда грыжевой мешок заполнен, то есть когда в нем уже находится выпавший туда орган, иначе исследование будет не информативно. УЗИ менее чувствительно, чем КТ, но более динамично, поскольку можно обследовать в положении лежа на спине и вертикальном положении, а также во время пробы Вальсальвы.

Все больные были прооперированы в хирургическом стационаре. У всех пациентов был диагностирован I тип паховой грыжи (Nyhus, 1993), при котором отмечаются косые паховые грыжи с внутренним паховым кольцом нормального размера. Задняя стенка пахового канала в проекции медиальной паховой ямки интактна, и грыжевой мешок находится внутри пахового канала, доходя до середины пахового канала (инициальная или канальная). При таком типе грыж в настоящее время методом выбора является видеолапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика с использованием сетчатого эндопротеза, которая и проводилась у наших пациентов. После операции боли полностью прекратились.

Заключение. Хронические боли в мошоке могут быть признаком канальной паховой грыжи. Диагностика осуществляется по характерной клинической картине, пальпации пахового канала и проведении УЗИ мошонки с осмотром пахового канала.

Функциональная урология

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПОСЛЕ ЦИСТОСТОМИИ

Мамаев И.Э.^{1,2}, Сушкова Ю.В.², Котов С.В.¹

¹ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва

²ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ», Москва

Введение. У ряда пациентов, имеющих цистостомический дренаж, качество мочеиспускания является неудовлетворительным или мочеиспускание вовсе не восстанавливается после хирургической ликвидации инфравезикальной обструкции.

Материалы и методы. Мы проанализировали клинические и уродинамические данные 40 мужчин имеющих цистостому с целью определения предиктора результата хирургического лечения. Учитывался возраст пациентов, количество баллов по шкале IPSS, объем задержки мочи предшествовавший цистостомии и число имевшихся ранее эпизодов ОЗМ, объем предстательной железы, наличие гиперактивности детрузора по данным цистометрии наполнения, а также возможность самостоятельного мочеиспускания с пережатым цистостомическим дренажем.

Результаты. Возраст старше 80 лет, объем задержки более 1500 мл, отсутствие гиперактивности коррелируют с неудовлетворительным качеством мочеиспускания или его полным отсутствием после оперативного лечения. Сохраненная возможность мочеиспускания у пациентов с цистостомой является предиктором хорошего клинического результата хирургического лечения. Показатель IPSS, объем предстательной железы, количество эпизодов задержки мочи не влияли на результат операции.

Выводы. У пациентов с указанными данными высока вероятность неэффективности оперативного лечения и необходимости продолжения дренирования мочевого пузыря после операции. Следует рассматривать целесообразность ее проведения у этой группы пациентов с учетом их соматического статуса.

ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Винник Ю.Ю., Амельченко А.А.

ФГБОУ ВО КрасноярГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Введение. Хронический простатит (ХП) — одно из наиболее распространенных заболеваний у мужчин. Риск развития простатита повышается с возрастом: так, у мужчин от 50 до 59 лет его выявляют в 3,1 раза чаще, чем в возрасте 20–39 лет. Однако, среди молодых мужчин именно ХП одна из основных причин возникновения нарушенного мочеиспускания. В связи с крайне негативным влиянием данного состояния на качество жизни пациента необходимы своевременная диагностика и обоснованное лечение.

Цель исследования: выявить особенности симптомов нарушенного мочеиспускания у молодых мужчин с ХП в г. Красноярск

Материалы и методы. Исследование проведено на базе дневного стационара КГБУЗ КМКБ №4 в период с 2018 по 2022 гг. В исследование включено 150 мужчин от 22 до 35 лет с хроническим небактериальным простатитом с воспалительным компонентом (ХНПВК), средний возраст 31 [28; 34] лет. Оценка дизурического синдрома проводилась при помощи валидного опросника суммарной оценки симптомов при ХП (Лоран О. Б. и соавт. 2001 год).

Результаты. По данным анкетирования симптомы нарушенного мочеиспускания выявлены у 80,0 % молодых мужчин с ХНПВК. Среди них жалобы на ослабление струи мочи, прерывистое мочеиспускание или ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря хотя бы раз в сутки предъявляли 77,3% обследуемых. Легкие симптомы, беспокоившие менее чем в половине мочеиспусканий выявлены у 50,7%. Тяжелые симптомы, проявляющиеся в половине и более, чем в половине мочеиспусканий имели 26,6 % мужчин. Потребность мочиться ранее чем через 2 часа после последнего мочеиспускания отмечают 71,7 %. Ночные позывы к мочеиспусканию выявлены в 77,3%, при этом жалобы на два и более актов мочеиспускания у 36,6% мужчин. Постмикционное подкапывание мочи предъявляли 54,0 % мужчин.

Заключение. При сравнении дизурического синдрома с данным их других регионов выявлено, что в Центральном округе РФ (Пшихачев А.М., г. Москва, 2011 год) выявлено, что расстройства дизурического характера отличались распространённостью ослабления струи мочи и дриплингом, в Северо-Западном федеральном округе (Кузьмин И.В., г. Санкт-Петербург, 2022 год) отмечаются умеренные симптомы дизурии более чем у 60% больных, в Краснодарском крае (Медведев В.Л. и соавт., г. Краснодар, 2020 год) у пациентов с ХП дизурические расстройства встречаются гораздо реже – только у 40%, при этом их интенсивность также менее выражена, чем в других регионах. По результатам проведённого исследования обнаружены особенности проявлений дизурического синдрома у пациентов с ХП в г. Красноярске, что можно использовать в клинической практике врача-уролога.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕДИКУЛЯРНОГО ЛОСКУТА ТОНКОЙ МЫШЦЫ БЕДРА ПРИ АДИНАМИЧЕСКОЙ ГРАЦИЛОПЛАСТИКЕ УРЕТРЫ, КАК ВАРИАНТ ХИРУРГИ- ЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У МУЖЧИН

*Попов С.В.¹, Гусейнов Р.Г.^{1,2}, Помешкин Е.В.¹, Сивак К.В.^{1,3},
Перепелица В.В.¹, Буненков Н.С.¹, Зайцев А.С.¹*

¹СПб ГБУЗ Клиническая больница Святителя Луки, Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

³ФГБУ «Научно-исследовательский институт гриппа имени А.А. Смородинцева», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Лечение стрессового недержания мочи (СНМ), обусловленного недостаточностью внутреннего сфинктера, у мужчин представляет сложную задачу. Наиболее известный инвазивный метод лечения СНМ – установка искусственного сфинктера или мужского слинга. Адинамическая грацилопластика может стать методом коррекции

СНМ. Неширокое применение метода, возможно, объясняется небольшой доказательной базой.

Материалы и методы. С января 2020 г. по февраль 2023 г. 4 пациентам с СНМ проведена адинамическая грацилопластика (без внешней стимуляции). Причиной приобретенного СНМ: после РПЭ – у 2 больных, после ТУР ПЖ по поводу доброкачественной гиперплазии ПЖ – у 1, после уретропластики после травмы таза – у 1. Тяжесть СНМ классифицировалась по ежедневному использованию прокладок. Распределение пациентов по тяжести: 3–4 прокладки в день (умеренное СНМ) – у 1 (25 %) пациента (этиология: уретропластика), 5 и более прокладок (тяжелое СНМ, почти тотальное недержание) – у 3 (75 %) пациентов, из которых у 2 проведена РПЭ, у 1 – ТУР ПЖ. Удержание мочи оценивалось с помощью опросной анкеты на контрольных приемах. Проведенное лечение считалось неудачным, если после него число прокладок составляло более 2 (или менее 50 %) по сравнению с дооперационным числом; удачным – число ежедневных прокладок уменьшилось до 2 и менее (или более 50 %); эффективным – если прокладки более не требовались. Ретроспективно изучены результаты применения адинамической грацилопластики в качестве первичной терапии при лечении СНМ постоперационной этиологии.

Результаты. При среднем сроке наблюдения 18,2 (8–27) мес ни в одном случае лечение не было эффективным, тем не менее состояние 1 пациента (тяжелая форма СНМ, связанная с ТУР ПЖ по поводу доброкачественной гиперплазии ПЖ) улучшилось (снижение с 5 до 1 прокладок в день), а лечение остальных 3 больных признано неудачным. Осложнения: зна- чимая боль в ноге ($n = 2$) и кровотечение ($n = 1$), которые разрешились в течение 3 нед.

Заключение. У пациента с тяжелым СНМ, связанным с ТУР ПЖ, улучшилось течение заболевания, что положительно повлияло на качество его жизни. Можно предположить, что этиология приобретенного СНМ имеет большее влияние, чем предполагалось ранее. Полученные результаты следует интерпретировать с осторожностью из-за ограниченности данных. Для подтверждения результатов необходимы дальнейшие проспективные исследования. Можно предположить, что последующие исследования покажут улучшение понимания отбора пациентов, подходящих для такого хирургического лечения.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РОБОТ- АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

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

ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону»

Введение. Недержание мочи (НМ) является частым, инвалидизирующим осложнением робот-ассистированной радикальной простатэктомии (РАРП). По данным мета-анализа F. Ficarra и соавторы, распространенность НМ к 12 месяцам, варьируется от 4 до 31%. Недержанием мочи после РАРП является динамическим состоянием, снижающимся к 6–24 месяцам после операции. На сегодняшний день, изучено (M. Gacci, и соавторы, 2023) большое количество предоперационных, интраоперационных и послеоперационных факторов риска НМ, применяются различные методы реабилитации. Однако, отсутствие единообразия подходов приводит, к тому, что в клинической практике, не учитываются факторы риска НМ и способы реабилитации пациентов с НМ.

Цель. Выявить предикторы и разработать модель прогнозирования НМ после РАРП, оценить эффективность комплексной реабилитации пациентов.

Материалы и методы. Первым этапом исследования ретроспективно оценены 20 предоперационных предикторов НМ: демографические, анатомические (магнитно-резонансная пельвиометрия) и функциональные (комплексная уродинамика-КУДИ), у 151 пациента, прооперированного с 2015 по 2016 годы. На основании полученных предикторов построена прогностическая модель риска НМ через 12 месяцев после РАРП. Вторым этапом, проспективно, в период с 2017 по 2018 пациенты высокого риска и пациенты с НМ ($n=121$) разделены на 2 подгруппы. Группу I ($n=56$)—составили пациенты, которым проводилась комплексная реабилитация, состоящая из аппаратных (БОС-терапия, электро- и магнитная стимуляция мышц таза), фармакологических (антимускариновые препараты и бета-3-агонисты) и поведенческих методов лечения. Во вторую группу ($n=65$) были включены пациенты, которым были назначены стандартные рекомендации по тренировке мышц тазового дна и поведенческой терапии. Назначение лечения и оценку эффективности выполняли каждые 3,6,9,12 месяцев. Критерием недержания считали использование 1 и более прокладок в сутки, после удаления уретрального катера.

Результаты и обсуждение. На ретроспективном этапе исследования оценено 65 пациентов. Первую группу с НМ составили 48 (46%) пациентов, вторую группу составили 35 (54%) пациентов, удерживающих мочу к 12 мес. после РАРП. Выполнен анализ зависимости показателей от НМ. Получены статистически значимые различия емкости мочевого пузыря ($p=0,044$), амплитуды детрузорной гиперактивности (ДГ) ($p<0,001$), и толщины мышцы поднимающей задний проход (леватор) ($p<0,001$). При построении уравнения логистической регрессии влияние предиктора емкость мочевого пузыря не было статистически значимо, в этой связи показатель удален из уравнения логистической регрессии.

Вторым этапом исследования предоперационно, с помощью созданной модели прогнозирования выделена группа пациентов высокого риска НМ через 12 мес. ($n=26$), которых одинаково распределили между группами реабилитации и контроля. При оценке динамики пациентов, удерживающих мочу, выявлены существенные различия между группой комплексной реабилитации и контрольной группой, через 6 мес. ($p = 0,011$), 9 мес. ($p = 0,012$) и 12 мес. ($p = 0,037$).

Заключение. Применение методов прогнозирования НМ и реабилитация пациентов позволяют повысить качество жизни и выбрать персонализированную стратегии лечения. Пациентам высокого риска НМ необходимо изменить лечебную тактику, применяя раннее хирургическое лечение.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

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

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, Ярославль

Введение. По данным международного общества по проблемам недержания мочи (ICS) все СНМП могут быть классифицированы на 3 категории: симптомы накопления, симптомы опорожнения и постмиктурические симптомы. Несмотря на выраженную симптоматику и

снижение качества жизни пациентов, СНМП, часто, в общей практике остаются нераспознанными, а пациенты не обращаются за профильной медицинской помощью.

Цель работы. Оценить распространенность и изучить структуру СНМП у лиц в возрасте старше 40 лет.

Материалы и методы. В основу работы легли данные, полученные в ходе анонимного анкетирования 597 пациентов неврологического профиля, обратившихся к врачам амбулаторного звена в период с 2020 по 2022 гг. Используемый опросник, учитывал медицинскую и демографическую информацию, в том числе данные о сопутствующих заболеваниях и проводимой терапии. Классификация СНМП проводилась согласно критериям ICS. СНМП оценивали с использованием стандартизированного протокола, основанного на определениях и классификации ICS. Учитывалось наличие СНМП за последний месяц. Пациенты, имеющие СНМП, также заполняли опросник IPSS для оценки тяжести выявленной симптоматики.

Статистический анализ проводился при помощи программ Statistica 10 для Windows. Проверку нормальности распределения переменных проводили с помощью критериев Шапиро – Уилка и Колмогорова – Смирнова с поправкой Лиллиефорса. По результатам этого теста были выбраны описательные статистики в зависимости от типа распределения (среднее и стандартное отклонение, либо медиана и интерквартильный интервал). Сравнение двух групп по качественному признаку проводилось с помощью критерия хи-квадрат по методу Пирсона.

Результаты и обсуждение. Распространенность СНМП в общей выборке составила 58,5% (349/597); у мужчин (60,1%, 170/299), у женщин (56,9%, 179/298). Все 3 группы симптомов присутствовали у 23,6% (141/597) опрошенных пациентов (женщины: 23,1%, мужчины: 24,2%), что делает их наиболее распространенной формой комбинации СНМП. У женщин наиболее распространенными симптомами были: ноктурия (40,8%, 122/299) и учащенное мочеиспускание (31,1%, 93/298). У мужчин - ноктурия и терминальное подкапывание (34,9%, 104/298 и 25,2%, 75/298, соответственно). Распространенность СНМП имела отчетливую тенденцию к увеличению с возрастом (группы: 40-50 лет - 45,8% (103/225), 50-60 лет - 61,4% (108/176), ≥60 лет - 70,4% (138/196).

При анализе опросника IPSS было показано, что у 34,9%, 122/349 участников определялась легкая симптоматика. Для мужчин показатель составил -34,7%, 59/170; для женщин - 35,2%, 63/179). Частота встречаемости симптоматики умеренной степени тяжести в общей популяции составила - 49,3%, 172/349 (для мужчин показатель составил - 47,6%, 81/170; для женщин - 50,8%, 91/179). Тяжелая степень нарушений была зарегистрирована в 15,7%, 55/349 случаев, из них у мужчин - 17,6%, 30/170; для женской выборки данный показатель составил -13,9%, 25/179. Таким образом, умеренно-тяжелые СНМП были зарегистрированы у 65% пациентов (для мужчин – 65,2%, для женщин -64,7%)

Общий процент участников с любой симптоматикой нижних мочевых путей, обращавшихся за профильной медицинской помощью (консультация уролога 1 и более раз) по поводу СНМП, составил всего 27,8% (109/349).

Заключение. СНМП являются регистрируются более чем у половины амбулаторных пациентов неврологического профиля в возрасте старше 40 лет. СНМП более чем в половине случаев имеют умеренно-тяжелый характер и непрерывно нарастающую частоту встречаемости с возрастом. При этом, отмечается парадоксально низкая обращаемость пациентов за медицинской помощью.

ИЗМЕНЕНИЯ АНГИО- И ГИСТОАРХИТЕКТониКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МУЖЧИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

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

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, Ярославль

Введение. Неизбежность структурно-функциональных преобразований мочевого пузыря в связи со старением, сегодня никем не оспаривается, а актуальность проблемы в связи с ростом продолжительности жизни со временем становится только выше. В функциональном отношении данная трансформация проявляется снижением скорости потока мочи, ростом объема остаточной мочи и развитием гиперактивности детрузора. Между тем, особенности морфогенеза «сенильного мочевого пузыря», в частности вопросы структурной перестройки его сосудистого русла, до сих пор практически не освещены в литературе.

Цель. Изучение структурных изменений детрузора и его сосудистого русла, ассоциированных с возрастом.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили фрагменты мочевого пузыря от 25 мужчин в возрасте 60–80 лет, умерших от заболеваний, не относящихся к урологической и сердечно-сосудистой патологии. Контроль: материал от 10 мужчин в возрасте от 20 до 30 лет, причиной смерти которых явились травмы. Гистологические срезы окрашивали гематоксилин-эозином, по Массону и фукселином по Харту. ИГХ проводили с использованием поликлональных мышинных антител к протеину S100.

Результаты. Наиболее выраженные структурные преобразования определялись в сосудистом русле. Во внеорганных артериальных магистральных сосудах отмечались признаки атеросклероза, что приводило к сужению просвета сосудов до 25%. Выраженному ремоделированию подвергались и внутриорганные артерии мышечного типа различного калибра. В крупных и средних артериях имелись признаки гиперэластоза и гипертрофии гладкой мускулатуры меди, что отражало усиление тонуса данных сосудов. В мелких внутриорганных артериях определялись пучки интимальной мускулатуры. Данные изменения имели адаптивный характер и направлены на регуляцию местных расстройств кровообращения. Большая часть артерий мелкого калибра подвергались гиалинозу. Внутриорганные вены имели утолщенную и склерозированную стенку. В мышечной оболочке выявлялось истончение гладкомышечных волокон, формирующих пучки, между которыми визуализировались крупные прослойки грубоволокнистой соединительной ткани. В отдельных участках мышечной оболочки обнаруживались мощные рубцовые поля, вокруг которых встречались истонченные мышечные волокна. Иммуногистохимическое исследование показало заметное снижение степени окрашивания нервных волокон в стенке органа, что говорит о низкой экспрессии S100, по сравнению с контрольной серией.

Выводы.

- 1) В процессе старения человека во внеорганных крупных артериях эласто-мышечного типа выявляются атеросклеротические изменения.
- 2) Во внутриорганных крупных артериях мышечного типа наблюдается гиперэластоз и утолщение средней оболочки, а мелкие артерии – подвергаются гиалинозу. Данные изменения являются маркерами артериальной гипертензии.

- 3) На фоне редуцированного кровотока в мочевом пузыре формируются замыкающие артерии, роль которых сводится к «переключению» транспорта артериальной крови в зависимости от функциональной потребности детрузора.
- 4) Со временем в медию артерий, а также в функциональном слое замыкающих сосудов, нарастает склероз, а просвет их продолжает суживаться.
- 5) Вены мочевого пузыря утрачивают гладкомышечный слой и подвергаются склерозу, что ведет к затруднению оттока крови.
- 6) Со временем нарастают нейродегенеративные изменения в стенке мочевого пузыря.

РОЛЬ ВОЗРАСТНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ДЕТРУЗОРА В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ

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

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, Ярославль

Введение. Исследования патогенеза гиперплазии простаты (ГП) имеют длительную историю, однако, до сих пор не полностью раскрыты механизмы ее прогрессирования, и, в частности, роль сосудистой перестройки мочевого пузыря, как в поддержании компенсации детрузора, так и в эволюции заболевания в сторону развития хронической задержки мочи.

Цель. Изучить закономерности структурной перестройки мочевого пузыря при ГП разных стадий с учетом особенности патоморфологических изменений его сосудистой системы.

Материалы и методы. Материал: фрагменты мочевого пузыря, полученные: а) при аутопсии от 35 мужчин в возрасте 60-80 лет, умерших не от урологической патологии – серия «СМП» («сенильный мочевой пузырь») и от 35 мужчин того же возраста, имевших ГП без признаков декомпенсации – серия «ГПк»; б) при интраоперационной биопсии от 25 мужчин 60-80 лет, оперированных по поводу ХЗМ – серия «ГПд». Контроль – материал от 20 мужчин 20-30 лет, погибших в результате травм. Гистологические срезы окрашивали гематоксилин-эозином, по Масону, по Харту, проводили ШИК-реакцию.

Результаты. Структурные изменения детрузора при ГП (ГПк) характеризовались гетерогенностью: отдельные мышечные пучки подвергались атрофии и между ними разрасталась грубоволокнистая соединительная ткань, что характерно для возрастных изменений («СМП»), при этом, имелись и участки, представленные мощными мышечными волокнами, собранными в пучки, в которых отмечалась высокая «клеточность», увеличение размеров ядер с гиперхроматозом. В сосудистом русле также выявлялись признаки возрастной инволюции: часть внеорганных артерий содержали атеросклеротические бляшки, в крупных и средних внутриорганных артериях наблюдалась гипертрофия гладкой мускулатуры, в интимае был развит слой косопроходной мускулатуры, который в некоторых сосудах подвергался склерозу, мелкие артерии и артериолы подвергались гиалинозу. Характерным признаком сосудистой перестройки при ГП («ГПк») явилось появление регуляторных гладкомышечных структур, исходящих из интимы: интимальной мускулатуры, мышечно-эластических сфинктеров в мелких артериях, полиповидных подушек - в крупных сосудах.

Детрузор в серии «ГПд» подвергался грубым структурным изменениям, в виде развитии его атрофии и склероза, которые имели уже не очаговый, а диффузный характер. Изменения

сосудистого русла имели общие черты с сериями «СМП» и «ГПК»: стенозирующий атеросклероз, гипертрофия и гиперэластоз крупных артерий и гиалиноз мелких. Однако, косо-продольный, слой гладкой мускулатуры «закрывающих артерий», вообще не обнаруживался. Внутренняя эластическая мембрана артерий имела неравномерную складчатость, указывающую на их парез. Регуляторные миогенные структуры подвергались регрессивным изменениям - среди артерий, - численность сосудов с данными образованиями снижалась, а в сохранившихся образованиях, определялись грубые склеротические изменения.

Заключение. В ходе старения мужчины мочевого пузыря подвергается структурному ремоделированию, основными векторами которого являются атеросклеротические, ангиотонические и склеротические изменения сосудов, включая склероз артерий «закрывающего» типа, а также атрофически-склеротическая трансформация детрузора. При ИВО, обусловленной ГП, детрузор и его сосудистое русло структурно перестраиваются уже на фоне имеющихся сенильных трансформаций. Поэтому, при ГП детрузор подвергается очаговой гипертрофии в тех участках, которые ранее не подвергались атрофии и склерозу. Развитие локальной гипертрофии в условиях ишемии мочевого пузыря, обеспечивается функционированием целого комплекса особых регуляторных сосудистых образований. При сохраняющейся ИВО детрузор подвергается уже выраженной атрофии и диффузному склерозу, что является следствием не только хронической ишемии, но и результатом склероза регуляторных сосудистых структур.

Мужское бесплодие

ФФЕКТИВНОСТЬ ЭМБОЛИЗАЦИИ ГОНАДНЫХ ВЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВАРИКОЦЕЛЕ

Ханалиев Б.В.¹, Барсегян А.Г.¹, Скрябин Е.С.¹, Косарев Е.И.¹, Марчак Д.И.²,
Тевлин К.П.¹, Масленников М.А.²

¹Кафедра урологии и андрологии ИУВ ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

²Кафедра грудной и сердечно-сосудистой хирургии с курсами рентгенэндоваскулярной хирургии, хирургической аритмологии и хирургических инфекций ИУВ ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

Ключевые слова: варикозное расширение вен яичка, эмболизация, эмболизация гонадных вен, варикоцеле

Введение. Варикозное расширение вен яичка (варикоцеле) является распространенным заболеванием у мужчин репродуктивного возраста. Варикоцеле ухудшает сперматогенез и занимает одно из ведущих мест среди факторов мужского бесплодия. Помимо традиционных операций, широкое распространение получила рентгенэндоваскулярная эмболизация тестикулярных вен. При данной методике в большей степени учитывается наличие коллатеральных вен яичка.

Материалы и методы. Одноцентровое проспективное обсервационное исследование, проведенное в 2018-2022 гг. В исследование включено 30 пациентов с рецидивным варикоцеле, перенесших различные лапароскопические и открытые хирургические методы лечения данного заболевания в возрасте 22-42 лет. Основными жалобами для выборки пациентов являлись: ухудшение показателей спермограммы (минимум в двух пробах) и бесплодный брак в течение 1 года. По данным УЗИ органов мошонки у всех пациентов отмечено наличие патологического венозного рефлюкса. У 23 (76,7%) пациентов по данным спермограммы отмечена тератозооспермия (патологических форм $\geq 98\%$). 25 (83,3%) пациентов ранее перенесли операцию Мармара, 3 пациента (10%) - операцию Иваниссевича и 2 пациента (6,7%) подверглись лапароскопическому лигированию яичковых вен. В 93,3% случаев отмечен левосторонний процесс. Всем пациентам перед проведением эмболизации гонадных вен выполнена КТ-флебография, при которой выявлена выраженная сеть коллатеральных вен яичка. Для осуществления данной процедуры использовался трансфеморальный доступ, 0,035 in гидрофильные проводники и микрокатетеры 4 Fr. При достижении дистального отдела яичковой вены также выполнялась венография. Значимость различий показателей опросника оценивали по t-критерию Student. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. У 20 пациентов (66,7%) после проведения эмболизации гонадных вен через 3 месяца после вмешательства отмечено улучшение параметров спермограммы, а через 6 месяцев выявлено стойкое сохранение результатов – патологических форм 88% ($\pm 3\%$), также выявлено отсутствие патологического венозного рефлюкса по данным УЗИ органов мошонки. У 2 пациентов (6,67%) динамики по данным спермограммы не отмечено. Также у 7 пациентов (23,3%) по данным УЗИ отмечен рецидивный характер патологического венозного рефлюкса. У 1 пациента (3,3%) отмечено дальнейшее ухудшение показателей спермограммы через 6 месяцев, однако при выполнении УЗИ патологического венозного рефлюкса не

выявлено. У 3 (10%) пациентов в послеоперационном периоде отмечено развитие острого орхоэпидидимита, потребовавшее проведения антибактериальной терапии.

Выводы. В арсенале современного врача уролога имеется множество методов лечения пациентов с варикоцеле. Рентгенэндоваскулярная эмболизация является эффективным и безопасным методом оперативного лечения пациентов с рецидивным характером варикоцеле. Полученные данные свидетельствуют о том, что эмболизация гонадных вен приводит к улучшению показателей спермограммы, однако результаты вмешательства напрямую зависят от коллатерального венозного русла малого таза. Для более объективной оценки данных, результаты требуют многофакторного, более детального и длительного анализа.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНЫХ ПЕПТИДОВ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АУТОИММУННОМ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ

*Боровец С.Ю., Потапова М.К., Рыбалов М.А., Горбачев А.Г.,
Аль-Шукри С.Х., Глазнева С.Ю.*

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

Введение. Аутоиммунное мужское бесплодие – одно из наиболее сложных для коррекции патологических состояний. В связи с этим возрастает актуальность изучения новых эффективных методов его лечения.

Цель исследования: оценить эффективность лечения комплексными пептидами предстательной железы (Простатилен® АЦ) на параметры эякулята, показатель MAR-теста и фрагментацию ДНК сперматозоидов (ФДНКС) у мужчин с аутоиммунным бесплодием.

Пациенты и методы. В исследование были включены 74 мужчины с аутоиммунным бесплодием, которые были разделены путем рандомизации на две группы. Пациентам 1-й группы (n=38) назначали Простатилен® АЦ в свечах (30+180 мг) ректально ежедневно, на ночь, в течение 10 дней, с повтором курса через 20 дней. Мужчинам 2-й группы – сравнения (n=36) назначали Простатилен ежедневно в свечах по той же схеме. Средний возраст больных 1-й и 2-й групп составил 32,1±5,4 и 31,8±5,1 года, соответственно; давность заболевания – в среднем 2,4±0,8 и 2,1±0,6 года, соответственно. Всем больным до и после окончания 2-го курса лечения определяли значения показателей спермограммы (критерии ВОЗ, 2010 г.), MAR-теста и ФДНКС (методом проточной цитофлуориметрии, Sperm chromatin structure assay). Нормативным показателем MAR-теста считали ≤10%, ФДНКС – ≤ 15%. Проводили статистический анализ полученных результатов (SPSS Statistics for Windows, v.20.0).

Результаты. Результатом лечения пациентов 1-й и 2-й групп явилось снижение показателя MAR-теста в среднем с 31,8±15,4% до 18,6±11,3% (p<0,001) и с 33,5±14,8% до 28,1±13,9% (p=0,06), соответственно. При этом, достоверное снижение данного показателя мы наблюдали только при его исходном значении не более 60%. У больных 1-й группы, получавших Простатилен® АЦ, в среднем наблюдали достоверное улучшение основных показателей спермограммы: объема эякулята – с 2,4±0,9 мл до 2,8±0,6 мл (p=0,018); концентрации сперматозоидов – с 37,1±39,8 млн/мл до 43,4±41,2 млн/мл (p=0,03); прогрессивной подвижности сперматозоидов

– с $41,8 \pm 15,6$ % до $52,1 \pm 11,8$ % ($p < 0,001$) и морфологически нормальных форм сперматозоидов – с $3,1 \pm 1,5$ % до $4,5 \pm 1,8$ % ($p < 0,001$). У больных 2-й группы, получавших Простатилен, было отмечено только повышение показателей прогрессивной подвижности сперматозоидов – в среднем с $42,5 \pm 9,0$ % до $47,4 \pm 8,6$ % ($p = 0,03$) и их морфологически нормальных форм – в среднем с $3,3 \pm 1,6$ % до $3,6 \pm 1,4$ % ($p = 0,02$), причем с меньшей степенью достоверности, чем у больных 1-й группы. Кроме того, после лечения Простатиленом® АЦ отмечали достоверное снижение показателя ФДНКС сразу после окончания второго курса приема препарата – с $21,2 \pm 5,3$ % до $9,8 \pm 4,9$ % ($p < 0,001$). Этого эффекта мы не наблюдали у больных 2-й группы. Побочных эффектов и осложнений во время и после лечения в обеих группах не отмечали.

Выводы. 1. Лечение комплексными пептидами предстательной железы способствует снижению числа антиспермальных антител в эякуляте у больных с аутоиммунным бесплодием. 2. После лечения комплексными пептидами простаты наступает достоверное улучшение основных показателей спермограммы, снижение показателя патологической ФДНКС. 3. Полученные результаты позволяют рекомендовать комплексные пептиды простаты в качестве прекоцепционной подготовки мужчин при повышенном MAR-тесте.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ВАРИКОЦЕЛЕ

Панферов А.С., Бекреев Е.А., Ястребов В.С., Елагин В.В., Медведева Е.В., Игошкин А.В.

МЦ Медассист, Центр урологии, г. Курск

Введение. Варикоцеле выявляют у 15% здоровых мужчин, у 35% – с первичным и у 80% – с вторичным бесплодием. Каждые 10 лет вероятность наличия варикоцеле у мужчины возрастает на 10%. Микрохирургическая варикоцелэктомия подпаховым доступом была впервые предложена Dr. Joel L. Margar в 1985 г. На данный момент операция является «золотым стандартом» для лечения варикоцеле у взрослых пациентов.

По данным российских клинических рекомендаций тромбоз яичковой вены является крайне редкой причиной развития варикоцеле в практике врача-уролога. По данным зарубежной литературы частота тромбозэмболических заболеваний в урологии колеблется от 0,7 до 1,2%.

Материалы и методы. С ноября 2018 года по март 2023 года по поводу варикозного расширения вен органов мошонки было прооперировано 125 пациентов, средний возраст которых составил $29,32 \pm 2,7$ года. Из этого числа 10 пациентов с варикоцеле III ст (8%), 115 – с варикоцеле II ст (92%). Двустороннее поражение было диагностировано у 9 пациентов (7,2%), одностороннее справа – 1 пациент (0,8%), одностороннее слева – 115 пациентов (92%) соответственно. 8 пациентов (6,4%) после уже проведенного хирургического лечения: 3 (2,4%) – после лапароскопической варикоцелэктомии; 3 (2,4%) – после эндоваскулярной эмболизации левой яичковой вены; 2 (1,6%) – после о. Иванисевича.

Результаты. Всем вышеописанным больным по поводу основного заболевания хирургическое пособие выполнялось в объеме микрохирургической субингвинальной диссекции яичковых вен с пораженной стороны (сторон), или операции Мармара. Средняя продолжительность операции составила $43,7 \pm 9,3$ мин. У всех исследуемых срок госпитализации не превышал одних суток. Осложнений в послеоперационном периоде по классификации Savien-Dindo не было выявлено ни у одного из пациентов. Выраженность болевого синдрома определялась при помощи визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ) в раннем послеопе-

рациональном периоде, и составила $0,81 \pm 0,54$ балла. Фиксировали дозировки ненаркотических анальгетиков (кеторолак, разовая доза – 30 мг) применявшихся для купирования болевого синдрома. Средняя доза составила $7,51 \pm 3,24$ мг.

Клинический случай: Мужчина, 41 год, обратился к урологу клиники в плановом порядке с жалобами на периодически тянущую боль в левой половине мошонки. По данным физикального осмотра – в левой половине мошонки определяются варикозно-расширенные вены гроздьевидного сплетения, проба Вальсальвы положительная. При дообследовании: по данным спермограммы – астенотератозооспермия. По данным УЗИ органов мошонки: вены гроздьевидного сплетения: справа не расширены, слева расширены, диаметром лежа до 2,5 мм, стоя до 2,8 мм; с рефлюксом при пробе Вальсальвы. Было показано выполнение микрохирургической субингинальной диссекции яичковых вен слева.

В ходе операции при выделении одной из вен семенного канатика выявлено расширение и уплотнение ее стенки. При пересечении данной вены обнаружено плотное светло-серое образование, облитерирующее просвет вены, размерами $6 \times 3 \times 3$ мм. Материал извлечен, отправлен на гистологическое исследование.

Заключительный диагноз: Варикоцеле слева. Астенотератозооспермия. Тромбоз ветви левой яичковой вены.

Выводы. При анализе пациентов, пролеченных с ноября 2018 по март 2023 года, выявлено, что рецидив варикоцеле после микрохирургической субингинальной диссекции яичковых вен был зафиксирован у 2 (1,6%) пациентов. У 1 пациента (0,8%) был выявлен случай спонтанного тромбоза ветви яичковой вены, что привело к возникновению симптоматического варикоцеле. Операция Мармара является эффективным методом оперативного лечения варикоцеле при спонтанном тромбозе.

РОЛЬ СЕМЕННОЙ ПЛАЗМЫ И ЦИТОКИНОВ ПРИ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ И ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ

Овчинников Р.И.^{1,2}, Попова А.Ю.², Мурадян А.А.², Гамидов С.И.²

¹Центр репродуктивной медицины «СкайФерт», Москва

²Отделение андрологии и урологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В. И. Кулакова» Минздрава России, Москва

Введение. Одной из частых причин мужского бесплодия долгое время считался хронический простатит (ХП). Влияние терапии ХП на сперматогенез достаточно хорошо изучено. Однако, в последнее время большое внимание уделяется роли семенной плазмы и цитокинов на показатели фертильности мужчин. Целью нашей работы являлось изучение влияния комплекса природных противомикробных пептидов и цитокинов на показатели спермограммы, МАР-теста, оксидативного стресса (ОС), а также фрагментации ДНК сперматозоидов (ФДНКС) у мужчин с бесплодием и ХП в стадии ремиссии. У части пациентов мы определяли уровень цитокинов до и после лечения.

Материалы и методы. Скринировано 583 мужчины с бесплодием при наличии ХП в анамнезе в возрасте 18 – 75 лет, на предмет соответствия критериям включения/исключе-

чения в анализ. Пациенты группы I получали антиоксидантную стимуляцию сперматогенеза (АСС) (триовит, трентал, мексидол) в сочетании комплексом природных противомикробных пептидов и цитокинов по 1 свече 25 ЕД на ночь 20 дней на 1-3 нед. и на 6-8 нед. лечения в течение 2 мес. В группе II была назначена АСС вместе со свечами для профилактики ХП в течение 2 мес. Критерии оценки эффективности были показатели спермограммы, МАР-теста, ОС сперматозоидов (активных форм кислорода (АФК)), ФДНКС. Также измерялись уровни цитокинов семенной плазмы до и после лечения у 32 пациентов с помощью панели Bio-Plex Pro для одновременного определения 17 цитокинов человека, Human Cytokine 17-plex Assay. Для статистической обработки использовался софт Statistica-10 ($p < 0,05$).

Результаты. Из 135 пациентов, соответствовавших критериям, собраны результаты у 125 (средний возраст $31,7 \pm 13,4$ лет). В группе I отмечалось более выраженное увеличение подвижности на 42,3%, снижение уровня МАР-теста на 64,7%, ОС сперматозоидов на 56,1%, а также ФДНКС на 25,6%, по сравнению группой II (30,4%, 10,5%, 45,7%, 21,9%), соответственно. Указанные изменения, за исключением снижения уровня ФДНКС, являлись статистически достоверными. В группе I отмечалось преимущественное увеличение активности противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4, 10, 13), снижение уровня провоспалительных цитокинов ((ИЛ-2, 12). В группе II отмечалось достоверное снижение как провоспалительных (ИЛ-2, 6, 8), так и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4). Остальные изменения были статистически недостоверными. Среди побочных эффектов легкой степени встречались изменение окраса склер у 4 (3,2%), боли в анальном канале у 3 (2,4%), снижение либидо у 2 (1,6%) пациентов. Различий между группами в частоте встречаемости побочных эффектов зафиксировано не было ($p > 0,05$).

Выводы. АСС у пациентов с мужским бесплодием и ХП вне обострения является эффективным и безопасным методом лечения. Добавление к АСС комплекса природных противомикробных пептидов и цитокинов приводит к более выраженному увеличению подвижности сперматозоидов, снижению МАР-теста, ОС сперматозоидов, что потенцирует эффекты терапии и сопровождается более выраженным положительным влиянием на факторы патозооспермии, увеличение противовоспалительных и снижение провоспалительных цитокинов, в отличие от группы контроля, где наблюдалось только снижение уровня основных цитокинов. Влияние комплекса природных противомикробных пептидов и цитокинов на уровень ФДНКС, а также связь с показателями фертильности, частотой рождения детей требует дальнейшего изучения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАСТИТЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ В СОЧЕТАНИИ С ЦИНКОМ И КАРНИТИНОМ В ОТНОШЕНИИ МУЖСКОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Кариди М.В., Красняк С.С., Воеводина А.К.

Москва

Введение. Каждая шестая пара в развитых странах испытывает трудности с зачатием, и доля мужского фактора составляет около 50% случаев. Диагноз «идиопатическое бесплодие» ставят в 30% случаев. Прием биологически активных комплексов, содержащих антиоксиданты, может улучшить шансы пары на зачатие, а также снизить стоимость лечения.

Цель исследования. Оценить динамику параметров спермограммы (объем, концентрация, подвижность, морфология) на фоне терапии препаратом, содержащим экстракт Маки перуанской, астаксантин, цинк и L-карнитин, у мужчин с идиопатическим бесплодием.

Материалы и методы. Было проведено наблюдательное исследование, которое включало 14 мужчин, предъявляющих жалобы на бесплодие в браке. Средний возраст испытуемых составлял 35 ± 5 лет (от 25 до 44 лет). Все испытуемые получали препарат, содержащий экстракт Маки перуанской, астаксантин, цинк и L-карнитин, перорально по 1 капсуле 2 раза в день в течение 3 месяцев.

Результаты. На фоне 3 месяцев приема препарата объем эякулята увеличился на 68%: с 2,45 до 4,11 мл ($p = 0,001$), концентрация сперматозоидов увеличилась в 2 раза: с 55,00 до 110,50 млн/мл ($p = 0,003$), общая подвижность сперматозоидов увеличилась с 48,5% до 63,21% ($p < 0,05$), прогрессивная подвижность сперматозоидов увеличилась с 38,07% до 54,5% ($p < 0,05$), доля морфологически нормальных сперматозоидов увеличилась в 2 раза: с 1,75% до 3,57% ($p = 0,006$).

Вывод. Препарат, содержащий экстракт Маки перуанской, астаксантин, цинк и L-карнитин, статистически значимо повышает объем, концентрацию, общую и прогрессивную подвижность и повышает долю морфологически нормальных сперматозоидов в эякуляте.

Рубцовые изменения органов мочеполовой системы

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ УРЕТРАЛЬНОГО КАТЕТЕРА С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.А. Камалов^{1,2}, Н.И. Сорокин^{1,2}, А.В. Кадрев², Б.М. Шапаров^{1,6}, О.Ю. Нестерова^{1,2}, А.А. Стригунов^{1,2}, Е.В. Афанасьевская^{1,2}, Е.М. Бадмаева¹, О.А. Синдеева³, Г.Б. Сухоруков⁴, А.А. Крицкий⁴, Н.А. Пятаев⁵

¹Кафедра урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

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

³Сколковский институт науки и технологий, Москва, Россия

⁴Группа компаний АМТ&С

⁵Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарёва

⁶Городская клиническая больница №17 Департамента здравоохранения города Москвы

Актуальность: Одним из частых осложнений эндоскопического удаления гиперплазии простаты является рубцовая деформация шейки мочевого пузыря (0.3–9.2%). Данное осложнение приводит к частым повторным оперативным вмешательствам и существенно снижает качество жизни пациентов.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с рецидивирующей рубцовой деформацией шейки мочевого пузыря после эндоскопического удаления гиперплазии простаты.

Материалы и методы: С целью улучшить результаты лечения рецидивирующей рубцовой деформации шейки мочевого пузыря с помощью баллонной дилатации шейки мочевого пузыря под контролем ТРУЗИ был предложен уретральный катетер с полимерным биосовместимым покрытием, содержащим депо глюкокортикостероидов с УЗ-индуцированным высвобождением лекарственного вещества. Начато открытое рандомизированное проспективное контролируемое (с параллельным контролем) одноцентровое исследование. Планируемое количество участников – 40 пациентов.

Результаты: С 2021 года на базе МНОЦ МГУ имени М.В. Ломоносова 11 пациентам выполнено 44 сеанса баллонной дилатации рубцово-деформированной шейки мочевого пузыря под ТРУЗИ-контролем с применением уретрального катетера с УЗ-индуцированным высвобождением лекарственного вещества. За время наблюдения у одного пациента отмечена аллергическая реакция на внутриуретральный анестетик с лидокаином – эпизод полностью купирован однократным приёмом блокатора H1-гистаминовых рецепторов в стандартной дозировке. У двоих пациентов было отмечено образование непротяжённых стриктур в мембранозном отделе уретры, при этом у обоих пациентов в анамнезе было не менее двух эпизодов оперативного лечения по поводу рубцовой деформации шейки мочевого пузыря. Срок формирования указанных стриктур приходился на период от одного до трёх месяцев с момента последнего вмешательства. У обоих пациентов курс лечения был завершён успешно, оперативное лечение по поводу стриктуры уретры не потребовалось.

Заключение: Баллонная дилатация рубцово-деформированной шейки мочевого пузыря под УЗИ-контролем с применением уретрального катетера с ТРУЗИ-индуцированным высвобождением лекарственного вещества является безопасным методом профилактики рецидива рубцовой деформации шейки мочевого пузыря.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ YV-ПЛАСТИКА ПРИ РЕЦИДИВНОМ СТЕНОЗЕ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. НАШ ОПЫТ

Попов С.В., Орлов И.Н., Цой А.В., Топузов Т.М., Неймарк А.И.

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

г. Барнаул, кафедра урологии и андрологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ

Актуальность темы. Рецидивирующий стеноз шейки мочевого пузыря (СШМП) остаётся одной из нерешенных проблем современной урологии. Эндоскопические методы коррекции имеют ограниченную эффективность, которая снижается с каждым последующим оперативным вмешательством. Данное обстоятельство диктует необходимость оценки эффективности и безопасности реконструктивных методов коррекции стеноза шейки мочевого пузыря.

Цель работы. Оценить результаты лечения пациентов с рецидивирующим стенозом шейки мочевого пузыря модифицированным методом робот-ассистированной YV-пластики шейки мочевого пузыря.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 30 пациентов с рецидивирующим стенозом шейки мочевого пузыря, находившихся на стационарном лечении в Клинической больнице Святителя Луки (Санкт-Петербург) с 2021 по 2023 год, которым выполнена модифицированная робот-ассистированная YV-пластика шейки мочевого пузыря.

Показанием для выполнения операции являлось наличие одного и более предшествующих эндоскопических вмешательств по поводу стеноза шейки мочевого пузыря, выраженные симптомы опорожнения по шкале IPSS, стабильный уровень общего ПСА. Диагноз подтверждался путем выполнения антеградной и ретроградной гибкой цистоуретроскопии.

Модифицированная робот-ассистированная YV-пластика выполнялась лапароскопическим доступом путем мобилизации передней поверхности мочевого пузыря и его шейки. После чего ассистент выполнял трансуретральное рассечение стенозированного участка шейки мочевого пузыря на XII часах условного циферблата, откуда основной оператор продолжает рассекать шейку и продолжая разрез латерально в обе стороны (Y-образно). Образовавшийся треугольный лоскут ушивался над местом стеноза шейки мочевого пузыря (V-образно). Затем устанавливался силиконовый уретральный катетер Foley №18. Предпузырное пространство дренировалось силиконовой трубкой №16.

Результаты. Всем 30 пациентам выполнена модифицированная робот-ассистированная YV-пластика без конверсии на открытый доступ. Средний возраст пациентов составил 66,7 лет. Средний срок наблюдения 8,9 месяцев. Длительность оперативного вмешательства составила $91,1 \pm 18,4$ минут. Максимальная скорость мочеиспускания через 3 и 6 месяцев составил $17,51 \pm 2,92$ и $16,33 \pm 1,69$ мл/сек соответственно ($p < 0,05$).

За весь период наблюдения рецидив СШМП возник у 2 пациентов. Таким образом эффективность модифицированной робот-ассистированной YV-пластики ШМП составила 93,3%.

Выводы. Модифицированная робот-ассистированная YV-пластика является эффективной и безопасной методикой лечения пациентов с рецидивным стенозом шейки мочевого пузыря. Однако для оценки эффективности метода, необходимо большее количество наблюдений.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ СТРИКТУР ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ МОЧЕТОЧНИКА

Панферов А.С., Бекреев Е.А., Медведева Е.В., Елагин В.В., Ястребов В.С., Игошкин А.В.

МЦ Медассист, Центр урологии, г. Курск

Введение. Стриктура мочеточника, ведущая к нарушению оттока мочи из почки, является одной из важнейших проблем современной урологии. Травмы мочеточника встречаются в 1 – 2,5% случаев всех поражений мочеполовых органов. Можно выделить несколько основных групп происхождения стриктур мочеточников: посттравматические, поствоспалительные и постлучевые. Ятрогенная травма связана с высокой частотой повреждения мочеточника при хирургических, гинекологических и эндоурологических операциях. На долю ятрогенных повреждений приходится более 80% случаев и это связано с активным внедрением в практику малоинвазивных урологических и гинекологических методов лечения.

Материалы и методы. С 2019 по 2022 год по поводу стриктуры нижней трети мочеточника было прооперировано 29 пациентов, средний возраст которых составил $53,8 \pm 4,35$ года. У 7 пациентов (24,13%) диагностирована стриктура выше подвздошных сосудов, у 22 пациентов (75,87%) - ниже подвздошных сосудов. 19 пациентов (65,51%) после урологических вмешательств (уретероскопия, контактная уретеролитотрипсия, стентирование мочеточника, уретероцистонеоанастомоз, уретеролитотомия, ТУР мочевого пузыря), 5 пациентов (17,24%) после гинекологических операции (экстирпация матки, кесарево сечение), 3 пациента (10,34%) после лечения онкологических заболеваний и связанных с ними операции (экстирпация матки, резекцией мочеточника, ДЛТ), у 2 пациентов (6,9%) идиопатические причины стриктуры.

Результаты. Всем пациентам выполнялось оперативное лечение в объеме лапароскопической пластики мочеточника по методике Боари и psoas-hitch. Средняя продолжительность операции составила $118,6 \pm 36,06$ мин и $127,1 \pm 27,88$ мин соответственно, средний объем кровопотери $110,34 \pm 47,37$ мл. Срок послеоперационной госпитализации - $4,09 \pm 0,54$ дней. Сроки дренирования мочевого пузыря составили $8,5 \pm 2,04$ дней, мочеточника - $29,5 \pm 2,86$ дней. В послеоперационном периоде у всех пациентов выявлена I степень осложнений по Clavien-Dindo (требовалось внутривенное введение анальгетиков). Выраженность болевого синдрома уменьшалась к третьим суткам после операции: ВАШ в 1-е сутки составила $5,96 \pm 0,67$ баллов, на 3-и сутки - $1,68 \pm 0,46$ баллов. По данным МСКТ мочевыделительной системы за период наблюдения рецидива не выявлено ни у одного из исследуемых. По данным УЗИ при наполнении мочевого пузыря: у 18 пациентов (62,08%) - гидронефроза не выявлено, у 6 пациентов (20,68%) - гидронефроз I степени, у 5 пациентов (17,24%) – гидронефроз II степени, что указывает на наличие пассивного рефлюкса у 11 пациентов (37,9%). Атаки пиелонефрита зафиксированы у

3 пациентов (10,34%), 1 пациент (3,45%) имел в анамнезе инфравезикальную обструкцию, 1 пациент (3,45%) – дистанционную лучевую терапию на органы малого таза, 1 пациент (3,45%) – открытую пластику мочеточника по Боари. Оценка симптомов гиперактивного мочевого пузыря проводилась при помощи опросника Russian version of the OAB Awareness Tool, сумма баллов не превышала порогового значения 8, что соответствует удовлетворительному качеству жизни.

Выводы:

- 1) Реконструктивные операции при ятрогенных повреждениях нижней трети мочеточника с использованием методик по Боари и psoas-hitch являются высокоэффективными в восстановлении проходимости мочеточника
- 2) Пациенты, имеющие в анамнезе инфравезикальную обструкцию, операции на мочевом пузыре или повторные пластики с использованием лоскутных методик, дистанционную лучевую терапию на область органов малого таза, имеют высокие риски рецидивирующей мочевой инфекции за счет активного и пассивного рефлюксов, и должны рассматриваться как группа пациентов, требующих реконструктивные операции по восстановлению проходимости мочеточника с использованием антирефлюксных методик

ОПЕРАЦИЯ KULKARNI ПРИ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ: 3-ЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Катибов М.И.¹, Алибеков М.М.^{1,2}, Магомедов З.М.^{1,2}

¹Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Городская клиническая больница», г. Махачкала, Российская Федерация

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Махачкала, Российская Федерация

Введение. Наиболее сложными формами стриктуры уретры являются протяженные, в том числе пануретральные (с поражением нескольких отделов), стриктуры, с которыми связаны наибольшие трудности при реконструктивных операциях. Некоторые одноэтапные методики позволяют добиться сопоставимых с многоэтапными вариантами показателей успеха лечения. К числу последних относится разработанная S. Kulkarni и соавт. одноэтапная дорсальная onlay аугментационная уретропластика с использованием слизистой рта. Актуальным представляется оценка эффективности данной операции.

Материалы и методы. Исследование носило проспективный характер и включало 22 мужчины со стриктурой уретры, которым выполняли уретропластику по технике Kulkarni. Критериями включения служили: стриктура передней уретры протяженностью 6 см и более; использование двух лоскутов слизистой щеки для замещения дефекта уретры; одноэтапная тактика проведения уретропластики; срок наблюдения после операции не менее 36 мес.; информированное согласие пациента. Динамику изучаемых параметров оценивали с помощью критерия Вилкоксона. Вклад различных признаков в развитие рецидива стриктуры уретры оценивали с помощью однофакторного анализа. Различия между показателями считали достоверным при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Возраст пациентов варьировал от 32 до 72 лет (медиана – 57 лет). Протяженность стриктуры составляла от 6 до 11 см (медиана – 8 см). Стриктура в 13 (59,1%) наблю-

дениях была локализована в пенильном отделе, в 9 (40,9%) – одновременно в пенильном и бульбозном отделах уретры. Ятрогенная причина стриктуры уретры имела место у 14 (63,6) пациентов, идиопатическая – у 5 (22,7%), воспалительная – у 3 (13,6%). Стриктура носила первичный характер в 14 (63,6%) наблюдениях и рецидивный – в 8 (36,4%). Самостоятельное мочеиспускание было сохранено у 6 (27,3%) пациентов, цистостома существовала у 16 (72,7%) пациентов. Установлено достоверное улучшение максимальной скорости мочеиспускания и объема остаточной мочи через 36 месяцев после операции относительно дооперационных значений. Из поздних послеоперационных осложнений в течение 36 месяцев имели место по 1 (4,5%) случаю возникновения эректильной дисфункции de novo и стрессового недержания мочи. Рецидив стриктуры уретры отмечен в 4 (18,2%) наблюдениях: 1 случай – через 6 месяцев после операции, 3 случая – через 12 месяцев. Все случаи рецидива возникли среди пациентов, имевших рецидивную форму стриктуры перед нашей операцией. Для оценки влияния различных факторов на риск рецидива стриктуры рассмотрены следующие параметры: возраст, этиология стриктуры, длина стриктуры, локализация стриктуры, характер стриктуры, сохранность самостоятельного мочеиспускания перед операцией. Из всех признаков только рецидивный характер стриктуры имел достоверное влияние на повышение риска рецидива – при рецидиве стриктуры уретры после предыдущих оперативных вмешательств риск повторного рецидива стриктуры после уретропластики возрастает в 4 раза.

Заключение. Операция Kulkarni при протяженных стриктурах передней уретры позволяет добиться высоких показателей эффективности и безопасности лечения. Использование данной техники по поводу рецидивных форм стриктуры уретры представляется наиболее значимым фактором риска неудачи лечения. Поэтому адекватный выбор варианта уретропластики при первичной реконструкции уретры следует считать одним из ключевых факторов оптимизации результатов лечения таких пациентов.

КРАЕВАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ТРАНСПЛАНТАТА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

*Шибаетов А.Н.^{1,2}, Павлова Ю.В.^{1,2}, Базаев В.В.¹, Султанов Д.И.³, Шестакова В.Г.²,
Павлов Р.Д.², Терехов В.М.², Подойницын А.А.¹*

¹ГБУЗ МО МОНИКИ им М.Ф. Владимирского, г. Москва;

²ФГБОУ Тверской ГМУ ИЗ РФ, г. Тверь;

³АО «Группа компаний «МЕДСИ», г. Москва.

Актуальность: В реконструктивной хирургии протяженных стриктур уретры и мочеоточника в настоящее время широко используется трансплантат слизистой полости рта. Это связано с относительной простотой хирургической техники и хорошими функциональными результатами лечения. Накоплено достаточное количество клинических наблюдений приживления трансплантата слизистой полости рта без формирования хорошо васкуляризованного ложа для него. Предполагается, что ранняя реваскуляризация в этом случае происходит за счет анастомозирования сосудов реципиентной зоны и сосудистой сети собственной пластинки слизистой полости рта по краю трансплантата (торца). Однако теоретического обоснования этого феномена до настоящего времени нет.

Целью данного исследования было изучить возможность краевой реваскуляризации трансплантата слизистой полости рта в экспериментальной модели.

Материалы и методы: 10 самцам крыс Wistar (350±50 гр) на холке выполняли полнослойную кожную рану с имплантацией раневой камеры диаметром 2 см для поддержания условий влажной раны. Проводили забор 2 трансплантатов слизистой полости рта диаметром 8 мм с помощью устройства для Punch-биопсии. После префабрикации трансплантаты фиксировали ко дну раны узловыми швами: первый- эпителием вверху, второй - торцом трансплантата (предварительно свернув его в трубку эпителием наружу). Приживление графтов оценивали при динамическом наблюдении визуально и гистологически на 14 сутки.

Результаты: Полный протокол прошли 9 крыс из 10. К 14 суткам прижились 8 из 9 трансплантатов (88,9%), расположенных плоско и 7 из 9 трансплантатов (77,8%), фиксированных торцом ($p>0,05$ между группами). Эпителий слизистой полости рта прижившихся трансплантатов не отличался гистологически между группами (отсутствие признаков некроза и дистрофии, сохранение базальной пластинки и слоев).

Выводы: Таким образом, впервые в эксперименте показана возможность краевой реваскуляризации трансплантата слизистой полости рта за счет сосудистой сети собственной пластинки. Результаты данного исследования обосновывают возможность выполнения реконструктивных операций на верхних и нижних мочевыводящих путях с использованием слизистой полости рта в том числе и в ситуациях, когда невозможно создать хорошо васкуляризованное ложе для трансплантата.

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНИТАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА

Игнатовский А.В.

г. Санкт-Петербург

Введение. Склероатрофический лихен – хроническое заболевание нередко поражающее кожу генитальной области у мужчин. Многообразие методов лечения позволяет добиться длительной и стойкой ремиссии. Однако, после курса терапии на коже могут сохраняться изменения цвета кожи, явления атрофии, некоторые другие симптомы, что затрудняет оценку эффективности курса лечения, в связи с чем требует разработки критериев оценки эффективности проведенного лечения.

Цель исследования: разработка клинических критериев эффективности терапии генитальных форм склероатрофического лихена у мужчин.

Материал и методы: проанализированы клинические результаты лечения 103 пациентов мужского пола с диагнозом: «Генитальная форма склероатрофического лихена». Оценка проводилась с использованием дерматологического индекса качества жизни, индексов склероатрофического лихена характеризующих площадь поражения (LS-S) и активность кожного процесса (LS-A) по следующим параметрам: эритема, отек, уплотнение, белый цвет очагов, гиперкератоз, атрофия, пузыри, геморрагии, эрозии, трещины. Выраженность этих клинических проявлений оценивали в баллах от 0 – проявления отсутствуют, 1- выражены

незначительно, 2 - выражены умеренно, 3- выражены значительно. Оценку проводили во время диспансерного наблюдения на визитах через 6, 12 и 24 месяца. Лечение проводили следующими препаратами: топические глюкокортикостероиды -91 пациент (88,3%); топические ингибиторы кальциневрина – 7 (6,8%); ацитретин -5 (4,9%).

Результаты. По ДИКУЖ умеренное влияние на качество жизни (6-10 баллов) заболевание оказывало у 9 пациентов (8,7%), очень сильное влияние (11-20 баллов) -81 человек (78,7%), чрезвычайно сильное влияние (21-30 баллов)- 13 пациентов (12,6%). По индексу LS-S – 9 баллов-51 (49,5%) человек, 6 баллов -23 (22,3%), 7 баллов- 29 (28,2%) пациентов. По LS-A - 24 балла из 30 максимальных имели 37 (35,9%) человек, 18 баллов-52 (50,5%) и 11 баллов- 14 (13,6%) пациентов. После проведенного лечения по ДИКУЖ отметили что заболевание не влияет на их жизнь – 58 (56,3%) человек, незначительно влияет – 45 (43,7%) человек. По индексу LS-S – динамики мы не отметили вследствие сохранения белого цвета кожи в очагах ранее существовавшего ГСАЛ, однако по индексу LS-A – отмечалась выраженная положительная динамика в виде регресса большинства показателей, за исключением белого цвета очагов, однако текстура кожи в этих участках соответствовала норме, была эластичная: LS-A – 3 балла – 94 (91,3%) пациентов, 4 балла –9 (8,7%) человек.

Обсуждение. При регрессе высыпаний у подавляющего большинства пациентов мы отметили стойкое сохранение белого цвета очагов при нормализации текстуры кожи и исчезновению других клинических признаков, характеризующих ГСАЛ. Белый цвет обусловлен утратой меланоцитов и нарушенным транспортом меланосом к базальным кератиноцитам, уменьшенной продукцией меланина, что обусловлено, наряду с истончением кожи, явлениями атрофии.

Выводы:

1. На отсутствие прогрессирования заболевания указывает исчезновение таких признаков как эритема, отек, уплотнение, гиперкератоз, пузырьки, геморрагии, эрозии, трещины, что является основанием к переходу на этап реабилитационных мероприятий.
2. Сохранение белого цвета кожи в очагах ГСАЛ и явления атрофии после проведенного успешного лечения являются исходом аутоиммунного патологического процесса и не указывают на неэффективности терапии.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА: ВЛИЯНИЕ НА ПРИЖИВЛЕНИЕ ТРАНСПЛАНТАТА

Шибаетов А.Н.^{1,3}, Павлова Ю.В.^{1,3}, Базаев В.В.¹, Сетдикова Г.Р.², Подойницын А.А.¹

¹урологическое отделение ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия;

²патологоанатомическое отделение ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия;

³кафедра урологии и андрологии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ МЗ РФ, г. Тверь, Россия.

Введение. Использование трансплантата слизистой полости рта в реконструктивной хирургии уретры является золотым стандартом для лечения протяженных стриктур. В последнее время накапливается опыт применения этого материала при пластике мочеоточника. Основным условием успеха такой реконструктивной операции считается наличие

адекватного ложа для ранней реваскуляризации трансплантата. В некоторых клинических ситуациях это не представляется возможным. Накоплены данные по успешной пластике уретры и мочеоточника без создания ложа для трансплантата. Основой для этого могут быть особенности строения микроциркуляторного русла слизистой полости рта.

Цель исследования: оценить распределение сосудов микроциркуляторного русла в трансплантатах слизистой полости рта.

Материал и методы: Образцы ткани размером 5х5мм (2 шт) получали из трансплантатов слизистой полости рта после их забора и префабрикации для реконструктивной операции по поводу стриктуры уретры (n=6). Фиксацию, дегидратацию и изготовление блоков проводили по стандартной методике. Для приготовления срезов образцы ткани ориентировали перпендикулярно и параллельно плоскости слизистой. Срезы (4 μm) окрашивали гематоксилином и эозином. Гистологическое исследование проводили с использованием оптического микроскопа (х200). Оценивали плотность микроциркуляторного русла (сосудов/мм²) в собственной пластинке слизистой (в параллельных срезах на границе пластинки и подслизистой). В каждом образце проводилась оценка параметров в 3 точках двумя патологами.

Результаты: Плотность микроциркуляторных сосудов в собственной пластинке в перпендикулярном срезе трансплантата слизистой полости рта составила $12,4 \pm 1,7 / \text{мм}^2$ (10-15/мм²), а в параллельном срезе – $1,7 \pm 0,6 / \text{мм}^2$ (1-3/мм²) (p<0,05 между группами).

Заключение: Таким образом, плотность микроциркуляторных сосудов в толще собственной пластинки слизистой полости рта значительно выше, чем на границе с подслизистой. Ранее было показано, что первичная реваскуляризация трансплантата слизистой полости рта происходит за счет соединения предсуществующих сосудов трансплантата с сосудами реципиентной зоны. В нашем исследовании наибольшая плотность таких сосудов зарегистрирована в толще собственной пластинки слизистой, которые доступны для формирования анастомозов только с торца трансплантата. Таким образом, наибольшее значение для ранней реваскуляризации трансплантата представляют его края, поэтому необходимо обеспечить плотный контакт торцов трансплантата и слизистой уретры или мочеоточника. Фиксация трансплантата к ложу не является абсолютным условием его приживления.

СИМУЛЬТАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ И РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Перлин Д.В.^{1,2}, Терентьев А.В.², Шманев А.О.^{1,2}, Куликов П.А.²

¹Кафедра урологии, ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России.

²Урологическое отделение, Волгоградский областной уронефрологический центр, г. Волжский, Россия.

Ключевые слова: стриктура уретры; пластика уретры; рак предстательной железы; хирургическое лечение.

Введение. Нарушение мочеиспускания – одна из самых распространенных проблем у мужчин после 60 лет и даже моложе. Самой частой причиной является доброкачественная гиперплазия предстательной железы, однако рак предстательной железы прочно удерживает лидирующее место по темпу роста среди всех злокачественных новообразований. Гораздо менее частой при-

чиной инфравезикальной обструкции у мужчин этой возрастной категории является стриктура уретры. Совсем редко встречается сочетание стриктуры уретры со злокачественным образованием простаты. Последовательность лечебных мероприятий в таких эксклюзивных ситуациях очень дискуссионна в связи с определенными противоречиями между онкологической опасностью и технической целесообразностью. Симультанная операция при сопутствующих стриктуре уретры и раке предстательной железы может быть хорошей альтернативой поэтапного лечения.

Цель исследования: Оценить безопасность и эффективность выполнения симульного хирургического лечения стриктуры уретры и рака предстательной железы.

Материалы и методы. Пациент 64 лет обратился в консультативно-поликлиническое отделение нашего центра с жалобами на ухудшение мочеиспускания. Из анамнеза было известно, что страдает мочекаменной болезнью в течении длительного времени. 5 лет назад оперировался по поводу камня левого мочеточника – контактная уретеролитотрипсия. При обследовании: Урофлоуметрия Qmax- 6 мл/с. ТРУЗИ предстательной железы+ объем остаточной мочи: Объем 43 куб см, остаточной мочи 70 мл. Общий ПСА крови – 4,9 нг/мл. При выполнении уретрографии выявлена стриктура бульбозного отдела уретры, максимальной протяженностью до 1,5 см. Выполнена биопсия предстательной железы: Ацинарная аденокарцинома Глиссон 3+3=6. Принято решение выполнить одномоментно анастомотическую пластику уретры и экстраперитонеоскопическую радикальную простатэктомия.

Результаты. Первым этапом для возможности свободного проведения уретрального катетера, промежностным доступом выполнена анастомотическая пластика бульбозного отдела уретры. Одномоментно вторая бригада хирургов приступила к ЭПС радикальной простатэктомии. Длительность операции составила 167 минут. Кровопотеря 80 мл. Страховой дренаж удален на 2 е сутки. На 10-е сутки выполнена перикатерная уретрография и цистография – экстравазации контрастного вещества не выявлено, уретральный катетер удален. Осложнений в послеоперационном периоде не было. Урофлоуметрия через 1 месяц после операции Qmax – 23 мл/с.

Выводы. Одномоментное выполнение пластики уретры и лапароскопической радикальной простатэктомии можно рассматривать в качестве безопасной и перспективной альтернативы поэтапному лечению при сочетанной стриктуре уретры и раке предстательной железы. Необходимы дальнейшие исследования с большим числом и периодом наблюдения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ НАВИГАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ИНДОЦИАНИНА ЗЕЛЕНОГО (ICG) ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА

Монастырский Г.А.¹, Говоров А.В.^{1,2}, Васильев А.О.¹, Колонтарев К.Б.^{1,2}, Алавердян А.И.^{1,2}, Пушкарь Д.Ю.^{1,2}

¹Кафедра урологии ФГБОУ ВО Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, г. Москва.

²ГБУЗ ГKB имени С.И. Спасокукоцкого ДЗМ.

Ключевые слова: Стриктура мочеточника; индоцианин зеленый (ICG); флюоресцентная диагностика; робот-ассистированная хирургия.

Введение. Стриктура мочеточника – это сужение просвета мочеточника, характеризующееся явлениями морфофункциональной обструкции верхних мочевыводящих путей. Этиология возникновения стриктур крайне разнообразна. Стриктуры мочеточников могут протекать бессимптомно, что часто приводит к несвоевременной диагностике данной патологии, особенно на этапе формирования функциональных и морфологических изменений верхних мочевыводящих путей. На сегодняшний день по мнению ряда авторов эндоскопическая реконструкция мочеточника с формированием анастомоза является безопасным и эффективным методом лечения больных со стриктурой мочеточника.

Материалы и методы. В урологическую клинику МГМСУ на базе ГКБ им С.И. Спасокукоцкого за период с 2021 по 2022 гг. обследовано 18 пациентов с диагнозом «Стриктура нижней трети мочеточника». У 11 пациентов перед оперативным лечением ранее установлен мочеточниковый стент, у 3 пациентов установлена нефростома, у четырех пациентов дренажи отсутствовали. Всем пациентам перед операцией выполнена компьютерная томография почек с внутривенным контрастированием, по данным которой диагностированы стриктуры нижней трети мочеточника. В качестве оперативного лечения всем пациентам выполнена робот-ассистированная пластика мочеточника. В ходе операции для более точного выделения мочеточника в чашечно-лоханочную систему почки введен раствор индоцианина зеленого 2,5 мг/мл 10 мл и в режиме «FireFly™» произведено выделение мочеточника до стриктуры, после чего выполнен уретероцистонеоанастомоз. Всем пациентам интраоперационно установлен мочеточниковый стент.

Результаты. Продолжительность операции в среднем составила 47 мин. Послеоперационный период протекал без осложнений. Длительность послеоперационного нахождения стента в среднем составила 4 недели. Всем пациентам в качестве контрольного исследования после удаления стента через 3 и 6 мес выполнялась КТ почек, по данным которой рецидивов стриктур не выявлено. На кафедре урологии МГМСУ продолжается проспективное исследование по применению индоцианина зеленого при проведении оперативного лечения.

Заключение. Использование интраоперационной флюоресцентной диагностики для навигации с помощью индоцианина зеленого облегчает мобилизацию и визуализацию мочеточника, имеет высокий профиль безопасности для пациента.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ ПАРА-АМИНОБЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТЫ, D-A-ТОКОФЕРОЛА И L-КАРНИТИНА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕЙРОНИ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ

Карида М.В., Красняк С.С., Воеводина А.К.

Москва

Введение. По различным оценкам, болезнь Peyroni (БП) поражает приблизительно 3–9% мужчин во всем мире и может быть связана с болью, эректильной дисфункцией и деформацией полового члена, включая его укорочение. В настоящее время при лечении БП используются несколько вариантов нехирургического лечения, в том числе пероральная терапия, которая может включать в себя пара-аминобензойную кислоту, D-а-токоферол и L-карнитин.

Цель исследования. Оценить динамику степени искривления, площади бляшки и оценку выраженности боли по 10-балльной шкале на фоне терапии препаратом, содержащим пара-аминобензойную кислоту, D-а-токоферол и L-карнитин, у мужчин с болезнью Пейрони.

Материалы и методы. Было проведено наблюдательное исследование, которое включало в себя 11 мужчин с болезнью Пейрони в первой фазе в возрасте 58 ± 10 лет (от 44 до 72 лет). Все испытуемые получали препарат, содержащий пара-аминобензойную кислоту, D-а-токоферол и L-карнитин, по 1 капсуле 2 раза в день в течение 6 месяцев.

Результаты. На фоне полугодовой терапии изучаемым препаратом, медианная выраженность боли по визуально-аналоговой шкале снизилась в 2 раза: с 4 баллов до 2 ($p < 0,05$), степень искривления снизилась на 20%: с 15,7 до 12,6 градусов ($p = 0,01$), площадь бляшки снизилась на 25%: с 48,9 до 36,4 мм² ($p < 0,05$).

Вывод. Препарат, содержащий пара-аминобензойную кислоту, D-а-токоферол и L-карнитин, статистически значимо снижает боль при БП, степень искривления полового члена и площадь бляшки у пациентов с активной фазой болезни Пейрони, что потенциально способно исключить необходимость оперативной коррекции искривления у части пациентов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БУККАЛЬНОГО ГРАФТА ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ РЕЦИДИВНОМ СТЕНОЗЕ

Мамаев И.Э.^{1,2}, Ахмедов К.К.², Котов С.В.¹

¹ФГАУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва

²ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ», Москва

Введение. Стеноз шейки мочевого пузыря (ШМП) после операций на простате нечастое, но серьезное осложнение. Методам выбора для коррекции данного состояния является трансуретральная инцизия или резекция ШМП. В качестве хирургии второй линии при рецидиве показана реконструктивная операция. Наиболее часто используется пластика лоскутом передней стенки мочевого пузыря (Y-V пластика). Проведение последней значительно затруднено в случаях, когда простатический отдел уретры имеет малый просвет и короткую длину.

Материалы и методы. Настоящее наблюдение демонстрирует случай успешного лечения пациента с рецидивным стенозом ШМП путем проведения реконструктивной операции с использованием слизистой щечи.

Пациент - соматически сохранный мужчина 56 лет с третьим рецидивом стеноза ШМП после трансуретральной коррекции. При уретрографии простатический отдел уретры длиной до 1,5 см, шейка мочевого пузыря резко сужена.

Первый этап вмешательства осуществлен трансуретрально, после инцизии выполнена циркулярная резекция ШМП с формированием достаточного ТУР-дефекта. Далее, внебрюшинным лапароскопическим доступом, продольно вскрыт мочевой пузырь с простатическим отделом уретры. Следующим этапом выполнен типичный забор буккального лоскута 2,5 на 5 см. Последний уложен в сформированный ТУР-дефект и фиксирован по краям и по плоскости узловыми швами полигликолидной нитью 4-0. Разрез передней стенки мочевого пузыря и простаты ушит непрерывным швом рассасывающейся нитью 2-0.

Результаты. При оценке через 11 месяцев рецидива нет, IPSS – 2, QL – 1, Q max – 19 мл/сек, цистоскопическая картина широкой шейки мочевого пузыря.

Заключение. Полученный результат можно охарактеризовать как хороший. Описанная методика способна оказаться перспективной с точки зрения коррекции рецидивов стеноза ШМП и, в отличие от используемых ныне методик, не зависит от длины и ширины просвета простатической уретры.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ У ОДНОГО ПАЦИЕНТА СО СТРИКТУРОЙ УРЕТРЫ ВСЕХ ВОЗМОЖНЫХ ВАРИАНТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Катибов М.И.¹, Алибеков М.М.^{1,2}, Магомедов З.М.^{1,2}

¹Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Городская клиническая больница», г. Махачкала, Российская Федерация

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Махачкала, Российская Федерация

Введение. Стриктура уретры представляет собой одну из сложных нозологических форм и имеет склонность к рецидивированию после реконструктивных вмешательств. Неудачи после передней и задней уретропластики в течение первого года достигают 25% и 18%, в течение 5 лет – 40% и 25% соответственно. В связи с этим очень показательным является уникальный клинический случай из нашей практики.

Материалы и методы. Исследование представляет собой описание клинического случая повреждения уретры у мужчины, который в возрасте 22-х лет в результате дорожно-транспортного происшествия получил перелом костей таза. После этого он был подвергнут большому числу способов оперативного лечения. Первые операции были выполнены в других учреждениях, а завершающие операции – на базе нашего учреждения.

Результаты. В течение первых трех суток с момента получения травмы уретры был выполнен уретроуретроанастомоз по Хольцову. После этого через 4 месяца выполнена уретропластика с использованием кожного аутотрансплантата, через 12 месяцев – уретропластика с использованием аутотрансплантата влагищной оболочки яичка. Между этими операциями и после последней операции более 20 раз проводилось бужирование уретры. Через 3,5 года после первой операции выполнена уретропластика васкуляризированным лучевым кожно-фасциальным лоскутом на сосудистой ножке. Через 6 месяцев после данной операции в связи с облитерацией уретры пациент попал под наше наблюдение, и все дальнейшие методы оперативного лечения применялись нами. Первой нашей операцией служило создание уретральной площадки на промежности протяженностью 9 см с использованием двух лоскутов слизистой щеки по типу операции Бракка (первый этап). Через 12 месяцев выполнена тубуляризация неоуретры (второй этап). Через месяц после удаления катетера на проксимальной границе неоуретры на уровне мембранозного отдела уретры возникло сужение уретры. В связи с этим на уровне мембранозного отдела уретры сформирована перинеальная уретростомы. Через 3 месяца из-за сужения уретростомы выполнена ее коррекция путем рассечения уретростомы-

ческого кольца и фиксации стенки уретры к коже промежности. В дальнейшем на протяжении 4-х лет наблюдения рецидива стеноза уретростомы не отмечено, и в настоящее время пациент удовлетворен качеством мочеиспускания по уретростоме.

Заключение. Отсутствие единых подходов к лечению стриктуры уретры до последнего времени обусловило применение в различных учреждениях не совсем обоснованных и эффективных методов оперативного лечения. Недавнее утверждение федеральных клинических рекомендаций по стриктуре уретры, безусловно, должно способствовать оптимизации лечения данной нозологии.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ СТРИКТУР ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ МОЧЕТОЧНИКА

Панферов А.С., Бекреев Е.А., Медведева Е.В., Елагин В.В., Ястребов В.С., Игошкин А.В.

МЦ Медассист, Центр урологии, г. Курск

Введение. Стриктура мочеточника, ведущая к нарушению оттока мочи из почки, является одной из важнейших проблем современной урологии. Травмы мочеточника встречаются в 1 – 2,5% случаев всех поражений мочеполовых органов. Можно выделить несколько основных групп происхождения стриктур мочеточников: посттравматические, поствоспалительные и постлучевые. Ятрогенная травма связана с высокой частотой повреждения мочеточника при хирургических, гинекологических и эндоурологических операциях. На долю ятрогенных повреждений приходится более 80% случаев и это связано с активным внедрением в практику малоинвазивных урологических и гинекологических методов лечения.

Материалы и методы. С 2019 по 2022 год по поводу стриктуры нижней трети мочеточника было прооперировано 29 пациентов, средний возраст которых составил $53,8 \pm 4,35$ года. У 7 пациентов (24,13%) диагностирована стриктура выше подвздошных сосудов, у 22 пациентов (75,87%) – ниже подвздошных сосудов. 19 пациентов (65,51%) после урологических вмешательств (уретероскопия, контактная уретеролитотрипсия, стентирование мочеточника, уретероцистонеоанастомоз, уретеролитотомия, ТУР мочевого пузыря), 5 пациентов (17,24%) после гинекологических операции (экстирпация матки, кесарево сечение), 3 пациента (10,34%) после лечения онкологических заболеваний и связанных с ними операции (экстирпация матки, резекцией мочеточника, ДЛТ), у 2 пациентов (6,9%) идиопатические причины стриктуры.

Результаты. Всем пациентам выполнялось оперативное лечение в объеме лапароскопической пластики мочеточника по методике Боари и psoas-hitch. Средняя продолжительность операции составила $118,6 \pm 36,06$ мин и $127,1 \pm 27,88$ мин соответственно, средний объем кровопотери $110,34 \pm 47,37$ мл. Срок послеоперационной госпитализации – $4,09 \pm 0,54$ дней. Сроки дренирования мочевого пузыря составили $8,5 \pm 2,04$ дней, мочеточника – $29,5 \pm 2,86$ дней. В послеоперационном периоде у всех пациентов выявлена I степень осложнений по Clavien-Dindo (требовалось внутривенное введение анальгетиков). Выраженность болевого синдрома уменьшалась к третьим суткам после операции: ВАШ в 1-е сутки составила $5,96 \pm 0,67$ баллов, на 3-и сутки – $1,68 \pm 0,46$ баллов. По данным МСКТ мочевого выделительной системы за период наблюдения рецидива не выявлено ни у одного из исследуемых. По данным УЗИ при наполнении

мочевого пузыря: у 18 пациентов (62,08%) - гидронефроза не выявлено, у 6 пациентов (20,68%) - гидронефроз I степени, у 5 пациентов (17,24%) – гидронефроза II степени, что указывает на наличие пассивного рефлюкса у 11 пациентов (37,9%). Атаки пиелонефрита зафиксированы у 3 пациентов (10,34%), 1 пациент (3,45%) имел в анамнезе инфравезикальную обструкцию, 1 пациент (3,45%) – дистанционную лучевую терапию на органы малого таза, 1 пациент (3,45%) – открытую пластику мочеточника по Боари. Оценка симптомов гиперактивного мочевого пузыря проводилась при помощи опросника Russian version of the OAB Awareness Tool, сумма баллов не превышала порогового значения 8, что соответствует удовлетворительному качеству жизни.

Выводы:

1. Реконструктивные операции при ятрогенных повреждениях нижней трети мочеточника с использованием методик по Боари и psoas-hitch являются высокоэффективными в восстановлении проходимости мочеточника
2. Пациенты, имеющие в анамнезе инфравезикальную обструкцию, операции на мочевом пузыре или повторные пластики с использованием лоскутных методик, дистанционную лучевую терапию на область органов малого таза, имеют высокие риски рецидивирующей мочевой инфекции за счет активного и пассивного рефлюксов, и должны рассматриваться как группа пациентов, требующих реконструктивные операции по восстановлению проходимости мочеточника с использованием антирефлюксных методик

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ СТРИКТУРАХ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА

Панферов А.С.¹, Малхасян В.А.², Бекреев Е.А.¹, Елагин В.В.¹, Медведева Е.В.¹, Игошкин А.В.¹, Ястребов В.С.¹

¹Медицинский центр «Медассист», г. Курск, ул. Димитрова, д.16, 305000

²Кафедра урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва, ул. Вучетича, 21, Городская Клиническая Больница им. С.И. Спасокукоцкого корп. 2. 125206

Введение: Открытая пиелопластика ранее считавшаяся «золотым стандартом» лечения стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента, несмотря на высокую эффективность, имеет очевидные недостатки. Все чаще подобные вмешательства реализуются с применением видеоэндоскопических технологий. При лапароскопической пиелопластике имеют место такие осложнения, как – несостоятельность и рестеноз зоны анастомоза, чаще всего встречающиеся на этапе освоения данного метода.

Цель: оценка результатов лапароскопической пиелопластики у пациентов с врожденной стриктурой лоханочно-мочеточникового сегмента без прстентирования и с прстентированием.

Материалы и методы: С 2018 по 2022г в Центре урологии МЦ «Медассист», г. Курск выполнено 74 лапароскопических пиелопластики пациентам с первичными стриктурами лоханочно-мочеточникового сегмента. Пациенты были разделены на две группы: I – 57 пациентов, не имеющие в анамнезе операций и любых вариантов дренирования на верхних мочевых путях. II – 17 пациентов, с установленным мочеточниковым стент-катетером по поводу гидронефроза, средние сроки прстентирования - 12,92±1,82. Характеристика

пациентов I группы: средний возраст - $45,6 \pm 15,8$ л; распределение по полу мужчины – 38,59%, женщины – 61,4%. II группа: средний возраст - $46,38 \pm 11,09$; распределение по полу мужчины – 64,28%, женщины – 35,72%.

Диагноз был подтвержден данными ультрасонографии, МСКТ с внутривенным контрастированием. Показания к операции устанавливали при наличии вторичных камней почки, болевого синдрома, рецидивирующей инфекции верхних мочевых путей, снижении раздельной функции почки на стороне поражения менее 40% (но не менее 15%) по данным динамической нефросцинтиграфии. Добавочные сосуды, как причина стриктуры были диагностированы в I группе - 28,07% случаев, а в 31,58 % стриктура сочеталась с ипсилатеральным нефролитиазом; во второй группе – 23,07% и 53,84% соответственно.

Всем пациентам выполнена расчленяющая пластика лоханочно-мочеточникового сегмента по Хайнс-Андерсону, с наложением непрерывного анастомоза нитью «Stratofix spiral Monocryl 4/0». Мочеточниковый стент-катетер – «UroTech White Star» 6 Fr, устанавливали антеградно, средние сроки дренирования в I группе составили – $30 \pm 3,71$ дней, во II группе – $26,92 \pm 1,82$ дней. При наличии добавочного сосуда анастомоз позиционировали антевазально, а при наличии камней в полостной системе почки оперативное пособие сочетали с пиелолитотомией.

Среднее время операции в I группе составило – $116,7 \pm 27,29$ мин, во II группе - $153,85 \pm 42,43$. В 28 (49,12%) случаях в первой группе с целью сопоставления анастомозируемых краев и снижения натяжения требовалась дополнительная мобилизация и каудальное смещение почки, в группе престентирования сопоставление осуществлялось без натяжения и описанный выше прием не потребовался ни в одном случае, за счет увеличения эластичности стенки мочеточника. Пациентов активизировали в максимально ранние сроки, длительность дренирования забрюшинного пространства в I группе составляла – $30,86 \pm 11,02$ ч, во II группе - $22,15 \pm 3,12$ ч.

Потребность в анальгетиках оценивали расчетом средней дозы «Кеторолака» в первые сутки: I группа - $56,25 \pm 18,75$ мг/сут, II группа - $48,46 \pm 17,04$. Оценка выраженности воспалительной реакции в первые послеоперационные сутки осуществлялась мониторингом температуры тела: I группа - $37,12 \pm 0,31$, II группа - $36,91 \pm 0,25$ и средними показателями лейкоцитоза: I группа - $9,47 \pm 2,12$, II группа - $7,42 \pm 1,11$. Срок госпитализации I/II группа составил $4,23 \pm 0,38/4$ дня.

Для оценки осложнений использовали классификацию Clavien-Dindo, в I группе было зафиксировано 6 случаев (10,5%) осложнений 1 категории, 9 случаев (15,78%) осложнений 3а категории, из них в 5 выполнена перкутанная нефростомия как метод дополнительного дренирования, в 4 повторное стентирование после удаления мочеточникового стент-катетера сроком на четыре недели. Во II группе зафиксировано одно осложнение (5,88%) 1 категории и один случай осложнений (5,88%) 3а категории, где с целью дополнительного дренирования потребовалась перкутанная нефростомия.

Эффективность оперативного лечения оценивали путем МСКТ с внутривенным контрастированием и динамической нефросцинтиграфии через 3 месяца. При этом во всех случаях было отмечено восстановление проходимости на уровне лоханочно-мочеточникового сегмента.

Закключение. Лапароскопическая пиелопластика является эффективным методом лечения стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента, но не лишена осложнений связанных с дефицитом тканей и как следствие избыточным натяжением зоны анастомоза. Анализ собственных данных демонстрирует снижение числа осложнений у пациентов с престентированием, что можно рассматривать как вариант профилактики отмеченных осложнений.

ГИГАНТСКИЕ КАМНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СОЧЕТАНИИ СО СТРИКТУРОЙ УРЕТРЫ

Катибов М.И.¹, Алибеков М.М.^{1,2}, Магомедов З.М.^{1,2}

¹Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Городская клиническая больница», г. Махачкала, Российская Федерация

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Махачкала, Российская Федерация

Введение. Гигантскими называют камней, которые тотально или субтотально замещают весь объем предстательной железы. Такие камни встречаются крайне редко. К настоящему времени в мировой литературе насчитывается всего 20 работ, в которых описано 24 подобных случая. Для лечения таких камней применяются как открытые, так и эндоскопические методы. Из-за малого числа таких наблюдений и многообразия лечебной тактики, использованной в различных работах, данная тема представляется актуальной.

Материалы и методы. Исследование представляет собой описание клинического случая образования гигантских камней в предстательной железе у 68-летнего мужчины, который около 18 лет страдает стриктурой уретры, возникшей после трансуретральной резекции предстательной железы.

Результаты. При пальцевом ректальном исследовании предстательная железа незначительно увеличена, плотной консистенции и бугристых контуров. Ретроградная уретрография: стриктура бульбозной уретры и множественные петрификаты в проекции предстательной железы. Компьютерная томография: множество камней в предстательной железе 9–23 мм и плотностью 995–1530 НУ, которые в виде единого конгломерата занимали практически полностью объем предстательной железы (размеры конгломерата – 3,6×3,3×2,6 см). Уретроскопия: выраженная стриктура бульбозной уретры, препятствующая проведению инструмента проксимальнее данного участка. В ходе оперативного лечения вначале выполнена промежностная уретростомия для проведения резектоскопа в заднюю уретру, так как проведение данного инструмента через зону стриктуры уретры было невозможным. Затем произведена трансуретральная резекция средней доли предстательной железы, в результате которой обнажились камни внутри предстательной железы. Последние были перемещены в мочевой пузырь, внутри которого они подверглись комбинированной (пневматическая + лазерная) трипси. Фрагменты конкрементов удалены с помощью эвакуатора Элика. Общее время оперативного вмешательства составило 175 минут. Каких-либо интра- и ранних послеоперационных осложнений не отмечено. Уретральный катетер удален на 7-й день после операции, а после подтверждения полной элиминации всех фрагментов камней из предстательной железы и мочевого пузыря по данным УЗИ пациент в удовлетворительном состоянии выписан из стационара. При контрольном обследовании через 6 месяцев после операции не выявлено стеноза промежностной уретростомы, камней предстательной железы и значимого объема остаточной мочи.

Заключение. Персистенция мочевой инфекции на фоне длительно существующей стриктуры уретры может привести к образованию крупных камней в предстательной железе. Промежностная уретростомия в таких ситуациях позволяет одновременно решить обе проблемы – удалить камни и обеспечить нормальный отток мочи из мочевого пузыря.

Аномалии органов мочеполовой системы

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ГИПОСПАДИИ У МУЖЧИН ПРИ ОТСУТСТВИИ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ

Рахимова А.Н., Наджимитдинов Я.С.

Клиника «VitaMed», Ташкент, Узбекистан

Введение. Актуальной является метод выбора уретропластики, особенно в тех ситуациях когда отсутствует крайняя плоть. В Узбекистане практикуется ритуальное обрезание крайней плоти, что нередко выполняют у пациентов с гипоспадией. Подобная ситуация создает проблемы для уролога при выборе метода коррекции гипоспадии. Целью исследования явилось изучение ближайших и отдаленных результатов уретропластики у пациентов взрослого возраста.

Материалы и методы. За период с января 2016 по декабрь 2022 года уретропластика выполнена у 68 мужчин с гипоспадией. Средний возраст пациентов составил $23,4 \pm 2,6$ лет (от 18 до 26 лет). Всем больным ранее выполнено удаление крайней плоти (циркумцизия). Различные вмешательства на половом члене до обращения к нам выполнены у 48 (70%) мужчин. Как правило, ранее в детском возрасте, была попытка безуспешной уретропластики у 39 пациентов, выпрямление полового члена (иссечение хорды) в 7 случаях. Кожный уретральный свищ в области сформированной уретры был у 23 (34%) мужчин: в 12 случаях, отверстие располагалось в проекции пенископального угла, у 8 пациентов – в области ствола полового члена и у трех больных располагалось в области венечной борозды. Деформация полового члена из-за недостаточно полностью удаленной хорды было у трех больных. Причиной обращения пациентов к урологу было неудовлетворенность эстетическим видом полового члена, наличие свищей (23) и отсутствие детей после заключения брака (12 мужчин).

Результаты. Всем больным формирование неоуретры выполнена в несколько этапов. Первым этапом выполнено иссечение хорды у 7 больных с искривлением полового члена. Пластика уретры по Дюплею выполнена у 32 (47%) пациентов, причем в 28 случаях меатус сформирован на уровне венечной борозды, тогда как у 4 мужчин используя гландулопластику удалось сформировать наружное отверстие уретры на верхушке полового члена. После оперативного вмешательства в 12 (37%) случаях из-за гнойного уретрита и несостоятельности швов сформировались мочевые свищи. Самостоятельно ликвидировался свищ в двух случаях, у остальных больных спустя три месяца выполнено оперативное вмешательство. Из-за дефицита кожи на половом члене в 36 (53%) случаях для создания уретры использована методика предложенная Цецилем: первым этапом создается уретра и дефект кожи на половом члене закрывается кожным лоскутом созданным из мошонки; вторым этапом (спустя три месяца) выполняли разобщение пенископального анастомоза. После операции по Цецилию нагноение раны (из-за возникновения гнойного уретрита) было у 10 (27%) пациентов, что послужило причиной формирования уретральных мочевых свищей в 8 случаях. Через три месяца уретральные свищи было успешно ликвидированы оперативным способом. Следует отметить, что у всех больных этой группы наружное отверстие мочеиспускательного канала располагалась на уровне венечной борозды, так как особенности методики операции по Цецилию другого варианта не предусматривает.

Заключение. Из-за дефицита кожи на половом члене у взрослых пациентов (отсутствия крайней плоти в том числе) уретропластику следует выполнять многоэтапным способом. Нет

необходимости формировать наружное отверстие уретры на головке полового члена, однако расположение меатуса на физиологическом уровне позволяет получить лучший эстетический результат. Из-за опасности развития уретрита у мужчин целесообразно перед выполнением уретропластики выполнять деривацию мочи- установить цистостому.

ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНИК ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИЯ КОРОТКОЙ УЗДЕЧКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Рыжков А.И.^{1,2}, Соколова С.Ю.², Шорманов И.С.¹

¹Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

²Клиника «Мать и Дитя Ярославль», Ярославль

Введение. Короткая уздечка полового члена (frenulum breve) – состояние, связанное с уменьшением длины уздечки полового члена и/или снижением ее эластичности. Для хирургического лечения короткой уздечки полового члена предложен ряд различных методик от простого рассечения (френулотомия) до сложных методик френулопластики и графтинга уздечки.

Цель исследования. Оценить результаты применения различных хирургических техник в лечении короткой уздечки полового члена посредством изучения текущей доказательной базы мировой литературы.

Алгоритм литературного поиска. Проведён поиск публикаций в международной базе данных PubMed, в научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU и в поисковой системе Google Scholar.

Результаты. В общей сложности было выбрано 12 публикаций. Отобранные публикации были представлены ретроспективными когортными исследованиями и описанием серии случаев. В 3-х исследованиях оценены результаты френулотомии (френулаэктомии), в 8 - различных методик френулопластики и в одном - циркумцизио в лечении короткой уздечки полового члена.

Заключение. Результаты обзора литературы показали, что все техники хирургической коррекции короткой уздечки полового члена демонстрируют отличные ранние функциональные и эстетические результаты, при минимальном количестве послеоперационных осложнений.

Наилучшие результаты лечения короткой уздечки полового члена могут быть достигнуты при выборе оптимальной хирургической техники в каждом конкретном случае.

Френулотомия и поперечно-продольная френулопластика, как более простые и легко воспроизводимые техники, могут считаться предпочтительными методиками коррекции короткой уздечки полового члена при наличии диспареунии или разрывов уздечки полового члена.

Z-образная пластика может быть более эффективной у пациентов с преждевременной эякуляцией.

При сочетании короткой уздечки полового члена и фимоза или выраженном рубцовом процессе в зоне уздечки целесообразно выполнить обрезание, но, как альтернатива, может быть применен графтинг уздечки.

СЕКСУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ, ПОДВЕРГНУТЫХ ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПО ПОВОДУ ГИПОСПАДИИ

Рахимджанов М., Наджимитдинов Я.С.,

Клиника «VitaMed», Ташкент, Узбекистан.

Введение. Нередко после оперативных вмешательств на уретре по поводу аномалии, возникают сексуальные нарушения. Однако, после многоэтапной пластики уретры, по поводу гипоспадии выполненной в детском возрасте, нарушение эрекции выявляют чаще всего. До сих пор не единого мнения после, каких вмешательств, чаще всего больные страдают нарушением сексуального характера.

Материалы и методы. Были обследованы пациенты в возрасте 18 лет и старше, которым в детском или взрослом возрасте выполнены оперативные вмешательства между январем 2021 и декабрем 2023 года по поводу стволовой формы гипоспадии, с искривлением полового члена. Средний возраст больных составил $21,5 \pm 2,7$ лет. Всем пациентам иссекали хорду и выполняли пластику уретры трубчатым островковым лоскутом из крайней по методике Hodson III-Asopa-Duckett. Сексуальную функцию и удовлетворенность половой жизнью оценивали, используя опросник «International Index of Erectile Function» (IIEF-15) содержащий 15 пунктов.

Результаты. Из 36 взрослых пациентов, которым выполнены оперативные вмешательства, были обследованы 34 больных (94%). Из них 11 пациентов подвергнуты, каким либо повторным вмешательствам из-за различных осложнений. Средний период прошедший после последнего оперативного вмешательства составил $6,7 \pm 1,3$ лет (от 2,4 до 10,5 лет). Средний балл по шкале IEF-15 был $64,6 \pm 11,9$ у 34 сексуально активных пациентов (при максимальном количестве баллов равных 75). При этом эрекция была хорошей у всех пациентов (средняя сумма баллов составила $26,8 \pm 6,1$), однако в 7 (20,5%) случаях сохранилось незначительное искривление полового члена, которое не мешало выполнять половое сношение. Следует отметить, что все мужчины ощущали оргазм, тогда как у одного пациента не было эякуляции и у двух – они были редкими (средняя сумма баллов составила $8,9 \pm 1,8$). Из всех обследованных мужчин удовлетворенность половой жизнью была умеренной в 18 (52,9%) случаях и очень хорошей у 16 (47,1%) пациентов (средняя сумма баллов составила $8,3 \pm 1,9$). Также, при сравнении сексуальной функции пациентов, которые подверглись оперативному вмешательству в детском возрасте (до 15 лет) с мужчинами которым уретропластика выполнена в старшем возрасте не было выявлено значительной разницы в сумме баллов и удовлетворенности половой жизнью или обнаружены отклонения в других показателях половой функции. Хотя три пациента выражали смешанное чувство или неудовлетворенность внешним видом полового члена, однако они все были удовлетворены сексуальной жизнью. Более того, средняя сумма баллов по шкале IIEF была почти идентичной у пациентов, которые были удовлетворены внешним видом полового члена ($64,1 \pm 14,5$) и теми, кто не был удовлетворен или имел смешанное чувство ($65,6 \pm 2,1$; $p=0,79$).

Выводы. Сексуальная функция и удовлетворение от половых сношений у пациентов, оперированных по поводу гипоспадии в детском возрасте, сохраняется в должной мере. Следует указать, что после корректирующих операций выполненных по поводу гипоспадии в

детском возрасте, даже при наличии осложнений после хирургических вмешательств, как правило, в дальнейшем (когда эти пациенты будут взрослыми), о чем необходимо информировать родителей, половые функции будут вполне удовлетворительными.

ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ДОСТУПА К ОРГАНАМ МОШОНКИ ПРИ СКРОТОТОМИИ

Аллазов И.С.

*Самаркандский государственный медицинский университет Самарканд,
Узбекистан.*

Актуальность. Как известно, частыми заболеваниями наружных половых органов у мужчин являются пороки развития (разделение по средней линии мешочков, недоразвитие, а- и гипоплазия яичек, эктопия яичек, крипторхизм) (Коган М.И., 2021), перекрут яичка (Калинина С.Н., и соавт., 2019), повреждения (Назаров Т.Х. и соавт., 2020), воспалительные заболевания (Вороник Г.М., 2008; Башембиев Х.М. и соавт., 2010; Прохоров А.В., 2015, 2016) (эпидидимит, орхит, туберкулёз придатка и яичка, бруцеллёзный орхит), водянка оболочек яичка, гематоцеле, фуникулцеле, сперматоцеле, варикоцеле (Капто А.А., 2016; Broz M.P. et al., 2013; Iacona F. et al., 2014; Rogue M. et al., 2018), опухоли яичка и его придатка. Особо стоит проблема в отношении над обеих. казалось бы здоровых, яичках (двусторонняя пульпэктомия при раке простаты) (Кешишев Н.Г., и соавт 2010).

При операциях по поводу вышеуказанных состояний, если они односторонние разрезы кожи мошонки обычно производят на соответствующей стороне заболевания или повреждения. В то же время трудности и сложности возникают в случаях двустороннего процесса, трогующего оперативного вмешательства в обеих половинах мошонки. Проблема тично также двусторонн оперативные вмешательства на обеих яичках (орх-, пульпэктомия) при раке простаты. До сих пор многие производят разрезы на обеих боковых поверхностях мошонки, что так или иначе является травматичным.

В этом вопросе надо бы иметь в виду наличие срединного шва мошонки (линия Веслинга), что является фактически продолжением белой линии живота на мошонку (Лешенко И.Г.и соавт., 2011; Аллазов С.А. и соавт., 2015, 2019).

Целесообразным считается разрез по этой линии с целью доступа обеим половинам мошонки и её органам, т.н. симультанной операции при различных забовалеваниях (Аллазов С.А. и соавт., 2018). Достаточно часто в клинической практике встречаются случаи сочетания патологий органов обеих половин мошонки, в связи с чем возникают показания для выполнения симультанных операций. Симультанные операции выполняются на разных органах через один доступ. В отличие от мультиорганных операциях вмешательства на разных органах осуществляются одномоментно через разные доступы. Для осуществления симультанных операций на органах обеих половин мошонки наиболее удобным считается разрез по средней линии мошонки (*raphe scroti*), которая называется по имени ученого, впервые описавшего её – линией Веслинга

Изучение возможностей оперативного лечения заболеваний органов одной или обеих половин мошонки, посредством чрезмошоночного доступа по линии Веслинга является актуальной задачей в практической урологии и андрологии.

Материал и методы. С 2016 по 2022 гг. наблюдали 142 больных. Из них было прооперировано 88 больных с односторонней, 54 больных с сочетанной патологией обеих половин мошонки и 18 больных с раком предстательной железы T4N0M0. Оперативное лечение осуществлялось посредством единого чрезмошоночного доступа по линии Веслинга. Линию Веслинга мы условно делили на 4 части (отрезка): передняя, на дне мошонки, задняя и промежностная. В отличие от всех других авторов, разрез по линии Веслинга мы решили сделать по задней части, что вовсе не отражается на доступности органов мошонки, но в то же время усиливает косметичность послеоперационного рубца, т.е. абсолютно теряется его видимость, особенно при вертикальном положении тела.

Результаты. По данным объективного осмотра и ультразвукового исследования из 88 больных с односторонней патологией у 42 пациентов обнаружили кисты семенного канатика, у - 21 кисты яичка, эпидидимит – у 15, орхит – у 4, орхоэпидидимит – у 6. Из 54 пациентов у 16 отмечались кисты придатков обоих яичек, у 12 пациентов – киста семенного канатика и киста придатка противоположного яичка, 8 больных было прооперировано по поводу гидроцеле с одной стороны и кисты придатка яичка с другой стороны. У 18 пациентов с раком предстательной железы T4N0M0 указанным доступом была произведена двусторонняя пульпэктомия с последующим лечением антиандрогенами.

Выводы.

1. Односторонняя скрототомия или двустороннее симультанное оперативное вмешательство посредством единого доступа по линии Веслинга позволяет производить одновременно несколько операций на обеих половинах мошонки и является наиболее оптимальным доступом при сочетанной патологии органов мошонки (двустороннее варикоцеле, киста придатка яичка, водянка, липома мошонки, семенного канатика и др.).
2. Особенно удобен этот доступ для выполнения двусторонней орхиэктомии или пульпэктомии на поздних стадиях рака предстательной железы или же при опухолях яичек. Кроме того, при ушивании кожи мошонки такой доступ оставляет практически незаметный послеоперационный рубец, напоминающий линию Веслинга.

**Новое в диагностике
уроандрологических
заболеваний**

РОЛЬ МОНИТОРИНГА НОЧНЫХ ПЕНИЛЬНЫХ ТУМЕСЦЕНЦИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Камалов А.А.^{1,2}, Чалый М.Е.¹, Охоботов Д.А.^{1,2}, Сорокин Н.И.^{1,2}, Стригунов А.А.^{1,2},
Нестерова О.Ю.^{1,2}, Тивтикян А.С.¹

¹Медицинский научно-образовательный центр ФГБОУ ВПО «Московский
государственный университет имени М.В. Ломоносова»

²Факультет фундаментальной медицины ФГБОУ ВПО «Московский государственный
университет имени М.В. Ломоносова»

Цель: Оценить согласованности результатов, полученных при диагностике ЭД с помощью опросника МИЭФ-15 и мониторинга НПТ.

Материалы и методы: В исследование было включено 100 пациентов, обследованных по поводу нарушения эректильной функции. Эректильную функцию оценивали двумя методами: с помощью мониторинга НПТ с использованием прибора «Андроскан МИТ» и опросника МИЭФ-15. «Андроскан МИТ» представляет собой легко надеваемое миниатюрное, автономное, беспроводное регистрационное устройство с процессором, памятью, автономным питанием. Регистрация диаметра полового члена после активации датчика происходит каждые 10 секунд в течение 12 часов. Оценка степени ЭД по результатам мониторинга НПТ проводилась с учётом разработанных ранее критериев.

Результаты: Медиана возраста пациентов составила 58 лет (межквартильный интервал 52-62 лет). При построении ROC-кривых было установлено, что наибольшая точность субъективной оценки степени ЭД характерна для ЭД 1 степени (при точке отсечения 17,5 баллов по МИЭФ-15), в то время как наименьшая наблюдается в случае ЭД 3 степени (при точке отсечения 8 баллов). Чувствительность и специфичность результатов опросника МИЭФ-15 для 1 степени ЭД по данным мониторинга НПТ составили 80,6% и 43,79% соответственно. Чувствительность и специфичность результатов опросника МИЭФ-15 для 2-ой степени ЭД по данным андросканирования составили 96,2% и 4,1% (при точке отсечения 10,5 баллов), для 3-ей степени 100% и 0% соответственно. В ходе оценки согласованности результатов объективной и субъективной оценки ЭД значение каппы Коэна составило 0,147 ($p=0,008$), что указывало на крайне слабую, хоть и значимую корреляционную взаимосвязь между степенями ЭД по МИЭФ-15 и по результатам мониторинга НПТ.

Выводы: Несмотря на широкое распространение опросника МИЭФ-15 в качестве диагностического метода оценки степени ЭД, согласованность результатов с объективными данными, полученными путём мониторинга НПТ остаётся низкой. При этом наибольшая диагностическая точность характерна в случае наличия у пациентов ЭД 1 степени, в то время как с утяжелением ЭД результаты опросника далеко не всегда соответствуют объективной картине.

АНАЛИЗ ИНДЕКСА ДНК ФРАГМЕНТАЦИИ СПЕРМАТОЗОИДОВ И УСПЕШНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ

Сизякин Д.В., Фомкин Р.Г., Костюков С.И., Пипченко О.И.,
Лагутин А.А.

г. Ростов-на-Дону

Введение: Варикоцеле является одной из наиболее частых причин приводящей к мужскому бесплодию от 19% до 41% случаев. При первичном бесплодии варикоцеле встречается у 41% мужчин, при вторичном бесплодии достигает 80% случаев. У бесплодных мужчин при варикоцеле выявляются высокие уровни активных форм кислорода. Окислительный стресс вызывает повреждение ДНК сперматозоидов и ассоциируется с низкой частотой наступления беременности и невынашиванием. Варикоцелэктомия при мужском бесплодии снижает степень повреждения ДНК сперматозоидов и улучшает прогноз наступления и сохранения беременности.

Цель: Оценить динамику индекса фрагментации ДНК сперматозоидов (DFI) и прогноз наступления и сохранения беременности после варикоцелэктомии при мужском бесплодии.

Материалы и методы: В исследование включено 52 пациента с клиническим односторонним и двусторонним варикоцеле 2 и 3 степени. Средний возраст пациентов $34 \pm 5,2$ года. Средняя продолжительность периода неспособности к зачатию $2,7 \pm 0,5$ года. Всем пациентам проведено медицинское и репродуктивное обследование для исключения других причин мужского бесплодия, выполнена микрохирургическая варикоцелэктомия по Мармару. Фактор женского бесплодия исключён путём подробного гинекологического обследования. Пациенты разделены на 2 группы: с односторонним и двухсторонним варикоцеле (табл.1). Проведена оценка индекса фрагментации и частоты наступления успешной беременности. Длительность наблюдения составила 3 года. Исследование индекса фрагментации ДНК сперматозоидов (DFI) проводили с использованием метода «TUNEL» исходно и через 12 месяцев. Контрольную группу составили 10 здоровых доноров с доказанной фертильностью.

Результаты: Индекс фрагментации ДНК сперматозоидов (DFI) у пациентов до операции был выше и достоверно отличался с 10 контрольными субъектами ($27,5\% \pm 5,5\%$ и $7,5\% \pm 1,7\%$, соответственно, $p < 0,01$). Достоверно более высокие исходные средние значения индекса фрагментации ДНК сперматозоидов (DFI) отмечены в группе пациентов с двухсторонним варикоцеле ($p < 0,01$). После хирургии через 12 месяцев показатель DFI достоверно уменьшился внутри каждой группы ($p < 0,01$). Анализ средних значений DFI после хирургии через 12 месяцев между группами достоверно не различались ($p > 0,05$). Несколько лучшие показатели индекса DFI после хирургии получены в группе пациентов с двухсторонним варикоцеле. Установлено, что более высокий уровень дооперационного показателя DFI, ассоциировался с более значительным послеоперационным снижением уровня DFI в группе пациентов с двухсторонним варикоцеле. (табл.1)

Таблица 1. Индекс фрагментации ДНК сперматозоидов и беременность в группах за период наблюдения

Группы (52) 100%	Исходные значения, % DFI	Через 12 месяцев, % DFI	Успешная беременность (спонтанная + ВРТ)	Не удалось зачать и/или сохранить беременность	В течение первого года		В течение следующих двух лет	
					Спонтанная беременность	Спонтанная беременность	ВРТ	
			33(63%)	19(37%)	16(31%)	7(13%)	10(19%)	
Одностороннее варикоцеле (32) 100%	19,7±5,3	14,1±4,9	21(65%)	11(35%)	14(43%)	5(16%)	2(6%)	
Двухстороннее варикоцеле (20) 100%	27,5±5,3	16,8±4,9	12(60%)	8 (40%)	2(10%)	2(10%)	8(40%)	
P-ЗНАЧЕНИЕ	<0,01		>0,05		<0,01	<0,05	<0,01	

Данные успешной беременности, включая использование ВРТ, после микрохирургической варикоцелэктомии за 3 года наблюдения получены от 33 пар(63%) из 52 пар. Спонтанная и/или сохранённая беременность (СБ) не достигнута у 19(37%) из 52 пар.

Наступление успешной СБ за 3 года наблюдения отмечено у 23(44%) из 52(100%) пар после хирургии: у 19(59%) из 32(100%) пар – в 1-й группе, и у 4(20%) из 20(100%) пар – во второй группе. Лучшие результаты в достижении успешной СБ получены в группе с односторонним варикоцеле за 1 год наблюдения ($p < 0,01$). За последующие 2 года наблюдения достижения успешной беременности, после коррекции варикоцеле требовало использование ВРТ у 2(6%) из 32(100%) пар – в 1 группе, и у 8(40%) из 20(100%) пар– во второй группе. Таким образом, лучшие результаты в достижении и сохранении СБ за последующие 2 года наблюдения получены у пациентов с односторонним варикоцеле ($p < 0,05$). Достоверно лучшие результаты в достижении успешной беременности за последующие 2 года отмечено у пациентов с двухсторонним варикоцеле с использованием ВРТ ($p < 0,01$). При исходных значениях индекса DFI менее 20% получены лучшие результаты успешной СБ у пациентов с односторонним варикоцеле ($p < 0,01$). (табл.1)

Выводы: 1.Варикоцелэктомия приводит к достоверному уменьшению индекса фрагментации ДНК сперматозоидов у пациентов с двухсторонним варикоцеле; 2.Исходно меньшие значения DFI менее 20% привели к лучшим результатам достижения успешной СБ в течение первого года у пациентов с односторонним варикоцеле 43% против 10%. 3.Большинство пациентов второй группы 40% против 6%, для достижения успешной беременности требовали использования ВРТ. Отсутствие у большинства пациентов с двухсторонним варикоцеле СБ в течение первого года, может служить показанием к более успешному использованию ВРТ в достижение успешной беременности на ранних сроках после варикоцелэктомии.

РОЛЬ ТАРГЕТНОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абоян И.А., Бадьян К.И., Ромоданов Д.А., Павлов С.В.

ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону»

Введение: наиболее актуальным «трендом» в диагностике рака предстательной железы (РПЖ) является поиск оптимальной методики биопсии с максимальной диагностической точностью и минимальной инвазией с целью снижения риска нежелательных осложнений

Материалы и методы: Проведен анализ 122 пациентов с уровнем общего ПСА выше референтных значений (2,5 нг/мл). Показанием к прицельной биопсии являлся выявленный патологический очаг по данным мультипараметрического МРТ при значении PIRADS более 3. Биопсия выполнялась осуществлялась с предварительной локальной анестезией в положении на животе при выполнении пункции под МРТ-навигацией, либо в положении на правом боку при аппаратной фьюжн-биопсии.

Результаты: Средний возраст пациентов составил 65 лет (Q1-Q3: 58-73), медиана общего ПСА крови - 6,8 нг/мл (Q1-Q3: 2,5-10,2), медиана индекса здоровья простаты (PHI) - 42 (Q1-Q3: 36-65). Медиана объема предстательной железы определялась на уровне 44 см³ (Q1-Q3: 21-68), показатель плотности ПСА составил 0,16 (Q1-Q3: 0,04 – 0,46). Среднее время выполнения биопсии - 23 минуты (Q1-Q3: 17-55). Медиана объема патологического очага по данным МРТ составила 0,48 см³ (Q1-Q3: 0,3-1,2), медиана показателя PIRADS – 4 (Q1-Q3: 3-5), соответственно. Всем пациентам в среднем производился забор трех прицельных биоптатов из очага. РПЖ был подтвержден в 44% (n=54) случаях, из них только путем выполнения таргетной биопсии РПЖ был выявлен у 42 пациентов (34,4%). Осложнений по Клавьен ≥ 3 выявлено не было. Наиболее важными предикторами выявления РПЖ при сравнении групп пациентов с подтвержденным заболеванием и без РПЖ стали: индекс здоровья простаты более 54 (p=0,02), объем патологического очага более 0,8 см³ (p=0,04), плотность ПСА более 0,25 (p=0,01).

Выводы. Прицельная биопсия предстательной железы является методом выбора в диагностике рака простаты при наличии патологического очага. Комбинация лабораторных и инструментальных данных может помочь врачу выбрать наиболее подходящий вариант биопсии.

НОВЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Яковец Е.А., Куликов В.Г., Ушакова В.Р.,

ФГАОУ ВПО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет» (Новосибирский государственный университет, НГУ) г.Новосибирск, Россия

Введение: В настоящее время имеется тенденция к росту заболеваемости злокачественными новообразованиями предстательной железы, что требует поиска новых методов

диагностики, позволяющих выявлять наличие заболеваний на самых ранних стадиях. Доказано, что простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН) представляет собой промежуточную стадию между доброкачественным эпителием и инвазивной злокачественной карциномой, однако, стандартное УЗИ не дает достоверных данных о природе гипоехогенных участков предстательной железы, из-за чего появляются трудности в дифференцировке между опухолевым процессом, изменениями при доброкачественной гиперплазии предстательной железы и ПИН. В связи с этим, возникла необходимость поиска новых более совершенных методов ультразвуковой визуализации для ранней диагностики и практического использования, таких как соноэластография. Методика, основана на компьютерном измерении эластичности ткани под действием механической компрессии и декомпрессии. С помощью компьютерной обработки ультразвукового сигнала можно картировать минимальные различия в жесткости ткани исследуемого органа, что может применяться для дифференциальной диагностики подозрительных на злокачественный процесс и ПИН участков при прицельной биопсии этих участков. Было выделено 5 основных типов эластографического картирования ткани предстательной железы, достоверно отображающих процессы, происходящие в этом участке предстательной железы, что способствует ранней и дифференциальной диагностике простатической интраэпителиальной неоплазии и рака предстательной железы. Нами изучены возможности диагностики и терапии больных при развитии доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) с ПИН предстательной железы с включением комбинированного препарата Афалаза. Афалаза – комбинированный препарат, в котором 2 компонента действуют синергично: за счет эндотелиопротективного действия технологически обработанных антител в высоких разведениях (ТО АТ) к eNOS усиливается действие технологически обработанных антител в высоких разведениях к ПСА. Совместное применение компонентов в составе комплексного препарата «Афалаза» сопровождается синергетическим эффектом: антитела к эндотелиальной NO-синтазе за счет эндотелиопротективного действия и улучшения васкуляризации усиливают антипролиферативную и противовоспалительную активность антител к ПСА. Синергетический эффект обусловлен, неспецифическими механизмами усиления внутриклеточной трансдукции сигнала разведениями антител к эндотелиальной NO-синтазе.

Материал и методы. Пролечено 56 больных средний возраст 52,7 лет, у которых выявлялась ДГПЖ с ПИН, размер предстательной железы был также увеличен. Назначался комплексный препарат «Афалаза» по 2 таблетки 2 раза в день в течение полугода. Всем больным проводились пальцевое ректальное исследование, анализ крови на ПСА, гистологическая верификация (биопсия предстательной железы), трансректальное УЗИ предстательной железы с доплерографией и с использованием соноэластометрии. Клиническая симптоматика оценивалась по шкале I-PSS и QL. Полный курс обследования проводился через 4, 6 и 12 месяцев после начала лечения.

Результаты и обсуждение. До лечения IPSS 19,3. Минимальная скорость потока мочи 3,5 мл/с. Средний уровень ПСА 8,8. Изменение качества жизни отметили все пациенты. Динамика таких показателей IPSS, минимальной скорости потока мочи и снижение уровня ПСА, а также снижение индекса жесткости по данным соноэластометрии при ТрУЗИ также была положительной к концу приема препарата. Все положительные изменения были стабильны и сохранились на протяжении еще 12 месяцев.

ВИДЕОУРЕТРОЦИСТОСКОПИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН

Абдурахманов Р.А., Абдурахманов А.К.

*Урологический центр Уромед г. Набережные Челны
ГАУЗ «Городская поликлиника №4» г. Набережные Челны*

Актуальность. В настоящее время в урологии всё шире используются новые высокотехнологичные методы лучевой диагностики: эхография, компьютерная и магнитно-резонансная томография. Эти исследования оператор- и аппарат-зависимые и ошибки при диагностике встречаются достаточно часто. Учитывая вышеизложенное, диагностику и лечение большинства урологических заболеваний нижних мочевых путей в амбулаторной практике, невозможно представить без проведения видеоуретроцистоскопии. В практической работе уролога для верификации диагноза на протяжении многих лет остается традиционный метод - уретроцистоскопия, который является наиболее распространённым и экономичным, обладая высокой информативностью при использовании видеоэндоскопической стойки.

Цель. Оценить диагностическую эффективность видеоуретроцистоскопии у пациентов с хроническими заболеваниями мочеполовых органов.

Материалы и методы. В клинике «УРОМЕД» и ГАУЗ «Городская поликлиника №4» в 2022 году выполнена видеоуретроцистоскопия ригидным и гибким уретроцистоскопами 46 мужчинам. Возрастной состав 19-75 лет. Исследование проведено эндоскопами Karl Storz и Olympus с оптикой 300 и 700. Показанием к назначению видеоуретроцистоскопии являлось: нарушение мочеиспускания, выявленное при урофлоуметрии и эхографии, макрогематурия, подозрение на опухоль мочевого пузыря при ультразвуковом исследовании, уретроррагия, гемоспермия, а также при расхождении в описании методов лучевой диагностики.

Результаты. Видеоуретроцистоскопия позволила с высокой степенью точности определить изменения слизистой мочевого пузыря и верифицировать данные полученные при использовании ультразвуковой диагностики и урофлоуметрии. Патологические изменения выявлены у всех пациентов: опухоль мочевого пузыря-б, аденома простаты с сочетанием опухоли мочевого пузыря-3, склероз шейки мочевого пузыря-б, дивертикул мочевого пузыря с аденомой простаты-4, аденома простаты и камень мочевого пузыря 5, стриктура бульбозной уретры после ТУР аденомы простаты-8, склероз шейки мочевого пузыря после ТУЭ аденомы простаты-4, стриктура уретры после чреспузырной аденомэктомии-3, стриктура бульбозного отдела уретры-2, коликуллит -2, стриктура после простатэктомии (лапаро-, роботассистированной, открытой) -3.

Выводы. По нашему мнению, использование видеоуретроцистоскопии у мужчин является исчерпывающим методом диагностики хронических заболеваний мочеполовых органов.

РОЛЬ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ ЭЯКУЛЯТА В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕРТИЛЬНОСТИ АССОЦИИРОВАН- НОГО С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Ибишев Х.С., Синельник Е.А., Магомедов Г.А.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава
России, г. Ростов-на-Дону, Россия.

Введение. Инфертильность остается мультифакторной проблемой, с различными этиологическими факторами, затрагивающие интересы многих специальностей. Определенная и значимая роль в развитии МБ отводится инфекционным агентам. В последние годы активно обсуждается вопрос о причастности вирусов, в частности вирусов папилломы человека (ВПЧ), к развитию данного состояния.

Цель исследования. Изучить роль электронной микроскопии эякулята в диагностике инфертильности, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией.

Ключевые слова: инфертильность, папилломавирусная инфекция, электронная микроскопия.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов электронно-микроскопического исследования эякулята у 51 пациента в возрасте от 22 до 40 лет (средний возраст $32,3 \pm 6,4$) с диагнозом бесплодие и патоспермией, сочетающейся с ПВИ, но с отсутствием других факторов риска.

Результаты: У всех обследуемых в эякуляте верифицированы различные типы ВПЧ. Причем из 20 идентифицированных вирусов 17 (85,0%) относились к вирусам высокого онкогенного риска. В структуре ВПЧ доминировали вирусы 18 (33,3%) и 16 (31,3%) типов. Реже обнаруживали вирусы 31 и 33 типов (27,4%, 21,5% соответственно). Удельный вес остальных вирусов был достоверно ниже.

Связь между ВПЧ и их негативным влиянием на морфологические характеристики сперматозоидов остается малоизученной, но, тем не менее, вирус может присутствовать в различных фракциях спермы. При этом патогенный потенциал вируса может быть направлен, как на различные составляющие сперматозоида, так и эякулята в целом. При анализе результатов электронной микроскопии отмечена фиксация вируса на сперматозоидах у 80,3% пациентов. При этом у большинства пациентов (76,4%) вирус локализовался на акросоме, а в спермоплазме (эпителиальные клетки и др.) был выявлен у 52,9% пациентов. Кроме того, при выполнении электронно-микроскопического исследования эякулята были выявлены различные патологические изменения сперматозоида с доминированием (76,4%) патологии акросомы.

В настоящее время установлено, что патология акросомы, в большинстве случаев, является основополагающим фактором снижения фертильного потенциала. В исследуемой когорте пациентов были выявлены различные варианты патологии акросомы: расширение субакросомального пространства (52,9%), уменьшенный размер акросомы (43,1%), патология постакросомной пластины (33,3%). Кроме того, у большинства (60,8%) обследованных пациентов была выявлена патология ядра: наличие неконденсированного (29,4%) и разрушенного хроматина (31,4%), а регистрация вакуолей выше нормативных значений отмечена

у 27,4% пациентов. Наиболее тяжелые изменения акросомы были выявлены при наличии в эякуляте 31 и 33 типов вируса.

Выводы. Основываясь на наших предыдущих данных и результатах настоящего исследования, можно сделать заключение, что ПВИ независимо от типа ВПЧ и локализации вирионов на сперматозоидах, значительно ухудшает прогрессивную подвижность и морфологию сперматозоидов. Метод электронной микроскопии позволяет не только выявить ВПЧ в эякуляте, но также уточнить его локализацию на сперматозоиде и определить те негативные изменения сперматозоида, которые вызваны вирусом.

ВИДЕОУРЕТРОЦИСТОСКОПИЯ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ СИМПТОМАХ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН

Абдурахманов Р.А., Абдурахманов А.К.

*Урологический центр “Уромед” ГАУЗ «Городская поликлиника №4»
г. Набережные Челны*

Актуальность. Симптомы нижних мочевых путей (СНМП) в структуре урологических заболеваний занимают одно из ведущих мест. В подавляющем большинстве случаев пациенткам с СНМП не проводится полноценное обследование, лечение назначается эмпирически, без значимого положительного ответа, купируя клинические проявления и приводя таким образом к хроническому течению заболевания. Обследование при СНМП начинается с детального сбора анамнеза и жалоб, сдачи анализов крови, общего и бактериального посева мочи, ультразвукового исследования мочевых путей и урофлоуметрии. Широко внедряемые высокотехнологичные методы визуализации: компьютерная и магнитно-резонансная томография не позволяют определить изменения слизистой нижних мочевых путей. В практической работе основой обследования урологических пациенток на протяжении многих лет остается традиционный метод - цистоскопия, который является наиболее распространённым, экономичным и в то же время, обладает достаточно высокой информативностью.

Цель исследования. Оценить диагностическую эффективность видеоретроцистоскопии у пациенток с симптомами нижних мочевых путей.

Материалы и методы. В клинике «УРОМЕД» и городской поликлинике №4 г. Набережные Челны за 2022г выполнено 65 цистоскопий. Возрастной состав от 18 до 77 лет. Показанием для проведения цистоскопии были выявленные при первичном обследовании подозрения на аномалии развития мочевых путей, обструктивную симптоматику, рецидивирующее течение заболевания и подозрение на опухоль мочевого пузыря. Исследование проведено цистоскопом №17СН с оптикой 300 и 700 Karl Storz Germany.

Результаты. Видеоцистоскопия позволила с высокой степенью точности определить изменения слизистой мочевого пузыря и верифицировать данные полученные при использовании ультразвуковой диагностики и урофлоуметрии. Патологические изменения выявлены у всех пациенток: опухоль мочевого пузыря - 8, камень мочевого пузыря-2, дивертикул мочевого пузыря-3, лейкоплакия мочевого пузыря-7, уретероцеле-4, хронический фибринозный

цистит-15, язва Гунера-5, стриктура уретры-2, пузырно- влагалищный свищ – 1, камень устья мочеточника – 2, липома - 1, кистозный цистит-7; псевдомембранозный тригонит-4; гемангиома стенки мочевого пузыря -2, инородные тела мочевого пузыря -2. Все пациенты были отправлены в профильные учреждения для дальнейшего лечения.

Выводы. По нашему мнению, использование видеоцистоскопии является золотым стандартом в диагностике рецидивирующих СНМП у женщин в амбулаторной практике.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОКАЗАНИЙ К БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСХОДЯ ИЗ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

*Гиясов Ш.И.^{1,2}, Тухтамишев М.Х.^{1,3}, Шавахабов Ш.Ш.^{1,3},
Ахмедова Ф.Ш.², Рахимова А.Н.⁴*

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии, г.Ташкент,Узбекистан

²Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент,Узбекистан

³Ташкентская государственная стоматологический институт, г.Ташкент, Узбекистан

⁴Казанский медицинский университет, Казань, Россия

Введение. На сегодняшний день существуют эффективные методы диагностики рака предстательной железы, позволяющие обнаружить болезнь в самом начале ее развития. В диагностическую триаду входят: ректальное обследование, определение ПСА и трансректальная эхография, но несмотря на это доля пациентов с установленным диагнозом рака предстательной железы в поздних стадиях все еще остается высокой. В последнее время в эту триаду начал дополняться проведение мультипараметрической МРТ предстательной железы концепция разработанной Jelle O.Barentsz.

Цель исследования. Оценить информативность мультипараметрической магнитно-резонансной томографии (мп-МРТ) для определения показаний к биопсии предстательной железы (ПЖ) при диагностике рака предстательной железы (РПЖ).

Материал и методы. Был проведен проспективный анализ результатов 302 первичной трансректальной мультифокальной биопсии предстательной железы, выполненной в период 2020-2023 гг. пациентам, обратившимся в РСНПМЦУ по поводу симптомов НМВП. Пациенты были разделены на две группы: в первую вошли 189, которым была выполнена стандартная биопсия предстательной железы из 10-12 точек; вторую группу составили 113 пациента, которым проводили мп-МРТ простаты с определением риска по PI-RADS v2 с последующим проведением стандартной + таргетной (4-6 точек) биопсии простаты. Материал для исследования извлекался биопсийным пистолетом VIP-high speed multi, с помощью иглы 18g x 20cm.

Результаты. В 1-й группе при объеме железы 72.36 ± 2.29 (51-92) куб.см. у 60,6% была выявлена аденокарцинома. Во второй при объеме железы 62.36 ± 1.79 (49-73) куб.см. у 62,8% была выявлена аденокарцинома, при этом с риском 3, 4 и 5 степени по PI-RADS v2 показатель составил 26,4%, 62,9% и 93,3% соответственно.

Среди пациентов 2-й группы с уровнем ПСА менее 20 нг/мл выявляемость РПЖ при риске 4 и 5 степени составил 69,6%, против 35,3% среди больных без мп-МРТ, $p < 0,05$.

Выводы. Пациентам с уровнем общ. ПСА менее 20 нг/мл предпочтительно выполнение мп-МРТ простаты до биопсии, так как среди данного контингента пациентов у кого было подозрение при мп-МРТ выявляемость РПЖ была высокая. Пациентам с риском 3 по PI-RADS и уровнем общего ПСА менее 20 нг/мл при отсутствии других факторов риска предпочтительно воздержаться от выполнения биопсии ПЖ. Это в свою очередь избавить часть пациентов от вторичных и третичных биопсий и других возможных, нежелательных осложнений, связанных с процедурой.

БИОПСИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

*Шкодкин С.В.^{1,2}, Идашкин Ю.Б.¹, Пономарев Е.Г.², Фентисов В.В.², Нечипоренко В.Ю.²,
Шкодкин К.С.², Абед Альфаттах Зубаиди М.З.²*

¹ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа, Белгород

²ФГАОУ НИУ БелГУ, Белгород

Вопросы диагностики и в особенности скрининга рака простаты являются наиболее противоречивыми среди урологических нозологий. Финальным этапом диагностики является биопсия, а трендом сегодняшнего времени является минимизация числа биоптатов из промежностного доступа. Мы пошли от противного и оценили эффективность и безопасность амбулаторной биопсии предстательной.

Материал и методы. Нами за 2020 – 2023 выполнено 228 трансректальных амбулаторных биопсий, медиана ПСА общего 10,6 [2; 1288]. Средний возраст пациентов составил 64,6±7,6 года. Пациенты готовились слабительным препаратом Микролакс вечером накануне и утром в день биопсии, тогда же пациенты принимали 500 мг ципрофлоксацина с последующей терапией 5 дней. Первично мы стандартно выполняли мультифокальную биопсию предстательной железы из 14 точек, при необходимости дополненную 2-4 биоптатами после предварительной оценки МРТ картины. В случае неоспоримых данных ПСА и ректального исследования число биоптатов редуцировали до 2-6. Повторно число случайных биоптатов увеличивали до 26 плюс 2-4 таргентных. Не прибегали к обработке слизистой прямой кишки, биопсию выполняли под местной анестезией 20 мл – 0,5% раствора новокаина.

Результаты и обсуждение. Первичная биопсия выполнена 90% пациентов, в этой группе мультипапараметрическая МРТ в сделана 90,7%, в случае повторной биопсии всегда выполняли МРТ и один из дополнительных маркеров РН1 или РСАЗ. Суммарная чувствительность МРТ 95,2% при небольшой специфичности – 27,6%, ректальное исследование имело более низкую чувствительность 35,7%, но гораздо большую специфичность 97,6%. Однако нужно понимать, что так диагностировались местнораспространенные опухоли предстательной железы. Выявляемость рака простаты в нашей группе была сравнительно большой составив 43,9%, что мы так же связываем с поздней обращаемостью. Распределение по степени дифференцировки имело следующий вид: ISUP I – 4,7%, ISUP II – 14, %, ISUP III – 8,2%, ISUP IV – 11,2% и ISUP V – 5,6%. Среди осложнений биопсии стоит отметить инициальную гематурию 14,9%, которая в 92,4% регистрировалась только после биопсии. Лихорадка не более 2 суток была зарегистрирована в 8,3% наблюдениях, была субфебрильной и не требовала коррекции антибактериальной терапии. По 1 пациенту имели гемотампонаду и

задержку мочи – консервативное лечение и троакарэпистостомия.

Таким образом, трансректальная randomная биопсия является безопасной и эффективной процедурой, имеющей ряд преимуществ по сравнению с промежностным подходом.

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ И ЭЯКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ

*Акилов Ф.А., Шавахабов Ш.Ш., Махмудов А.Т., Рихсибоев Ж.Р., Алиев С.У.,
Тулабоев А.К.*

Ташкент, Узбекистан

Введение. Нарушения эякуляции, в том числе преждевременная эякуляция (ПЭ), являются распространенными сексуальными дисфункциями, поражающими мужчин всех возрастов. ПЭ определяется как эякуляция, которая происходит до или в течение одной минуты после проникновения и связана с дистрессом или межличностными трудностями. Диагностика ПЭ требует тщательной оценки истории болезни пациента, сексуального анамнеза и физического осмотра. Диагноз ПЭ основывается на сочетании симптомов, о которых сообщают пациенты, и объективных показателей. Существует несколько методов диагностики ПЭ. Наиболее распространенным методом является анкета самоотчета, такая как Инструмент диагностики преждевременной эякуляции (PEDT), Узбекский индекс преждевременной эякуляции (UIPE) или Индекс преждевременной эякуляции (IPE). Эти анкеты спрашивают о частоте и продолжительности эякуляции и уровне дистресса, связанного с этим состоянием. В дополнение к анкетам для самоотчетов для диагностики ПЭ также можно использовать физические осмотры. Во время физического осмотра врач проверит наличие каких-либо основных заболеваний, которые могут способствовать преждевременной эякуляции, таких как проблемы с предстательной железой или низкий уровень тестостерона.

Цель. Обзор исследований по диагностическим критериям и методам ПЭ и оценка их перспектив на будущее.

Материалы и методы. Клинические испытания, включая рандомизированные контролируемые испытания, были всесторонне изучены в онлайн-овых и специализированных базах данных, таких как MEDLINE компании PubMed (с 1991 по 2022 год); EMBASE (с 1991 по 2022 год); Кокрановский центральный регистр контролируемых испытаний (Кокрановская библиотека, 2022 г.); и путем проверки библиографий и исследователей в области андрологии. Ключевые слова: «эякуляторное расстройство», «методы и средства диагностики ПЭ» и «преждевременная эякуляция». Процесс отбора литературы по диагностике нарушений эякуляции и преждевременной эякуляции сосредоточен на рандомизированных или квази-рандомизированных контролируемых исследованиях, а также на систематических обзорах и метаанализах соответствующих исследований.

Результаты. Всего для обзора на тему диагностики преждевременной эякуляции и эякуляторного расстройства было отобрано 390 опубликованных статей с 1991 по 2022 г. на основании их качества и актуальности. Собранные данные были систематически проанализированы и отсортированы для дальнейшего анализа. Общие данные были статистически

проанализированы с использованием статистических методов временных рядов, чтобы визуализировать будущие тенденции в этой области. Исследования, посвященные диагностике преждевременной эякуляции и нарушений эякуляции, в последние годы значительно увеличились с заметной экспоненциальной тенденцией. Модель прогнозирования временных рядов продемонстрировала способность объяснить 75% этой тенденции, что указывает на высокий уровень точности прогнозов. Используя модель экспоненциальной линии тренда, которая учитывает временные факторы, прогнозируется, что к 2030 году будет проведено около 94 исследований по этой теме.

Выводы. Количество медицинских исследований по диагностике преждевременной эякуляции увеличивается и имеют экспоненциальный рост. Необходимы дальнейшие исследования с целью выявить взаимосвязь между различными опросниками преждевременной эякуляции. Также необходимо прийти к консенсусу в вопросе разработки общепринятого единого опросника для унифицированной диагностики преждевременной эякуляции в мире.

Covid-19 и мужское здоровье

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ 5-АЛЬФА-РЕДУКТАЗЫ В ТЕЧЕНИИ COVID-19 У МУЖЧИН С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Камалов А.А., Мареев В.Ю., Орлова Я.А., Мареев Ю.В., Нестерова О.Ю., Стригунов А.А.

МГУ имени М.В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины, кафедра урологии и андрологии, Россия, 119991, г. Москва, Ленинские горы, 1.

МГУ имени М.В. Ломоносова, Медицинский научно-образовательный центр, Россия, 119991, г. Москва, Ленинские горы, 1.

Введение. Мужской пол способствует тяжёлому течению COVID-19. Установлено, что мужчины в 1,38 раз чаще попадают в отделение реанимации и интенсивной терапии с COVID-19 и в 1,5 раза чаще умирают. Основа подобных гендерных различий связана с гормональными особенностями мужского и женского организмов. Так, в исследовании *in vitro* было показано, что дигидротестостерон (ДГТ) способен увеличивать экспрессию сразу двух белков, необходимых для проникновения SARS-Cov-2 в клетки. Таким образом, логично предположить, что снижение концентрации ДГТ может оказывать защитное влияние в отношении заболеваемости COVID-19. Эффект снижения концентрации ДГТ без изменения концентрации Т достигается при применении ингибиторов 5-альфа-редуктазы (5-АРИ).

Цель. Оценить заболеваемость COVID-19 и частоту госпитализаций среди мужчин с гиперплазией простаты в зависимости от приема 5-АРИ.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы электронные медицинские карты 1678 пациентов, наблюдавшихся амбулаторно с диагнозом «гиперплазия простаты» с 1 января 2020 года по 1 апреля 2022 года. Для финального анализа было отобрано 1490 пациентов с наличием всей необходимой для анализа информации.

Результаты. Медиана возраста мужчин составила 71 год (межквартильный интервал 64-76 лет). 18,05% мужчин (269 человек) принимали 5-АРИ по поводу гиперплазии простаты. 53,02% пациентов (790 человек) перенесли COVID-19, из них 45,57% (360 человек) были госпитализированы из-за COVID-19. При этом 48,99% мужчин были вакцинированы от COVID-19 до заболевания. На основании проведённого многофакторного анализа было показано, что вакцинация от COVID-19 и приём 5-АРИ ассоциировались со снижением заболеваемости COVID-19. Установлено, что у мужчин с ГПЖ шансы заболеть COVID-19 при приёме 5-АРИ были меньше на 76,5% (ОШ=0,235; 95%ДИ=0,165-0,335; $p < 0,001$). Мощным протективным фактором являлась в нашей когорте оказалась вакцинация, шанс не заболеть у вакцинированных возрастал на 90,4% (ОШ=0,096; 95%ДИ=0,076-0,123; $p < 0,001$).

В отношении частоты госпитализации, было показано, что приём 5-АРИ и вакцинация от COVID-19 ассоциировались с меньшими шансами госпитализаций независимо друг от друга. Так, при приёме 5-АРИ вероятность госпитализации снижалась на 76% (ОШ=0,240; 95%ДИ=0,122-0,473; $p < 0,001$). Аналогичным образом и вакцинация ассоциируется с меньшими шансами госпитализации на 43% (ОШ=0,570; 95%ДИ=0,401-0,808; $p = 0,002$). Факторами, ассоциированными с большим риском госпитализации в связи с тяжёлым течением COVID-19, были наличие сопутствующей ИБС (+43,8%, $p = 0,019$) и больший возраст (+1,7%, $p = 0,046$).

Выводы. Приём 5-АРИ, наряду с проведением вакцинации, у пациентов с гиперплазией предстательной железы является защитным фактором в отношении риска заболеваемости и тяжести течения COVID-19.

МИКРОБИОТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕТА ПРОСТАТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПРОСТАТИТОМ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Коган М.И., Ибишев Х.С., Набока Ю.Л., Прокоп Я.О., Гудима И.А., Плякин А.Д.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия.

Введение: Тактика ведения и лечения пациентов с хроническим рецидивирующим бактериальным простатитом (ХРБП) в некоторых случаях является сложной задачей для практикующего уролога. Данное обстоятельство обусловлено тем, что заболевание имеет ряд предрасполагающих факторов, сложный и многогранный патогенез, определенные трудности в диагностике и лечении. Проблема лечения ХРБП антибактериальными препаратами находится в контексте глобальной проблемы множественной лекарственной устойчивости, усугубившейся на фоне пандемии COVID-19. Поэтому, несмотря на использование современных методов диагностики, строгое соблюдение стандартов обследования и лечения пациентов с данной патологией в соответствии с рекомендациями European Association of Urology (EAU) и Российского общества урологов (РОУ) процент рецидивов заболевания остается высоким.

Цель исследования: Изучить микробные паттерны, их чувствительность к антибактериальным препаратам в секрете простаты у пациентов с хроническим рецидивирующим простатитом и множественной лекарственной устойчивостью.

Материалы и методы: Обследованы 52 пациента с ХРБП, перенесших в анамнезе Covid-19. Средний возраст $27,3 \pm 1,1$ года. Изучение секрета простаты выполняли с использованием бактериологического метода на расширенном наборе питательных сред для культивирования аэробных и анаэробных таксонов микроорганизмов. Идентификацию выделенных бактерий проводили по общепринятым методикам. Статистическая обработка результатов проведена с использованием пакета прикладных программ SPSS 26 и табличного процессора MS Excel 2010.

Результаты и обсуждение: По результатам исследования в 100% случаев выявлена микстинфекция. Наиболее часто среди аэробного кластера выявленной инфекции встречались *Corynebacterium* spp. (71,2%), *S.lentus* (40,4%), *E. faecalis* (30,8%), *S. haemolyticus* (28,8%), *S. Warneri* и *S. Aureus* (26,9%), реже регистрировали *S. Saprophyticus* (13,5%), *E. coli* (11,5%), в единичных случаях выявляли *E. faecium* (7,7%), *S. epidermidis* и *Enterococcus* spp. (5,8%), *Streptococcus* spp. (3,8%), *Klebsiella* spp., (1,9%). Среди анаэробов в большинстве случаев были обнаружены *Eubacterium* spp. (34,6%), *Propionibacterium* spp. (25,0%), *Peptococcus* spp. (23,1%), *Veilonella* spp (21,2%), реже были выявлены *Peptostreptococcus* spp. (9,6%), *Bifidobacterium* spp. (5,8%), и в единичных случаях были зарегистрированы *Fusobacterium* spp., *Prevotella* spp., *Bacteroides* spp., *Mobiluncus* spp. (1,9%). Среди *Candida* были выявлены *C. Albicans* (3,8%) и *C. Gllabrata* (1,9%).

При изучении чувствительности к антибактериальным препаратам выявлена множественная лекарственная устойчивость к большинству из них. Среди традиционно применяемых антибиотиков, используемых для лечения ХРБП, у 95% выделенных в СПЖ микроорганизмов чувствительность не превышала 45%: к Левофлоксацину и Ципрофлоксацину – до 10%, Офлоксацину – до 33,3%, Моксифлоксацину – до 44,4%.

Выводы: При ХРБП у пациентов, перенесших в анамнезе Covid-19, этиологическая структура в 100% случаев представлена микст-инфекцией, состоящей из различных ассоциаций различными ассоциациями микробионтов аэробного и анаэробного микробного сообщества. При этом была выявлена множественная устойчивость к антибактериальным препаратам.

ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Хамираев А.С., Наджимитдинов Я.С., Туйгунов Л.Х.

Клиника «VitaMed», Ташкент, Узбекистан.

Введение. Проведенные исследования, что SARS-CoV-2 способен не только вызывать заболевания органов дыхательной системы, но и индуцировать патологические изменения в органах мочеполового тракта. Также вирус был обнаружен в семенной жидкости у мужчин, больных COVID-19 и способен вызывать повреждения ткани яичек, приводя тем самым к снижению фертильности. Тем не менее, не до конца изучены конкретные причины, которые приводят к нарушению сперматогенеза, так как устранение последних привело бы к улучшению качества спермы.

Материалы и методы. Было обследовано 122 мужчины за период с января 2021 по декабрь 2022, которые обратились с бесплодием. Средний возраст пациентов составил $23,3 \pm 1,4$ лет (диапазон от 20 до 26 лет). Продолжительность брака составила $12,3 \pm 2,6$ месяца. Все больные за этот период перенесли COVID-19, который был подтвержден лабораторными методами исследования: положительный результат на SARS-CoV-2 в анализе мазков из носа и глотки с использованием полимеразной цепной реакцией в режиме реального времени.

Результаты. По данным спермограммы (не менее двух образцов) отклонения от нормы выявлено у 118 (96,7%) пациентов. При этом общее количество сперматозоидов в 1 мл было $10,0 \pm 1,7$ млн (диапазон от 7 до 13 млн). Количество прогрессивно-подвижных и не-прогрессивно-подвижных сперматозоидов составило $16,1 \pm 6,8\%$. Соотношение нормальных и патологически измененных половых клеток в среднем было более 8%. Оказалось, что pH спермы в среднем составил $8,1 \pm 0,7$. Выявлено большое количество склеенных между собой неподвижных спермиев, от 10 до 50 клеток. Во всех образцах было количество лейкоцитов превышающих 1 млн/мл. По данным пробы Stamey-Mearges у 116 (95,1%) мужчин выявлена инфекция, локализирующаяся в простате. Однако только в 12 (9,8%) случаях удалось идентифицировать возбудитель инфекции. Снижения уровня тестостерона обнаружено только у 25 (20,5%) мужчин. Всем больным проведено лечение в соответствии с выявленными изменениями: в 118 случаях проведена антибактериальная терапия, используя препараты широкого спектра действия (в 12 случаях по результатам выявленной бактерии и чувствительности к антибиотикам); в 25 случаях были использованы гормональные препараты. Всем остальным мужчинам терапия включала препараты цинка и витамины. После проведенного

лечения количество сперматозоидов в 1 мл составило $17,4 \pm 1,7$ млн ($p=0,01$), количество прогрессивно-подвижных и непрогрессивно-подвижных сперматозоидов увеличилось до $36,1 \pm 5,8\%$ ($p>0,5$). Соотношение нормальных и патологически измененных половых клеток в среднем было менее 4%. Беременность у супруги наступила в 76 (75,2%) случаях из 101 повторно обследованного мужчины.

Выводы. Как правило, у мужчин с бесплодием, перенесших COVID-19, причиной нарушения сперматогенеза является инфекция половых органов. Выявленные изменения при исследовании спермы (количество обнаруженных склеенных сперматозоидов) позволяет предположить о возможных аутоиммунных причинах воспаления и бесплодия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРФЕРОНА α -2b У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПРОСТАТИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Ибишев Х.С., Набока Ю.Л., Крайний П.А., Гудима И.А., Плякин А.Д., Прокоп Я.О.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия.

Введение. Антибактериальная терапия ХРБП, особенно у пациентов, перенесших COVID-19, зачастую не эффективна, что диктует необходимость разработки и применения иных методов лечения.

Цель исследования. Изучить эффективность рекомбинантного интерферона α -2b у пациентов с хроническим рецидивирующим простатитом и перенесенным COVID-19 на фоне множественной антибиотикорезистентности микроорганизмов.

Материалы и методы. Проведено многоцентровое проспективное рандомизированное сравнительное исследование с включением 52 пациентов с ХРБП, перенесших COVID 19, у которых, верифицированные в СПЖ уропатогены обладали множественной антибиотикорезистентностью к рекомендуемым препаратам. Средний возраст пациентов составил $34,8 \pm 5,2$ лет, длительность заболевания ХРБП – $5,7 \pm 2,3$ года. в зависимости от выбора терапии пациенты были разделены на три группы. Пациентам I группы ($n=18$) проводили антибактериальную терапию (АБТ) (Левифлоксацин) в дозировке 500 мг 1 раз в сутки, в течение 28 дней, согласно рекомендациям РОУ; пациентам II группы ($n=18$) проводили комбинированную терапию: АБТ дополненную рекомбинантным интерфероном α -2b с антиоксидантным комплексом витаминов Е и С («Виферон®») (суппозитории ректальные) в дозировке 3000000 МЕ per rectum 2 раза в сутки с интервалом 12 часов в течение 28 дней; пациентам III группы ($n=16$) проводили монотерапию рекомбинантным интерфероном α -2b с антиоксидантным комплексом витаминов Е и С («Виферон®») (суппозитории ректальные) по вышеописанной схеме.

Результаты. При оценке результатов лечения по шкале NIH-CPSI выявлено, что через 1 месяц терапии во всех группах отмечено снижение среднего значения суммы баллов со статистически значимыми различиями между I и II и III группами ($p<0,05$). (Рисунок 1). Через 1 мес. от начала терапии субъективные симптомы простатита снизились у па-

циентов I группы с $16,3 \pm 2,5$ до $8,3 \pm 1,0$ баллов ($p < 0,05$), через 3 мес. после завершения терапии данный показатель составил $6,8 \pm 1,0$, а через 6 мес. – увеличился по сравнению с предыдущим до $7,8 \pm 0,5$ ($p < 0,05$). Во II группе изучаемый показатель до лечения составил $16,1 \pm 0,7$, через 1 мес. – $7,3 \pm 0,5$, через 3 мес. – $7,2 \pm 0,8$ и к 6 мес. снизился до $2,2 \pm 0,2$ баллов ($p < 0,05$). В III группе средний показатель суммы баллов до начала лечения составил $15,8 \pm 1,2$, через 1 мес. – $6,1 \pm 0,5$, через 3 мес. – $5,6 \pm 0,8$, а к 6 мес. снизился до $2,6 \pm 0,5$ баллов ($p < 0,05$).

При оценке симптомов по шкале IPSS среднее значение суммы баллов до лечения в I группе составило $5,3 \pm 1,0$ балла, во II группе – $8,5 \pm 1,0$, а в III группе – $7,0 \pm 1,0$ баллов. Через 1 и 3 мес. изучаемый показатель снизился во всех группах. Однако к 6 мес. наблюдения данный показатель в I группе имел тенденцию к росту ($p > 0,05$) – $3,1 \pm 1,0$ по сравнению с аналогичными показателями через 1 и 3 мес., а во II и III группах – к снижению до $0,9 \pm 0,5$ и $1,1 \pm 0,5$ баллов соответственно ($p < 0,05$).

Анализ результатов микроскопического исследования СПЖ через 1 мес. от начала терапии среднее значение уровня лейкоцитов достоверно снижалось ($p < 0,05$) по сравнению с исходными данными только во II группе. Через 3 мес. изучаемый показатель снижался во всех группах, а через 6 мес. в I группе имел тенденцию к повышению, а во II и III группах – к снижению и соответствовал формально-нормативным.

По данным ТРУЗИ показатель среднего значения объема простаты имел тенденцию к снижению во всех группах.

Выводы: Включение рекомбинантного интерферона α -2b с антиоксидантным комплексом (витаминами E и C) в состав стандартной терапии ХРБП позволяет нормализовать у большинства пациентов как клинические, так и лабораторные показатели ХРБП.

СРАВНЕНИЕ СРЕДНЕСТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЯКУЛЯТА ДО И ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА

Олифирова К.П., Шевченко Ю.А., Мкртчян Т.М., Чоговадзе А.Г.

Город Москва

Введение: Пандемия коронавируса внесла свои коррективы во все сферы нашей жизни. И в том числе в работу репродуктивных центров. Существуют мировые данные о негативном влиянии на мужскую репродуктивную функцию вируса SARS-CoV-2.

Целью нашего исследования было изучение влияния пандемии нового коронавируса на качество спермы мужчин в популяции путем сравнения среднестатистических показателей эякулята до пандемии и после.

Материалы и методы: Ретроспективно были проанализированы результаты спермиологического исследования 1092 мужчин, обратившихся в ООО “Репролаб” до пандемии, в период с 2018 по 2019 год, и 1553 – после пандемии, за 2021 и 2022 годы.

Результаты исследования представлены в виде медианы и межквартильного размаха Me [Q1 ; Q3] в таблице 1. Различия между группами считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Таблица 1. Показатели эякулята у пациентов обеих групп

Параметр	1-я группа 2018-2019 (n=1092)	2-я группа 2021-2022 (n=1552)	p
Объем спермы, мл	3 [2,2; 4], Min 0,2, Max 15, Mean 3,35	3 [2,2; 4], Min 0,3, Max 11, Mean 3,26	0,6
Концентрация сперматозоидов в 1 мл, млн	44 [25; 72], Min 1, Max 341, Mean 50	54 [35; 80], Min 0,1, Max 250, Mean 57,6	< 0,0001
Общее количество сперматозоидов в эякуляте, млн	136 [66; 230], Min 1, Max 810, Mean 164,6	158 [90; 249], Min 1, Max 1112, Mean 183,6	< 0,0001
Общая подвижность (A + B + C), %	59 [45; 92], Min 1, Max 93, Mean 58,4	57 [48; 66], Min 1, Max 94, Mean 56,3	0,0011
	n=615	n=415	
MAR-тест, %	5 [3; 8], Min 2, Max 100, Mean 8,9	6 [4; 8], Min 1, Max 55, Mean 7,2	0,048

Выводы: Образцы спермы, полученные в 2021–2022 гг. (группа 2), имели как большую концентрацию сперматозоидов в 1 мл, так и общее количество сперматозоидов ($p < 0,0001$), также во 2 группе общая подвижность сперматозоидов была выше ($p = 0,0011$). При этом статистически значимого различия в объеме спермы выявлено не было. Показатели MAR-теста были выше в 1 группе, чем во второй группе ($p = 0,048$). Обращает на себя внимание, что в 1 группе 201 (18,4 %) обследуемый имел полностью нормальные показатели спермы, а во 2 группе – 404 (26 %), что требует дальнейшего изучения.

Таким образом, полученные в нашем исследовании результаты выявили улучшение показателей эякулята в постковидный период, однако, требуется установить связаны ли эти изменения с перенесенной коронавирусной инфекцией или вакцинацией, или же вышеуказанные изменения находятся под воздействием других факторов.

**Воспалительные
заболевания органов
мочеполовой системы**

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Панферов А.С., Бекреев Е.А., Елагин В.В., Игошкин А.В., Медведева Е.В., Ястребов В.С.

МЦ «Медассист», Центр урологии, г. Курск

Введение. Деструктивные пиелонефриты тяжелая группа воспалительных заболеваний почек. При данной патологии высок риск развития уросепсиса, летальность при котором составляет около 28-80%. В РФ отмечается рост гломерулярных, тубулоинтерстициальных болезней почек. Прирост с 2002г за 12 лет составил 3,2%, в 2014г. зарегистрировано более 2 млн. случаев. В клинических рекомендациях при деструктивных пиелонефритах, рекомендовано хирургическое лечение, в качестве оперативного доступа предложена люботомия. Данный доступ является достаточно травматичным, приводит к неизбежной адинамии, прогнозируя длительный срок реабилитации. Имеются публикации о возможном применении видеотехнологий, в лечении деструктивных пиелонефритов, преимущественно ретроперитонеоскопическим доступом, который имеет недостатки в виде, ограниченного хирургического пространства и неудовлетворительной визуализации. Так же описаны малоинвазивные методики, пункционных дренирований единичных деструктивных очагов, но острые пиелонефриты с множественными деструктивными очагами всегда вызывают вопросы в объеме и доступе хирургического лечения и остаются актуальными на сегодняшний день.

Материалы и методы. С 2020 по 2023 г. в мц «Медассист», Центр урологии, г. Курска, прооперированно 3 пациента с деструктивным пиелонефритом, средней возраст составил 42 ± 7 лет. Длительность заболевания до поступления в стационар от 8 ± 6 суток. Степень деструкции почек оценивали по данным мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием, у всех выявлены множественные очаги деструкции размером от 9 мм до 53 мм. Степень анестезиологического риска по ASA III-VI.

Результаты: Всем пациентам проводилось хирургическое лечение в объеме: лапароскопической ревизии пораженной почки ее декапсуляции, иссечения очагов деструкции, к почке устанавливались дренажная трубка и резиново-марлевый тампон по типу «сигары», через отдельную контрапертуру. Антибактериальная терапия проводилась группой карбопенемов. Сроки пребывания в отделении реанимации составляли не более суток. Суммарная дозировка Morfini hydrochlorid 1%, 1.0 мг, составила однократное введение. Визуально-аналоговая шкала боли 1 сут. - 5 баллов, 7 сут. - 2 балла. Дренажная трубка у всех пациентов удалялась на 2 сутки, тампон «сигара» на 8 ± 2 суток. Степень осложнений у всех пациентов по классификации Clavien-Dindo I ст. (требовалось внутривенное введение анальгетиков).

Клинический случай: Мужчина, 39 лет, жалобы: на общую слабость, боль в поясничной области. Повышение температуры тела до 39С. Считает себя больным в течении 14 дней, По данным компьютерной томографии с контрастированием: на постконтрастных сканах определялись гиповаскулярные зоны в правой почке: в верхнем и нижнем полюсах, по передней и задней поверхности почки гиповаскулярные зоны максимальным размером до $26 * 26 * 30$ мм. Выполнено: Под низкпоточной ингаляционной анестезией трансуретральное стентирование правого мочеточника. Лапароскопическая ревизия правой почки, декапсуляция, иссечение

очагов деструкции. Время операции составило 140 мин. Степень осложнений по классификации Clavien-Dindo I, кровопотеря 200 мл, удаление дренажа, трубчатый/«сигара» - 2/6 сутки, сроки стационарного лечения составили 9 суток. Суммарная дозировка Morfini hydrochlorid 1%, 1.0 мг, 1 сутки и 6 сутки на момент удаление дренажа «сигара».

Вывод: Лапароскопический доступ при деструктивных пиелонефритах демонстрирует: малую травматичность, панорамную визуализацию дающую возможность тотальной ревизии почки, тотальной декапсуляции, возможность адекватного дренирования. Пациенты после лапароскопической декапсуляции демонстрируют быстрые сроки реабилитации, низкую потребность в анальгетиках. Данная методика, является эффективной в лечении деструктивных пиелонефритов, повышает шансы на нефрон-сберегающие операции, но требуют дальнейшего изучения, включения в исследование большей когорты пациентов, а также групп сравнения с другими доступами к пораженной почки.

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ФИТОПРЕПАРАТ «ПРОСТАНОРМ»®». РАСШИРЯЕМ ГРАНИЦЫ ПРИМЕНЕНИЯ? РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КАТЕТЕРОМ-СТЕНТОМ МОЧЕТОЧНИКА

Бычкова Н.В., Русанова Е.В., Василенко И.А., Щелкова В.В.

*Отделение урологии. Лаборатория биомедицинских методов исследования
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Введение. «ПростаНорм»® - отечественный лекарственный растительный препарат с диуретическим и противовоспалительным действием для лечения и профилактики хронического простатита. Возможность расширения его клинического использования обусловлена совокупностью противовоспалительных, антимикробных свойств его составляющих к уропатогенам, подтвержденных при исследовании *in vitro*.

Цель работы. Оценить в условиях клинического исследования динамику антибактериальной активности препарата «ПростаНорм»® у стентированных больных. Гипотеза исследования – комбинированное уросептическое действие препарата «ПростаНорм»® может быть перспективным для профилактики и лечения инфекции в моче у пациентов обоего пола, в том числе и при КАИМП. Обязательным условием включения в клиническое исследование было добровольное информированное согласие пациентов и утверждение независимым комитетом по этике ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

Материалы и методы. Исследование произведено у 40 пациенток в возрасте от 32 до 81 года с мочекаменной болезнью, которым выполнялась эндоскопические операции с одновременной установкой мочеточникового катетера-стента. Все больные в большей или меньшей степени проявляли стент-ассоциированные симптомы, что позволило анализировать исходные данные общей группой. Лабораторные исследования проводились на 2-3 сутки после стентирования, через 2 недели от начала лечения (на 2-3 сутки после удаления стента) и через месяц от начала приема препарата. Исследуемые пациентки были разделены на 2 группы. 20 пациенткам основной группы одновременно с установкой стента назначался препарат «ПростаНорм»® в течение 1 месяца как монотерапия в непрерывном режиме по

схеме: 2 недели по 2т. Зр в день, далее 2 недели по 40 капель Зр в день. В контрольной группе 20 пациенток после установки стента антибактериальная терапия не проводилась. Критериями оценки эффективности были выбраны показатели частоты микций, результаты общего и микробиологического исследования мочи, выполненные 3-хкратно.

Результаты: после установки стента у всех обследованных в течение 3 дней частота микций, в среднем, составляла 9-10 раз в сутки в обеих группах. После его удаления отмечено снижение микций на 30% ($6,0 \pm 1,8$) в группе исследования. В группе сравнения – частота микций осталась прежней. Через 1 мес. частота микций уменьшилась до $5 \pm 1,1$ и $6 \pm 1,1$ соответственно. В общем анализе мочи оценивали динамику числа лейкоцитов и эритроцитов. В обеих группах имелся регресс их количества, что связано с удалением стента.

В посевах мочи в 2 группах исходно отсутствовал рост в 5% проб. В 86% проб с наличием роста преобладали грамотрицательные микроорганизмы, ведущими были *E.coli*, 9% грамположительные: *Ent.spp.*, *S.haemoliticus* в концентрации от 10^4 до 10^5 КОЕ/мл. 5-7% посевов с ростом грибов *Candida*. Через 2 недели от начала исследования, в течение 3 дней после удаления стента, в основной группе в посевах мочи доля проб с отсутствием роста составляла 15%, в отличие от группы контроля - 0%. Перечень видов микробов оставался тот же, но концентрация их снижалась до 10^3 и 10^4 (контрольная группа). Через месяц от начала приема «ПростаНорм»® в основной группе - проб без роста - 25%, в группе контроля динамика наблюдалась слабее: проб без роста микроорганизмов – 15%. Побочных и и аллергических реакций на прием «ПростаНорм»® в двух применяемых лечебных формах не было.

Заключение. Клиническое исследование препарата «ПростаНорм»® показало его эффективность и безопасность при использовании в основной группе из 20 пациенток. Отмечено достоверное уменьшение частоты микций в группе исследования, что свидетельствует о лучшей переносимости стентов на фоне приема препарата. Микробиологические показатели мочи, показали устойчивую тенденцию к снижению в группе исследования, что можно объяснить не только антисептическими свойствами препарата «ПростаНорм»®, но, вероятно, и его антиадгезивным эффектом. Это позволяет уменьшить микробную контаминацию любых «имплантов» мочевой системы, а значит, имеет перспективу использования у больных как лечебно-профилактическое лекарственное средство для пациентов с установленными мочеточниковыми стентами.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЕ ИНКРУСТИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА

Мухтаров Ш.Т., Акилов Ф.А., Егоров А.Б., Насиров Ф.Р., Дадаханов Н.Э.

Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Урологии, г.Ташкент, Узбекистан.

Введение: Инфекция мочевого тракта (ИМТ) является одной из самых распространенных заболеваний в урологической практике. В США причиной обращения к врачу по поводу ИМТ становятся более 7 миллионов больных в год, причиной госпитализации во многих случаях становится неэффективное амбулаторное лечение большой группы больных. Особую категорию ИМТ составляют осложненные инфекции.

Часто причиной осложнений при ИМТ помимо инородных тел, конкрементов и аномалий развития мочевыводящего тракта являются еще и дренажи. Лечение осложненных ИМТ порой длительное, подчас и малоэффективное.

Наш опыт показывает что, аналогично с катетер-ассоциированными инфекциями, часто образуется инкрустация на слизистой мочевого пузыря мочевыми солями в виде кальцинированная слизистая мочевого пузыря, которая со временем становится интимно спаянной с подслизистой, а иногда и с мышечной стенкой мочевого пузыря. В анамнезе, как правило, у таких больных имело место длительная катетеризация мочевого пузыря.

Цель: разработать оптимальный метод лечение больных с инкрустирующим циститом.

Материалы и методы: В нашей клинике с 2010-2022 гг. диагностировано 46 больных с инкрустирующим циститом. Больные жаловались на дизурию, болезненность в урогенитальной области, гематурию, неэффективность антибиотикотерапии. По данным бактериологического посева мочи наиболее частыми возбудителями определены *E. Coli*, *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas spp.* а также смешанная флора.

Диагностика инкрустирующего цистита проводилась на основе анамнеза, анализа мочи, УЗИ мочевыводящих путей, КТ и уретроцистоскопии. Возраст больных составил 36-78 лет. Площадь инфицированной кальцинированной слизистой мочевого пузыря составил от 1.0-6.1 см, визуально напоминающий инфицированный мягкий конкремент светло-желтого цвета, который был интимно спаян со подслизистым слоем мочевого пузыря.

Результаты: Всем этим больным была произведена трансуретральная электрорезекция инкрустированной слизистой мочевого пузыря с взятием биопсии. У 16 больных отмечался неоднократные рецидивы данного заболевания, 11 из них было решено отведение мочи посредством цистостомии. Этой группе больных после проведения трансуретральной электрорезекции инкрустированной слизистой мочевого пузыря длительное время проводились заливки через цистостому растворов цитиала, синтомициновой эмульсии. В дальнейшем у этой группы больных рецидива не отмечалось. Однако у 5 больных даже после перкутанной цистостомии и консервативной терапии отмечался рецидив заболевания. Этим больным была произведено перкутанная нефростомия и в последующем трансуретральная электрорезекция и проведение длительной консервативной терапии (заливки растворов в мочевой пузырь). Только после проведения этих мероприятий рецидив не наступал. Удаление дренажей в среднем было проведено через 37 дней после операции. Результаты биопсии у всех 46 больных показали наличие воспалительно-инfiltrативного и рубцово-склеротического процесса.

Выводы: Полученные данные указывают, что это довольно сложная категория больных, требующее трансуретральной резекции инкрустированной слизистой мочевого пузыря, часто неоднократной, в отдельных случаях с отведением мочи. После произведенных операции в динамике заболевания на фоне антибактериальной и противовоспалительной терапии все больные субъективно отмечали улучшение, объективные данные улучшились по данным анализов мочи, УЗИ, уретроцистоскопии и КТ

ДИРОФИЛЯРИОЗ В ПРАКТИКЕ УРОЛОГА

Хаперскова О.В., Бакуров Е.Д., Юргин В.А.

Госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по Ростовской области», г. Ростов-на-Дону

Введение: Дирофиляриоз – редкое заболевание, вызываемое паразитированием нематоды рода *Dirofilaria* в организме человека, гельминтоз, характеризующийся медленным развитием и длительным хроническим течением, проявляющееся в той или иной форме и локализации; В России в 2020 году выявлено 59 случаев дирофиляриоза. По данным Роспотребнадзора Ростовская область занимает первое место по выявленным случаям (ежегодно выявляется от 1 до 12 случаев); второе место – Нижегородская область и третья – Волгоградская. Рост выявленных случаев в Ростовской области отчасти был связан с завозом инвазии служебными собаками в период 1999 – 2000 года с Северного Кавказа.

Материалы и методы: На примере базы данных Госпиталя мы и постарались определить заболеваемости данной нозологии. Время наблюдения охватывает тридцатилетний период, 1990 – 2020 годы, больных, прошедших лечение в многопрофильном хирургическом отделении, где оказывается общехирургическая, урологическая, гинекологическая, офтальмологическая и отоларингологическая помощь. За данный период времени оказана помощь 42136 больным, выполнено 29012 различных оперативных вмешательств. Из данного количества пациентов, с дирофиляриозом выявлено и пролечено три пациента, два пациента хирургического профиля и один больной с локализацией патологии в мочевой системе.

Результаты: Первый случай патологии дирофиляриоза в Госпитале был диагностирован в 1991 году ([Khirurgiia \(Mosk\).gov/pubmed/1921184](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1921184) 1991 Jul;(7):127-8.), после гистологического исследования у пациента 54 лет, оперированного по поводу кисты придатка яичка. Предъявляющий при поступлении жалобы на образование в мошонке, появившееся несколько лет назад; проявляющееся в ощущение чувство «шевеления» в яичке. Пациент был обследован клинически (осмотр, общелабораторное; в то время без УЗИ), выполнено оперативное вмешательство: удаление кисты; Препарат: плотноэластическое образование, размером до 25 мм x 35 мм; образование рассечено, капсула до 1 мм, в просвете – нитевидный, белого цвета двигающийся червь, свернутый клубком, длиной до 10 см. Результат морфологического исследования: Дирофиляриоз.

Второй пациент, 23 лет, 2017 год, D21.4 Образование мягких тканей передней брюшной стенки. Жалобы на наличие опухолевидного образования на передней поверхности брюшной стенки. Указанное выше образование обнаружил 2 месяца назад. При УЗИ мягких тканей: в проекции левой реберной дуги подкожно определяется жидкостное образование округлой формы 9 мм x 9 мм с капсулой 2 мм, содержащее подвижное инородное спиралевидное тело (по структуре напоминающее червя?). 24.10.17 Операция – Удаление образования мягких тканей передней брюшной стенки.

Результат морфологического исследования: Дирофиляриоз.

Третий пациент, 26 лет, 2018 год. D21.1 Образование мягких тканей правого предплечья. Обратился с жалобами на наличие опухолевидного образования на передней поверхности правого предплечья. УЗИ мягких тканей предплечья: паразитарная киста. Больному выполнено удаление образования правого предплечья. Макропрепарат: при разрезе образования

в просвете – нитевидный белого цвета червь. Результат морфологического исследования: Дирофиляриоз.

Выводы. Патогномичных симптомов данной патологии нет. Отсутствие не инвазивных тестов и сложность удаления мигрирующих паразитов, препятствуют определению точного числа случаев заражения. Таким образом, данная патология довольно редкое заболевание и носит казуистический характер; тем не менее, необходимо знать и помнить о ее существовании.

Эректильная дисфункция

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТО- МИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АУТОПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА, И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Епифанова М.В.^{1,2}, Костин А.А.¹, Гамеева Е.В.^{1,2}, Артеменко С.А.¹, Епифанов А.А.³

¹Российский университет дружбы народов (РУДН), Москва, Россия

²Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, Москва, Россия

³ФГБОУ ВО МГМСУ им.А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Актуальной проблемой остается реабилитация пациентов после радикальной простатэктомии (РПЭ), так как у большинства мужчин в послеоперационном периоде развивается эректильная дисфункция (ЭД), даже с учетом нервосберегающих методик. Цель исследования: оценка безопасности, эффективности аутоплазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста (АОТ), и экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ) в лечении ЭД у пациентов после робот-ассистированной нервосберегающей РПЭ.

Материалы и методы. В пилотное исследование включено 14 мужчин, перенесших одно- или двустороннюю робот-ассистированную нервосберегающую РПЭ более чем 3 мес. назад, ПСА общ. у всех пациентов составил менее 0,2 нг/мл через 3 мес. и более после операции. Средний возраст 57,8±6,2 лет (49-72), средняя продолжительность ЭД 7,6±3,9 месяцев (3-16). Стадийность заболевания: Т1с - 2 (14,3%), Т2а - 4 (28,6%), Т2b - 2 (14,3%), Т2с-4 (28,6%), Т3а-1 (7,14%), Т3b - 1 (7,14%). Пациенты осуществляли 2 визита в неделю на протяжении 6 недель - в 1 визит выполняли ЭУВТ (Dornier Aries) на половой член (ПЧ) и инъекции АОТ в ПЧ и мышцы, участвующие в акте эрекции, в конце сеанса активировали АОТ с помощью ЭУВТ, во 2 визит – ЭУВТ на ПЧ. Сеанс ЭУВТ включал в себя 5000 ударов (0,05-0,096 мДж/мм²) с частотой 8-5 Гц. Обследование всех пациентов проводилось на 0 и 60 дни исследования: МИЭФ-5, профиль половых отношение (ППО), шкала твердости эрекции (ШТЭ), GAQ, IPSS, QOL, общий тестостерон крови, ФДГ сосудов ПЧ с аналогом ПГЕ1. Критерии включения в исследование: отсутствие метастазов в отдаленные органы и лимфатические узлы, МИЭФ-5 менее 21 баллов после РПЭ, PSV менее 30 см/с и/или RI менее 0,8 по данным ФДГ сосудов полового члена аналогом ПГЕ1 после РПЭ, наличие эрекций до РПЭ.

Результаты. Лечение всеми пациентами переносилось удовлетворительно, побочных явлений не зафиксировано. МИЭФ-5 с 9,86±6,02 баллов (0-20) увеличился до 17,93±4,5 баллов (11-24) (p<0,05). ППО увеличился с 1,93±1,49 баллов (0-5) до 3,29±1,69 баллов (2-5) (p=0,002). ШТЭ возросла с 1 балла (IQR%, 1-2) до 3 баллов (IQR%, 2-3) (p=0,002). IPSS с 5±3,46 (0-11) снизился до 3,21±2,75 (0-7) (p=0,007). QOL изменился с 4,29±1,68 (1-6) до 4,43±1,6 (1-6) (p=0,58). По данным ФДГ PSV по левой кавернозной артерии (КА) с 17,9 см/с (IQR%, 14-20,2) увеличилась до 26,3 см/с (IQR%, 21,1-29,7) (p=0,001). RI по левой КА с 0,85±0,14

(0,58-1) увеличился до $0,9 \pm 0,09$ (0,77-1) ($p=0,018$). Общий тестостерон крови изменился незначимо с $15,79 \pm 3,52$ нмоль/л (9,2-20,83) до $16,31 \pm 3,84$ нмоль/л (10,9-23,4) ($p=0,192$). По GAQ 11 пациентов (78,5%) отметили положительный эффект от лечения.

Заключение. Отмечается положительная динамика в отношении значимого улучшения эректильной функции у всех пациентов по данным валидированных опросников и ФДГ сосудов полового члена. Предложенное лечение является перспективным методом реабилитации мужчин данной популяции. Продолжается исследование на большей выборке пациентов.

КОМБИНИРОВАННЫЕ РАСТИТЕЛЬНЫЕ ЭКСТРАКТЫ ЛИБИДОПРОСТ ПРИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Азизов А.П.¹, Казахмедов Р.Э.², Рязанцев Н.И.¹

¹Объединенное Научно-практическое общество урологов, СКФО. Махачкала, Кисловодск
²ДССВиО, г. Дербент

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) и эректильная дисфункция (ЭД) остаются распространенными и прогрессирующими заболеваниями у мужчин среднего и пожилого возраста. Наличие и тяжесть ДГПЖ/СНМП являются факторами риска ЭД, а ЭД, в свою очередь, усугубляет течение и тяжесть ДГПЖ/СНМП у мужчин старше 50 лет.

Целью исследования явилось изучение применения комбинированных растительных экстрактов ЛИБИДОПРОСТ у больных с ДГПЖ и ЭД при проведении комбинированной терапии (КТ).

Материалы и методы исследования: Обследованы 40 мужчин в возрасте 49-69 лет с жалобами на снижение эрекции, умеренную ночную поллакиурию, императивные позывы в течение 4-7 лет. Всем пациентам применяли анкетирование по шкалам МИЭФ, IPSS; ультразвуковую доплерографию (УЗДГ) полового члена, предстательной железы, урофлоуметрию, уровень тестостерона, глюкозу, ПСА в сыворотке крови. У всех пациентов исключен сахарный диабет, рак простаты, а уровень ПСА был ниже 3,5 нг/мл. У 3 пациентов уровень тестостерона был в серой зоне, чуть выше 8 нмоль/л.

Всем пациентам была назначена КТ: ингибиторы 5- α -редуктазы (дутастерид) в сочетании с $\alpha 1$ -адреноблокаторами (тамсулозин). На фоне КТ пациенты принимали тадалафил 20 мг по требованию 2 раза в неделю. Пациенты были разделены на две группы.

В 1-й группе (основная) 20 пациентам назначали комбинированные растительные экстракты ЛИБИДОПРОСТ (Tongkat ali root extract 220 mg, Peruvian Macca Root Extract 220 mg, American Ginseng Extract 160 mg, Ecdysterone 60 mg, Ashwagandha Extract 44 mg, Black Pepper Extract (piperine) 8 mg, Yohimbine 2.8 mg) по 2 капсулы 1 раз в день, ежедневно в течение 12 недель, а во 2-й группе (контрольная) 20 пациентам назначали только комбинированную терапию (КТ) и тадалафил 20 мг по требованию.

Результаты. До лечения МИЭФ в обеих группах был ниже 20 баллов и составлял в среднем 18,31 балла. После 12-недельного лечения отмечено достоверное повышение МИЭФ на 5,6

балла в 1-й группе (23,91 балла), а во 2-й группе на 3,0 балла, что в среднем составило 21,3 балла. У 30 % пациентов обеих групп до лечения I-PSS соответствовал легкой и средней степени расстройству акта мочеиспускания и составлял в среднем 7,31; 8,50 баллов, соответственно. После лечения в 1-й группе этот показатель достоверно снизился на 4,3 балла и составил в среднем 3,01 балла, а во 2-й группе снизился на 2 балла — 6,50 балла.

До лечения Qmax в 1-й группе в среднем составляла 13,8 мл/сек, а после лечения - 15,4 мл/сек), во 2-й группе - 13,1 мл/сек (после лечения – 14,2 мл/сек). До лечения количество остаточной мочи в 1-й группе, в среднем, составляло 29,7 мл (после лечения не определялось). Во 2-й группе этот показатель до лечения, в среднем, составлял 30,4 мл (после лечения – 22,8 мл). До лечения по УЗИ полового члена в обеих группах достоверно установлено снижение максимальной систолической скорости кровотока (Vmax) в кавернозных артериях полового члена.

После лечения у пациентов 1 группы установлено достоверно более раннее улучшение кровотока в сосудах полового члена, предстательной железе, чем во 2 группе.

Пациенты 1 группы, принимавшие Тадалафил 20 мг по требованию, отказались от его приема по причине отсутствия необходимости к концу 6 недели - 12 (60 %) пациентов, к концу 12 недели еще 8 (40 %) пациентов. Тогда как во 2 группе к концу 6 ой недели Тадалафил 20 мг перестали принимать 2 (10%) пациента, а к концу 12 недели еще 7 (35%) пациентов. 11 пациентов 2 группы продолжали принимать Тадалафил 20 мг по требованию и после 12 недель лечения.

Ни у одного пациента 1-й и 2-й групп не отмечено побочных эффектов на прием препаратов. Нами получен положительный клинический эффект у 94 % пациентов 1-й группы и 67 % – 2-й группы.

Заключение. Отмечено положительное влияние комбинированной терапии с добавлением растительных экстрактов ЛИБИДОПРОСТ как на эректильную функцию с улучшением кровотока в сосудах полового члена, предстательной железы, так и на симптомы нижних мочевых путей. Комбинированная терапия с ЛИБИДОПРОСТОМ в значительной степени улучшала качество жизни больных, снижала уродинамические симптомы, прогрессирование эндотелиальной дисфункции и процессы пролиферации и апоптоза в предстательной железе.

РАЗВИТИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО СТЕНТИРОВАНИЯ МОЧЕТОЧНИКА

Б.В. Ханалиев, А.В. Иванов, А.Г. Барсегян, Е.И. Косарев

Кафедра урологии и андрологии института усовершенствования врачей ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Россия.

Ключевые слова: эректильная дисфункция; внутреннее стентирование мочеоточника; ретроградная интрауретральная хирургия

Введение/Цель исследования. Внутреннее дренирование мочевыводящих путей с использованием мочеоточникового стента широко используется в урологической практике. Врачу-урологу все чаще доводится сталкиваться со стент-зависимыми, или стент-ассоциированными симптомами, проявляющимися поллакиурией, дизурией, чувством неполного опорожнения мочевого пузыря, болью в поясничной и надлобковой областях, недержанием

мочи, гематурией и тд. Перед проведением ретроградной интрауретральной хирургии (РИРХ) у пациентов с нефролитиазом для подготовки мочеоточника (первый этап) производится внутреннее стентирование на 10-14 дней. В послеоперационном периоде после установки стента отмечена доля мужчин (репродуктивного возраста), которые испытывали нарушение эректильной функции. Цель исследования - оценить степень влияния внутреннего стентирования мочеоточника на развитие эректильной дисфункции у мужчин.

Материалы и методы. Одноцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование, проведенное в 2021-2022 гг. На базе ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ г. Москвы в исследование вошли 70 пациентов (мужчин), которым выполнялось внутреннее стентирование мочеоточника на 10-14 дней перед проведением РИРХ. Все пациенты были анкетированы с помощью опросника МИЭФ-5 до проведения стентирования, на 2-е и 10-е сутки после установки стента мочеоточника, а так же на 14 сутки после проведения РИРХ. С целью минимизирования стент-ассоциированных симптомов после первого этапа оперативного вмешательства пациенты получали препараты группы альфа-адреноблокаторов (тамсулозин 0,4 мг в сутки) на весь период внутреннего стентирования.

Результаты. После проведения внутреннего стентирования мочеоточника отмечено нарушение эректильной функции у 54 мужчин (77%). Снижение количества баллов у данных пациентов по опроснику МИЭФ-5 на 2-е сутки в среднем на 6,7. Однако, на 10-е сутки отмечено увеличение количества баллов на 3,2. После проведения РИРХ на 14 сутки симптомы эректильной дисфункции практически полностью нивелированы.

Заключение. По нашему мнению, появление эректильной дисфункции после стентирования мочеоточника связано с обратимыми психогенными нарушениями. Перед проведением стентирования необходимо информирование о возможном снижении эректильной функции. По данному вопросу продолжается исследование и проводится углубленный анализ.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭРЕКТОКРЕМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Карпов Е.И.^{1,2}, Ананьин А.М.², Ананьин Б.А.³

¹ГБУ РО «Городская клиническая поликлиника №6», Рязань

²ООО МЦ «Гармония», Рязань

³ФГБОУ ВО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ

Введение. Препараты группы ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (иФДЭ-5) являются первой линией терапии эректильной дисфункции (ЭД). Но при увеличении количества больных стали появляться пациенты, которые не могли использовать иФДЭ-5 из-за побочных эффектов и противопоказаний. Применение второй линии терапии (внутрикаверзные инъекции) носит ограниченный характер из-за инвазивности. В качестве альтернативы интракаверзным инъекциям в какой-то степени можно рассмотреть Эректокрем - экстраординарный органический крем на основе ламеллярной формулы концентратов растений, обогащённый гидролатом любистка и аргинином, обладает тонизирующим и сосудодилататорным действием. Ламеллы экстраординарной формулы обладают полным проникновением

через верхний эпидермальный слой, оказывают комплексное воздействие на капилляры, сосуды, мышечные волокна, способствуют усилению кровоснабжения в половом члене.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 9 мужчин в возрасте от 35 до 60 лет, не имеющих возможности принимать иФДЭ-5 и использующие другие средства, принимаемые при лечении ЭД (гель тестостерона, афалаза, аденопросин, ЛОД-терапия). Эректокрем наносился на кожу полового члена ежедневно в течение одного месяца. Эффект оценивался через 15-30 минут. Для оценки результата использовалась визуально-аналоговая шкала (ВАШ), где 0 баллов - отсутствие эрекции, а 10 баллов – полноценная эрекция.

Результаты. При оценке результатов эффективности препарата распределение по шкале ВАШ произошло следующим образом: 3 человека – 2 балла; 1 человек – 3 балла; 1 человек – 5 баллов; 2 человека – 6 баллов; 1 человек – 9 баллов. Средняя оценка эффективности составила 4,3 балла. При использовании не отмечено ни одного неблагоприятного явления.

Заключение. Применение препарата Эректокрем является безопасным, довольно эффективным у определенной категории пациентов и возможно в какой-то мере может рассматриваться как альтернатива внутрикавернозным инъекциям у пациентов с противопоказаниями к иФДЭ-5.

ЭРЕКТИЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ИНГИБИТОРА ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ 5-ГО ТИПА (ИФДЭ5)

Ханалиев Б.В., Тевлин К.П., Косарев Е.И., Азизов Р.М., Барсегян А.Г.

Кафедра урологии и андрологии ИУВ ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

Введение/Цель исследования. Хирургические методы лечения, такие как лапароскопическая хирургия и робот-ассистированная лапароскопическая хирургия, были разработаны для снижения хирургической травмы. После создания системы Da Vinci (Intuitive Surgical Inc., Sunnyvale, CA, USA), эксплуатация которой началась в 2000 г. Робот-ассистированная простатэктомия (РАП) быстро стала «золотым стандартом» в лечении локализованного рака предстательной железы (РПЖ). Кроме того, применение системы Da Vinci привело к сглаживанию и уменьшению продолжительности кривой обучения, что привело к увеличению консольных хирургов по всему миру. РАП позволила сократить количество осложнений в периоперационном периоде по сравнению с открытыми вмешательствами и быстрее восстановиться в послеоперационном периоде. Для профилактики и лечения эректильной дисфункции после нервосберегающей робот-ассистированной простатэктомии (НСРАП) в качестве терапии 1-й линии применяются иФДЭ-5, наиболее часто - тадалафил, силденафил и варденафил. Тадалафил в дозировке 5 мг/сут зарегистрирован для применения в Российской Федерации (РФ) в самом начале 2011 года и является единственным иФДЭ-5 с возможностью ежедневного приема. Цель исследования. Проведена оценка эректильной функции и влияние иФДЭ5 (тадалафил) у 437 пациентов с раком предстательной железы, перенесших НСРАП.

Материалы и методы. Мы провели когортное ретроспективное исследование, в основу которого был положен анализ 437 пациентов с РПЖ, которым впоследствии выполнялась НСРАП с 2015 по 2021 гг. (в НМХЦ имени Н.И. Пирогова Минздрава РФ). Все пациенты были распределены по четырем группам в зависимости от методики нервосбережения и приема иФДЭ5 (тадалафила). В нашем исследовании показанием к выполнению НСРАП был локализованный РПЖ (T1-2cNoMo). Противопоказанием к выполнению НСРАП мы считали результат гистологического исследования (наличие перинеуральной инвазии), распространение опухоли в парапростатическую клетчатку, морбидное ожирение (индекс массы тела (ИМТ) больше 40), возраст пациента (старше 80 лет) или экстремально большой объем предстательной железы (больше 140 см³). Все операции были выполнены одним хирургом, обладающим значительным клиническим опытом выполнения НСРАП. В качестве критерия наличия эректильной функции в послеоперационном периоде мы использовали результаты опросника МИЭФ-5, в частности, возникновение эрекции в более чем в 50% половых актов рассматривалось нами, как наличие эректильной функции после РАП в послеоперационном периоде.

Результаты. В первую группу входили пациенты с монолатеральной НСРАП, принимавших плацебо. Во вторую группу входили пациенты с билатеральной НСРАП, принимавших плацебо. В третью группу входили пациенты с монолатеральной НСРАП, принимавших иФДЭ5 (тадалафил) в дозировке 5 мг. В четвертую группу входили пациенты с билатеральной НСРАП, принимавших иФДЭ5 в дозировке 5 мг. Результат оценивался с помощью результатов опросника МИЭФ-5. В первой группе пациентов восстановление эректильной функции через месяц после оперативного вмешательства наблюдалось у 29 пациентов из 65, а через 3 месяца — у 47 из 65. Через 6 месяцев после оперативного вмешательства эректильная функция восстановилась у 57 больных из 65. Во второй группе пациентов восстановление эректильной функции через месяц после оперативного вмешательства наблюдалось у 49 пациентов из 83, а через 3 месяца — у 62 из 83. Через 6 месяцев после оперативного вмешательства эректильная функция восстановилась у 74 больных из 83 (с 3 пациентами связь была утрачена). В третьей группе пациентов восстановление эректильной функции через месяц после оперативного вмешательства наблюдалось у 70 пациентов из 110, а через 3 месяца — у 92 из 110. Через 6 месяцев после оперативного вмешательства эректильная функция восстановилась у 104 больных из 110. В четвертой группе пациентов восстановление эректильной функции через месяц после оперативного вмешательства наблюдалось у 139 пациентов из 179, а через 3 месяца — у 158 из 179. Через 6 месяцев после оперативного вмешательства эректильная функция восстановилась у 170 больных из 179 (с 5 пациентами связь была утрачена).

Заключение. По данным нашего исследования, применение иФДЭ5 (тадалафила) в дозировке 5 мг 1 раз в сутки способствует скорейшему улучшению эректильной функции у пациентов после проведения билатеральной НСРАП по сравнению с группой пациентов, с монолатеральной НСРАП и группой пациентов, принимавших плацебо. Ежедневное применение иФДЭ5 (тадалафила) с билатеральной НСРАП приводит к лучшим показателям эректильной функции по прошествии 1, 3 и 6 мес. после операции по сравнению с плацебо, обеспечивая более быстрое восстановление эректильной функции. Тем не менее, по прошествии периода наблюдения продолжительностью более 1 года выраженных различий между группами пациентов, получавших иФДЭ5 (тадалафил) ежедневно и получающих плацебо, отмечено не было. У 98 % пациентов эректильная функция восстановлена. Проведенный анализ показал значимую роль в оценке качества жизни пациентов после робот-ассистированной радикальной нервосберегающей простатэктомии и значимую роль приема иФДЭ5 (тадалафила) после данных операций.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ВЕНО-ОККЛЮЗИВНОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Овчинников Р.И.^{1,2}, Попова А.Ю.², Гамидов С.И.²

¹Центр репродуктивной медицины «СкайФерт», Москва

²Отделение андрологии и урологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В. И. Кулакова» Минздрава России, Москва

Введение: вено-окклюзивная эректильная дисфункция (ВОД) является одной из самых тяжелых для лечения форм эректильной дисфункции (ЭД). Эффективность существующих видов фармакотерапии (ингибиторы ФДЭ-5, интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов) не превышает 60–75%. Целью данного исследования явилось улучшение результатов лечения больных ЭД и поиск новых эффективных методов лечения ВОД.

Материалы и методы: 58 больных изолированной ВОД в возрасте от 18 до 47 лет (в среднем 29,7±8,3 лет) были обследованы с использованием анализа жалоб, истории заболевания, физикального обследования, анкетирования МИЭФ, фармакодупплерографии (ФДГ) сосудов полового члена, данных лабораторных обследований. Критерием исключения из исследования являлась артериальная гипертензия. Всем больным был назначен фозиноприл в индивидуально подобранной дозе 10-40 мг однократно вечером в течение 3 мес. Контроль артериального давления и пульса проводился еженедельно, анкетирование МИЭФ и ФДГ – 1 раз в мес.

Результаты: результаты анкетирования МИЭФ, показатели системной гемодинамики и ФДГ кавернозных артерий представлены в таблице.

Показатель	Исходно	1 мес.	2 мес.	3 мес.
Показатель «эректильная функция» МИЭФ, балл	18,6±5,2	21,3±4,8	23,4±3,7*	25,1±4,3*
Систолическое АД, мм рт.ст.	125,6±7,6	121,6±7,4	119,2±8,1	120,3±5,9
Диастолическое АД, мм рт.ст.	83,2±5,4	65,3±6,2*	67,2±4,9*	66,3±5,7*
Пульс, уд./мин.	68,2±6,2	70,5±5,8	66,1±4,9	69,4±7,3
ПСС в кавернозных артериях, см/с	32,4±7,3	31,3±6,5	30,8±6,8	32,1±5,4
КДС в кавернозных артериях, см/с	12,3±4,1	6,9±3,7*	7,4±3,4*	7,3±3,8*
Индекс резистентности	0,62±0,08	0,78±0,1*	0,76±0,07*	0,77±0,06*

* - статистически достоверное изменение по сравнению с исходными показателями (p<0,05)

Переносимость и безопасность терапии отмечена как хорошая, побочных эффектов в виде гипотензии зафиксировано не было.

Заключение: ежедневное назначение индивидуально подобранных доз фозиноприла приводило к достоверному увеличению показателя «эректильная функция» анкеты МИЭФ со 2 мес. лечения за счет улучшения пенильного венозного кровотока, зафиксированного при ФДГ (снижения КДС и индекса резистентности). Учитывая, что изолированной ВОД при отсутствии артериальной гипертензии страдают в основном молодые пациенты, предложенный новый эффективный способ консервативного лечения данного страдания может стать терапией выбора для многих больных ВОД.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ КАВЕРНОЗНЫХ ТЕЛ

Овчинников Р.И.^{1,2}, Гамидов С.И.²

¹Центр репродуктивной медицины «СкайФерт», Москва

²Отделение андрологии и урологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В. И. Кулакова»
Минздрава России, Москва

Введение: для консервативного лечения эректильной дисфункции (ЭД) применяются пероральные препараты: ингибиторы фосфодиэстеразы-5 (иФДЭ-5) – силденафил (S), тадалафил (Т), варденафил (V) и интракавернозные инъекции (ИКИ) вазоактивных веществ (альпростадил (А) и др.). Целью нашего исследования являлась оценка влияния различных видов терапии ЭД на кавернозную электрическую активность и гемодинамику полового члена.

Материалы и методы: 291 больной с ЭД различной этиологии в возрасте 21-73 лет (в среднем 59,1±14,7 лет) после обследования, включавшего анкетирование Международный Индекс Эректильной Функции (МИЭФ), фармакодоплерографию (ФДГ) и электромиографию (ЭМГ) полового члена были разделены на 3 группы, сопоставимые по возрасту, степени тяжести, предположительной этиологии и патогенезу ЭД: 1-ю группу составили 79 больных, которым проводили ИКИ 5-40 мкг А за 15-20 мин до полового акта; 2-ю группу составили 212 больных, принимавших один из иФДЭ-5 за 1 час до полового акта: 100-25 мг S (n=81) или 20 мг Т (n=64) или 20-5 мг V (n=67), в течение 6 мес. Контрольное обследование, проводившееся ежемесячно, включало анкетирование МИЭФ, ФДГ и ЭМГ полового члена. Для статистической обработки использовался софт Statistica-10 (p<0,05).

Результаты: изменение различных показателей в % представлено в таблице.

Показатель	ИКИ А	иФДЭ-5		
		S	T	V
«Эректильная функция» МИЭФ	+54,3*	+61,7*	+70,4*	+62,6*
ПСС в кавернозных артериях	+89,1*	+16,1	+21,3*	+22,6*
КДС в кавернозных артериях	-3,2	-27,2*	-32,8*	-30,5*
Индекс резистентности	+6,9	+34,6*	+38,2*	+33,5*
Норморефлекторная ЭМГ-кривая	+9,4	+43,2*	+48,8*	+38,9*
Гипорефлекторная ЭМГ-кривая	-11,3	-20,7*	-17,4*	+7,3
Арефлекторная ЭМГ-кривая	-12,5	-73,2*	-65,6*	-80,1*

* - статистически достоверное изменение (p<0,05)

Заключение: патогенетическое влияние на артериальную составляющую ЭД любой этиологии оказывали ИКИ А и иФДЭ-5, на венозную составляющую – лишь иФДЭ-5: S, T, V - в равной степени. Состояние кавернозных тел за счет восстановления нормальной кавернозной электрической активности улучшали только иФДЭ-5. Терапия ИКИ А не приводила к такому эффекту. Требуется дальнейшие исследования в этой области.

Гормональные нарушения

ДЕФИЦИТ ТЕСТОСТЕРОНА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ

Шкодкин С.В.^{1,2}, Идашкин Ю.Б.¹, Чирков С.В.², Аскари Ж.К.²

¹ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа, Белгород

²ФГАОУ НИУ БелГУ, Белгород

Соматический и метаболический статус пациента играют одну из главенствующих ролей в снижении риска послеоперационных осложнений. Уровень тестостерона с его анаболической активностью может с одной стороны выступать маркером репаративных процессов, так наличия коморбидности у данного пациента. Кроме того, имеются данные снижения уровня тестостерона в зависимости от тяжести хирургической травмы.

Цель исследования: оценить динамику тестостерона у пациентов после хирургического лечения ДГПЖ в зависимости от доступа.

Материал и методы. Нами проведен анализ динамики тестостерона после позадилоной аденомэктомии и лазерной гольмиевой энуклеации аденомы простаты в раннем послеоперационном периоде у 76 и 82 пациентов соответственно. Показанием к операции у которых выступила неэффективность консервативной терапии. Средний возраст пациентов не различался в исследуемых группах и составил $65,2 \pm 8,3$ и $66,2 \pm 7,1$ года для аденомэктомии и энуклеации соответственно ($p > 0,05$). Аналогичные тенденции отмечены для объема простаты, который до операции находился в пределах $113,2 \pm 68,1$ см³ и $102,7 \pm 39,2$ см³ соответственно ($p > 0,05$). У пациентов накануне операции и на 1, 7, 30, 60 и 90 сутки после операции определяли уровень общего тестостерона.

Результаты и обсуждение. В нашем исследовании не выявлено корреляций между уровнем тестостерона и объемом ДГПЖ на до операционном этапе. Однако регистрировали закономерное его снижение с возрастом в обеих группах наблюдения, что в пятой, шестой и седьмой декадах суммарно для всей выборки составило $24,1 \pm 6,1$ нмоль/л, $17,8 \pm 8,4$ нмоль/л и $14,2 \pm 5,1$ нмоль/л соответственно. При этом различия между пятой и седьмой декадами статистически достоверны ($p < 0,01$).

Хирургическая травма явилась причиной падения уровня сывороточного тестостерона у всех пациентов. Мы не получили зависимости выраженности андрогенодефицита от вида хирургического пособия, более того, вопреки ожиданиям эндоскопическое вмешательство сопровождалось хоть статистически не значимым, но все-таки более выраженным его снижением ($p > 0,05$). Следует отметить, что в обеих группах сохранялась тенденция взаимосвязи величины потери уровня тестостерона от его исходного значения. Так, у пациентов с исходным уровнем тестостерона менее 10 нмоль/л это падение было статистически не достоверным и в исследуемых группах на первые сутки относительно дооперационных значений составило $7,8 \pm 2,1$ нмоль/л и $6,2 \pm 2,9$ нмоль/л против $7,1 \pm 2,8$ нмоль/л и $5,6 \pm 3,1$ нмоль/л для позадилоной аденомэктомии и HoLEP соответственно ($p > 0,05$). Напротив, у пациентов с уровнем общего тестостерона больше обозначенного уровня мы регистрировали статистическое значимое снижение общего тестостерона в обеих группах на протяжении всего периода наблюдения, последний при этом не достиг исходных показателей через 90 суток после оперативного вмешательства ($p < 0,05$). В группе позадилоной аденомэктомии снижение тестостерона на первые сутки относительно исходных значений достигло 41%

с $19,5 \pm 8,3$ нмоль/л $11,6 \pm 3,2$ нмоль/л, для группы Holet аналогичные показатели составили 57%, $21,4 \pm 7,3$ нмоль/л и $9,2 \pm 2,7$ нмоль/л ($p < 0,01$). И хотя статистической разницы в группах не выявлены, тенденции для Holet не утешительны.

Таким образом, хирургическая травма вне зависимости от использованного хирургического пособия приводила к падению уровня общего тестостерона. Степень его снижения коррелировала с исходным уровнем, была максимальна у зугонадных пациентов и не имела статистически достоверных различий у гипогонадных мужчин с общим тестостероном менее 10 нмоль/л.

ВОЗРАСТНОЕ СНИЖЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ АНДРОГЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ И ЕГО ПОТЕНЦИАЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ЭРЕКТИЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ

Стрелков А.Н., Астраханцев А.Ф.

г.Рязань

Введение. Эффекты тестостерона (Т) в мужском организме многочисленны и разнообразны, что связано с широким представительством андрогеновых рецепторов (AR) в различных тканях, через которые и происходит реализация гормональных эффектов.

Сексуальная функция у мужчин в целом, и эректильная в частности во многом также реализуется и регулируется Т, и имеет выраженную тенденцию к снижению с увеличением возраста мужчины. AR представлены в гладкомышечных клетках (ГМК) и эндотелиоцитах (ЭЦ) кавернозных тел, белочной оболочке, сосудах полового члена.

Экспериментально на животных моделях показано отрицательное влияние андрогенной депривации на кавернозную ткань, и возможную обратимость при снятии андрогенной блокады.

Как известно, в сутки в целом синтезируется около 5 мг Т, преимущественно клетками Лейдига тестикул, контролируется лютеинизирующим гормоном гипофиза, находящимся, в свою очередь, под контролем соответствующего тропного гормона гипоталамуса. Между Т и ЛГ имеется отрицательная обратная связь. Часть Т превращается в более активный дигидротестостерон под действием 5-альфа редуктазы. В сутки образуется суммарно около 400 мкг дигидротестостерона. Т и его активные формы связываются с AR, приводя к увеличению синтеза соответствующих белков клеток-мишеней. Врожденные или приобретенные нарушения в строении AR влияют на связь с Т, при этом эффекты гормона снижаются от частичной до полной нечувствительности к андрогенам.

Известно, что с возраста 30 лет происходит постепенное – около 1% в год – и необратимое снижение абсолютного уровня Т, связанное со снижением его синтеза. Вопросы активности AR и возможности его блокирования активно изучаются из-за связи с раком простаты. При этом изучение динамики активности AR у мужчин различного возраста и их влияние на эректильную функцию изучены мало.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили фрагменты кавернозной ткани, полученные путем прижизненной биопсии дистальных отделов кавернозных тел полуавтоматической иглой DSX 16/10 на уровне венечной борозды у 36 мужчин в возрасте

от 35 до 81 года. Подготовку материала к иммуногистохимическому (ИГХ) исследованию проводили по стандартной методике. ИГХ оценку экспрессии AR проводили на полностью автоматизированной системе ИГХ-окрашивания Leica BOND-MAX с использованием стандартного протокола. В работе использовали антитела к рецепторам андрогенов фирмы Dako (Дания), клон AR441 в разведении 1:60. Определяли общее количество ядер ГМК и ЭЦ и AR-позитивных в 10 произвольных полях зрения при увеличении $\times 400$, на снимках, выполненных с использованием микроскопа «AxioImager Z1» (Zeiss). Долю определяли как отношение позитивно окрашенных ядер к общему числу ядер в поле зрения. Определение доли, средних значений и их квадратичных отклонений проводили с применением программы «Биостат». С использованием программы Excel методом наименьших квадратов строили линии тренда с определением величины достоверности аппроксимации R^2 , коэффициента пропорциональности.

Результаты. Выявлена однозначная тенденция к снижению экспрессии AR с увеличением возраста: в ЭЦ ($y = -0,3089x + 53,237$; $R = 0,0238$) и ГМК ($y = -0,2949x + 63,785$; $R = 0,0177$). Следует отметить: отмечается определенная стабильность в рецепторном статусе мужчин в первом и втором периоде зрелого возраста с существенным снижением в более старшей возрастной группе.

Таким образом, наряду с известной возрастной динамикой гормонального воздействия тестостерона в виде снижения синтеза клетками Лейдига, отмечается снижение экспрессии андрогенового рецептора в гладкомышечных клетках и эндотелиоцитах кавернозной ткани с возрастом, что также может вносить свой вклад в развитие эректильной дисфункции у мужчин старшего возраста. Вероятно, аналогичные изменения в уровне экспрессии AR можно предположить во всех тестостерон-зависимых органах и тканях.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ РАСТИТЕЛЬНЫХ ЭКСТРАКТОВ В ОТНОШЕНИИ СИМПТОМОВ И ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С НОРМОГОНАДОТРОПНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ

Карида М.В., Красняк С.С., Воеводина А.К.

Москва

Введение. Мужской гипогонадизм – клинический синдром, вызванный недостаточностью андрогенов, который может оказывать отрицательное влияние на различные функции и качество жизни. У мужчин среднего возраста распространенность андрогенной недостаточности достигает 6%, ежегодное снижение уровня тестостерона составляет 0,4-2%. Имея в виду потенциальный риск заместительной гормональной терапии части пациентов может быть показано лечение с применением натуральных бустеров тестостерона.

Цель исследования. Оценить динамику параметров анализа крови (общий тестостерон, ГСПГ, эстрадиол) и анкет IIEF-5 и AMS на фоне терапии препаратом «Альфа 420» у мужчин с нормо- и гипогонадотропным гипогонадизмом.

Материалы и методы. Было проведено наблюдательное исследование, которое включало 21 мужчину, предъявляющих жалобы, типичные для гипогонадизма, в сочетании со

снижением уровня общего тестостерона. Средний возраст испытуемых составлял $39,7 \pm 11,1$ лет (от 24 до 67). Все испытуемые получали препарат «Альфа 420», содержащий экстракты Эврикомы длиннолистной, Горянки крупноцветковой и сельдерея, по 1 капсуле 1 раз в день в течение 2 месяцев.

Результаты. На фоне 2 месяцев приема препарата «Альфа 420» уровень общего тестостерона достоверно увеличился на 96,1% с 10,3 до 20,2 нмоль/л ($p < 0,05$), уровень эстрадиола снизился на 37,8% с 35,2 до 21,4 пг/мл ($p < 0,05$). Исходя из анкетирования, количество баллов по шкале ПЕФ-5 клинически значимо увеличилось в среднем на 5,8 баллов с 15,7 до 21,5 ($p < 0,05$), количество баллов по шкале AMS снизилось с 37,9 до 21,9 ($p < 0,05$). В ходе данного исследования уровень ГСПГ достоверно не изменился.

Выводы. Применение препарата «Альфа 420» в течение 2 месяцев у пациентов с нормогонадотропным гипогонадизмом приводит к клинически значимому улучшению симптоматики и существенному повышению уровня тестостерона.

Мочекаменная болезнь

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО РАЗМЕРА НЕФРОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКИ УСТАНОВЛИВАЕМОЙ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ СТАНДАРТНОЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОМИИ

Мухтаров Ш.Т.¹, Насиров Ф.Р.¹, Сафаев Ё.У.¹, Каюмов А.А.¹, Рахимова А.Н.²

¹ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии» (РСНПЦУ)

²Студентка 4-го курса Казанского Государственного Медицинского Университета Город Ташкент

Цель исследования. Анализ и оценка результатов стандартной перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ), в зависимости от размера нефростомической трубки.

Материалы и методы. В данное исследование включены результаты 300 вмешательств, выполненных в период с 2020 по 2022 годы, в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре урологии. Больные, путём рандомизации разделены на 3 группы. В каждую группу вошли по 100 пациентов, которым по завершению стандартной ПНЛ установлена нефростомическая трубка размером 22, 18 и 14 Fr, соответственно. Все операции выполнены хирургами имеющих достаточный опыт (более 2000 перкутанных операций на почках). Послеоперационное снижение гемоглобина крови по сравнению с исходным значением оценивалось между двумя группами на 3 сутки после операции. Послеоперационная боль оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) через 24 часа после вмешательства. Адекватность функции нефростомической трубки в послеоперационном периоде оценивалась при помощи ультразвукового исследования (УЗИ).

Результаты. Средний возраст пациентов в трёх группах составил $38,1 \pm 14,9$, $39,5 \pm 13,9$ и $40,2 \pm 14,3$, соответственно. Средний размер камня в группах составил $34,1 \pm 11,6$, $33,4 \pm 8,6$ и $33,6 \pm 10,5$, соответственно. Время операции в группах составил $66,7 \pm 15,4$, $62,3 \pm 16,7$ и $72,4 \pm 21,3$ мин соответственно. Статистически значимая разница наблюдалась между результатами группы 2 и 3. Средний балл по ВАШ в группах составил $4,2 \pm 2,1$, $3,8 \pm 1,2$, и $3,3 \pm 1,1$, соответственно. Статистически значимая разница наблюдалась между результатами группы 1 и 3. Послеоперационное снижение гемоглобина на 3 сутки было значительно меньше в группе 1 по сравнению с остальными группами и составил $1,9 \pm 1,3$, $2,1 \pm 0,9$, $2,7 \pm 1,3$ г/л, соответственно. Статистически значимая разница наблюдалась между результатами группы 1 и 2, 1 и 3. Время пребывания пациентов в стационаре в группах составил $3,9 \pm 1,2$, $3,6 \pm 0,9$ и $4,7 \pm 1,6$ мин соответственно. Результаты группы 2 с катетерами 18 Fr были короче, в сравнении двух остальных групп, различия показателей статистически значимы. Показатель качества жизни в группах составил $3,5 \pm 0,4$, $3,9 \pm 0,3$ и $3,6 \pm 0,2$ соответственно. Результаты группы 2 с катетерами 18 Fr были лучше, в сравнении двух остальных групп, различия показателей статистически значимы.

Выводы. Послеоперационное снижение гемоглобина было значительно меньше в группе 1 (22 Fr), которое возможно связано с гемостатическим эффектом катетера большого размера. Послеоперационная боль была наименьшей (ВАШ=3,1) у пациентов с меньшим (14 Fr) размером дренажа. Время пребывания в стационаре также было достоверно больше у

пациентов с меньшим (14 Fr) размером дренажа, которое обусловлено более длительным окрашиванием мочи по трубке в послеоперационном периоде. Течение послеоперационного периода в целом было значительно лучше у пациентов с нефростомическим дренажом 18 Fr в сравнении с группами пациентов, имевших дренажи 22 и 14 Fr.

Ключевые слова: Мочекаменная болезнь, перкутанная нефролитотрипсия.

НОВЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО УРОЛИТИАЗА

Савилов А.В.^{1,3}, Джайн М.^{1,2}, Тивтикян А.С.², Коцепуга М.Е.², Анохин Д.М.², Самоходская Л.М.^{1,2}, Охоботов Д.А.^{1,2}, Афанасьевская Е.В.², Мамедов В.Н.², Шурыгина А.С.², Шершнев С.П.³, Камалов А.А.^{1,2}

¹Медицинский научно-образовательный центр МГУ им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия;

²МГУ им. М. В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины;

³ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» Министерства обороны РФ, Москва, Россия

Введение. Многочисленные факторы, приводящие к образованию конкрементов, в настоящее время недостаточно изучены. В основе патогенеза мочекаменной болезни также лежат генетические факторы. Однонуклеотидные полиморфизмы в различных генах могут оказывать влияние на риск манифестации и рецидива МКБ. Раннее установление наследственной предрасположенности к манифестации и рецидиву данного заболевания может оказаться важнейшим звеном в профилактике и метафилактике МКБ. Таким образом, изучение роли полиморфизмов в патогенезе уролитиаза является актуальной задачей.

Цель исследования. Изучить ассоциации однонуклеотидных полиморфизмов генов TNFRS11B (Tumor necrosis factor receptor superfamily member 11B (остеонротегерин); rs3134057), ESR1 (Estrogen receptor isoform 1; rs851982), VDR (Vitamin D receptor; rs1540339), CASR (Calcium-sensing receptor; rs2202127), KL (Klotho protein; rs2526906) с развитием рецидивировующего уролитиаза.

Материалы и методы. В исследование было включено 96 пациентов; среди них 45 пациентов с рецидивом кальций-оксалатной формы мочекаменной болезни, причем с локализацией основного конкремента в одном из мочеточников (основная группа); контрольная группа состояла из 51 добровольца, не страдающего мочекаменной болезнью, семейный анамнез которых также не был отягощен данным заболеванием. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом Медицинского научно-образовательного центра Московского университета имени М.В. Ломоносова и проведено в соответствии с постулатами Хельсинкской декларации. Все участвующие пациенты предоставили подписанные формы добровольного информированного согласия. У всех участников были взяты образцы венозной крови с последующим выделением ДНК с использованием роботизированной системы. Анализ однонуклеотидных полиморфизмов в кандидатных генах пациентов основной и контрольной групп проводился с помощью метода ПЦР. Статистической моделью для анализа данных служила биномиальная логистическая регрессия.

Результаты. В результате статистического анализа была обнаружена ассоциация между наличием однонуклеотидного полиморфизма rs3134057 в гене TNFRS11B (отношение шансов

(ОШ) – 1,92; доверительный интервал (ДИ): 1,05–3,52; $p = 0,031$) и развитием рецидивирующего уролитиаза. В то время как подобной статистически значимой ассоциации не обнаружилось для остальных исследуемых однонуклеотидных полиморфизмов в генах ESR1, CASR, VDR и KL (rs851982, rs2202127, rs1540339, rs526906 соответственно) ($p > 0,05$).

Выводы. Ассоциация однонуклеотидного полиморфизма rs3134057 гена TNFRSF11B с рецидивом кальций-оксалатного уролитиаза может быть принята во внимание как предиктор рецидивирующей формы заболевания, и использована для определения наилучшей терапевтической стратегии метафилактики данной формы МКБ.

ОСТЕОПРОТЕГЕРИН – ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МАРКЕР РЕЦИДИВА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Савилов А.В.^{1,3}, Джайн М.^{1,2}, Тивтикян А.С.², Коцелуза М.Е.², Анохин Д.М.², Самоходская Л.М.^{1,2}, Охоботов Д.А.^{1,2}, Шершнев С.П.³, Камалов А.А.^{1,2}

¹Медицинский научно-образовательный центр МГУ им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия;

²МГУ им. М. В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины;

³ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» Министерства обороны РФ, Москва, Россия

Введение. В ранее проведенном нами исследовании, посвященном изучению роли генетических факторов в развитии рецидивирующего уролитиаза, была обнаружена значимая взаимосвязь между наличием однонуклеотидного полиморфизма rs3134057 в гене ОПГ с развитием данного заболевания. Вышеуказанный однонуклеотидный полиморфизм является интронным, следовательно, не способным влиять на структуру и функции ОПГ, однако влияющим на его экспрессию. Таким образом, исследование уровня сывороточного ОПГ может иметь диагностическую значимость при рецидивирующей мочекаменной болезни.

Цель исследования. Изучить связь показателей сывороточного ОПГ с наличием рецидивирующего уролитиаза, а также влияние однонуклеотидного полиморфизма rs3134057 на концентрацию ОПГ.

Материалы и методы. В исследование были включены 124 добровольца с января 2021 года по январь 2022 года. Из 124 участников у 45 (основная группа №1) был установлен диагноз мочекаменная болезнь (МКБ) с рецидивирующим течением и локализацией основного камня в одном из мочеточников, 28 участников (основная группа №2) ранее перенесли единичный эпизод почечной колики с последующим хирургическим лечением или самоотхождением конкремента и на момент исследования камней в мочевыделительной системе не имели и 42 респондента контрольной группы, у которых не было мочекаменной болезни, в том числе в семейном анамнезе. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом Медицинского научно-образовательного центра Московского университета имени М.В. Ломоносова (протокол №12/20 от 21.12.2020 года) и проведено в соответствии с постулатами Хельсинской декларации. Все участвующие пациенты предоставили подписанные формы добровольного информированного согласия. В процессе работы проводилось генотипирование пациентов по полиморфизму rs3134057 гена ОПГ (TNFRSF11B). Содержание ОПГ в сыворотке определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов Human OPG ELISA kit ab100617 («Abcam», Cambridge, Великобритания) в соответствии с

рекомендациями производителя. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью программного обеспечения IBM SPSS Statistics 22.0 («IBM Corp», США).

Результаты. В ходе анализа было выявлено, что в основной группе (№1) с рецидивирующим течением МКБ и локализацией основного камня в одном из мочеточников уровни ОПГ были статистически значимо выше, чем в контрольной группе (медиана: 9,02 против 3,635, $p = 0,012$). При анализе взаимосвязи между концентрацией ОПГ в сыворотке и генотипом AA + AG против GG по rs3134057 гена ОПГ не было обнаружено статистически значимой разницы ($p > 0,05$). Такой же результат был и при сравнении групп с генотипами AA против AG против GG ($p > 0,05$).

Выводы. Настоящее исследование показало, что повышенный уровень ОПГ в сыворотке крови у пациентов с рецидивирующей формой МКБ может указывать на наличие рецидива заболевания. Дальнейшее исследование в больших выборках позволит окончательно подтвердить значимость ОПГ в качестве маркера рецидива МКБ, в том числе и при генетически детерминированных формах.

К ВОПРОСУ МЕТАФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА КУРОРТЕ

Рязанцев Н.И. Кочарян Г.В. Настюков В.В.

Ставропольское Краевое Общество урологов, Кавказские Минеральные Воды

Мочекаменная болезнь (МКБ) – болезнь обмена веществ вызванная различными эндогенными и /или экзогенными причинами, которые нередко носят наследственный характер и определяется наличием камня в мочевых органах. Это одно из самых распространенных урологических болезней, склонное к рецидивированному и нередко упорному течению.

(Н.А. Лопаткин 2010 г). Каждый седьмой человек на планете сталкивается с МКБ в течение жизни. В России боле 38% МКБ среди всей урологической патологии. По данным ВОЗ страдают до 3% населения на планете, причем наиболее часто люди трудоспособного возраста (20 - 60лет). (О.И. Аполихин 2014 г). Двусторонний уролитиаз выявляется до 30% случаев (В.П. Глыбочко, Ю.Г. Аляев 2012 г). Оксалатный уролитиаз составляет до 80% случаев МКБ.

В России за последние десятилетия наблюдается тенденция к увеличению числа пациентов с МКБ. Наиболее распространенными (до 80%) являются кальций-оксалатные и кальций-фосфатные камни, доля инфекционных камней составляет 10-15%; уратные и цистиновые камни составляет 5 и 1 % от числа всех камней. (Д.Ю. Пушкар 2012 г).

В течении 2019-2022года мы наблюдали 135 пациентов с множественными оксалатными микролитами почек (размер до 1см) из них двухсторонняя локализация отмечалась у 41 человека (30%). Всем больным назначались биологически активные добавки к пище (БАД) и различные растительные препараты отечественных компаний:

- 1) Уролит (компания VITAUCT) в виде раствора (морена красильная, морковь дикая семена, хвощ полевой, золотарник обыкновенный трава, фенхель обыкновенный трава, осина, зверобой продырявленный трава, горец птичий трава - спорыш) по 1 ст. ложке после еды через 30 – 40 мин. в течении 1го месяца.
- 2) Оксалит (компания SHPHARMA) – уникальная комбинация компонентов (филантус ниури, фукус, десмодиум) по одной капсуле 2 раза в день 3 месяца;

- 3) Фосфалит (компания SHPHARMA): дополнительный источник кальция витамина PP содержащий бергенин. Состав: кальция карбонат, сухой экстракт плодов клюквы крупноплодный, сухой экстракт корневищ Бадана
- 4) Нефробест (компания Мединторг) – экстракт травы золототысячника, экстракт корней Любистка, экстракт травы Розмарина, экстракт листьев брусники, по одной капсуле 2 раза в день один месяц.
- 5) Оксафорин (компания ОПТИСАЛТ) – капсулы состав: экстракт корней и корневищ марены красильной, экстракт корней подсолнечника однолетнего, оболочка капсулы (желатин), экстракт травы горца птичьего (спорыш), экстракт золотарника канадского, экстракт ортосифона тычиночного (почечный чай), экстракт травы хвоща полевого, экстракт корней любистока лекарственного, экстракт плодов тмина черного, экстракт кукурузных столбиков с рыльцами, магния цитрат, цитрат цинка (регулятор кислотности), пиридоксина гидрохлорид (витамин B6). По одной капсуле 2-3 раза в день во время еды в течении 2х – 3х недель.
- 6) Фитофрон (ФАРМВИЛАР) – лекарственное средство для лечения пиелонефрита, препятствующее образованию мочевых камней, гломерулонефрита. Действующие вещества: золототысячник, любисток, розмарин. Взрослым по 2 таблетки 3 раза в день, детям с 6 лет по 1 таблетке 3 раза в день. Раствор для приема внутрь разводить в небольшом количестве воды или запивать водой: взрослым по 70 капель три раза в день, детям по 35 капель 3 раза в день.
- 7) Резистон Уро – БАД по 1 – 2 капсулы 3 раза в день 1 месяц. Состав: Экстракт плодов клюквы и экстракт травы золотарника 70 мг

Рекомендовалась диета: употребление жидкости до трех литров (простая негазированная вода), два стакана воды перед сном; ограничить продукты богаты щавелевой кислотой и оксалатами: орехи, арахис, ревень, шпинат, пшеничные отруби, кунжут, свекла, сельдерей, черный чай, шоколад ограничение соли не более 3грам в сутки; ограничивать потребление белка из мяса морепродуктов, рыбы, курицы. Больным назначали прием минеральных вод Славяновская, Смирновская, Новотерская, «Эссентуки-Новая», лечебная физкультура терренкур.

В результате вышеуказанной фитотерапии в течении шести месяцев нами отмечалось отхождения микрокальценатов в 90% случаев, нормализация общего анализа мочи, отсутствие рецидивов микролитиаза

РАСТИТЕЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ УРОЛИТ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Деревянко Т.И., Симонов О.А., Придчин С.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. Мочекаменная болезнь является одним из самых полиэтиологических заболеваний современной медицины, требующей особого внимания при диагностике и поиске первопричины и этиологического лечения.

По статистическим данным в РФ отмечена динамика значительного роста заболеваемости, мочекаменной болезнью на 100000 населения. В абсолютных числах 2002 года – 440,5, и к 2009 году – 520,2. Ежегодный прирост заболеваемости составляет 3,5%.

Амбулаторное лечение на современном этапе основано на двух основных направлениях – профилактическом и метафилактическом лечении больных уролитиазом.

Цель. Оценка литолитических свойств препарата Уролит у больных мочекаменной болезнью.

Материалы и методы. Современное предупреждение и лечение мочекаменной болезни (в том числе в рамках литолитической терапии) постепенно сводятся к наиболее распространенному виду лечения - фитотерапии.

В настоящее время в практике уролога существует множество препаратов с литолитическими свойствами. На кафедре урологии СтГМУ (база – урологическое отделение ГБУЗ СК «СККБ») проведено собственное исследование применения препарата Уролит (компания Vitauct) у пациентов с мочекаменной болезнью.

В исследование было включено 60 пациентов с мочекаменной болезнью, локализация камней в почке и мочеточнике, размеры конкрементов от 6 до 12 мм, плотность камней от 500 до 950 единиц HE. У всех пациентов исходно имелся хронический пиелонефрит в фазе латентного воспаления, в связи с чем всем проводилась антибактериальная предоперационная подготовка (препаратами по результатам посева мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам). 30 пациентам основной группы, с различными размерами и локализацией конкрементов, в период до и после камнеразрушающих манипуляций (ДУВЛТ, КУЛТ) назначался препарат Уролит, курсом на 30 дней по 10 мл 3 раза в день. Параллельно основной группе пациентов наблюдалась и анализировалась контрольная группа больных в количестве 30 человек по клиническим характеристикам сопоставимая с основной группой пациентов, но без применения вышеуказанного препарата. Все пациенты наблюдались в течение 30 дней после оперативного лечения. При этом основное внимание уделялось следующим критериям:

1. Эффективность разрушения конкрементов.
2. Сроки отхождения фрагментов разрушенных конкрементов без изначальной тенденции к самоотхождению.
3. Воспалительно-инфекционные осложнения (острый пиелонефрит).

КРИТЕРИЙ	ОСНОВНАЯ ГРУППА	КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА
Разрушение конкрементов (количество пациентов)	28(93,3%)	24 (80%)
Сроки отхождения конкрементов и их фрагментов	от 3 до 14 дней	от 6 до 19 дней
Воспалительно-инфекционные осложнения (острый пиелонефрит) (количество пациентов)	3(10%)	5(16,6%)

2-м пациентам из основной группы и 6 пациентам из контрольной группы, у которых ДУВЛТ было неэффективно, в последствии выполнена лазерная фибропиелокalikолитотрипсия.

Результат. У пациентов, принимавших препарат Уролит, состоявших в основной группе наблюдения разрушение конкрементов было более эффективным, отмечалось более раннее отхождение камней и их фрагментов, а также меньшее количество воспалительно-инфекционных осложнений.

Выводы: препарат Уролит обладает достаточно высокой литолитической, литокинетической и уросептической эффективностью. Учитывая эти свойства, данный препарат может быть рекомендован, как в виде монотерапии, так и в комбинированном лечении больных мочекаменной болезнью.

НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПОСЛЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ

Саидахмедов А.С., Наджимитдинов Я.С., Абдукаримов О.О., Косимов О.И.

Ташкентская медицинская академия, кафедра урологии (Узбекистан)

Введение. Эндоурологические операции, на сегодняшний день, являются самыми распространенными вмешательствами при мочекаменной болезни. Учитывая их безопасность и высокую эффективность, операции начали широко применять при лечении детей с нефролитиазом. Однако после вмешательства, не часто, могут быть различные осложнения в том числе обострение инфекции мочевого тракта.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения пациентов в возрасте от 5 до 18 лет, которым в период с января 2021 по декабрь 2022 года (13 мальчиков и 10 девочек), выполнена чрескожная нефролитотомия (ЧКНЛТ) в связи с мочекаменной болезнью. Все пациенты не получали антибактериальные препараты в течение последних двух месяцев. Как правило, повышение количества лейкоцитов и бактерий в осадке выделенной самостоятельно пациентом мочи наблюдалось у всех детей. При бактериологическом исследовании мочи, во всех случаях, обнаружили рост микрофлоры, наиболее часто высеваемым микроорганизмом являлась *Escherichia Coli* (у 21 пациента). У одного ребенка наблюдался рост *Escherichia Coli* и *Klebsiella pneumoniae*. Чувствительность всех микроорганизмов, при исследовании с использованием антибактериальных дисков, за редким исключением, имела ко всем антибактериальным препаратам. Перед оперативным вмешательством всем больным, в соответствии с результатами бактериологического исследования мочи, проведена антибактериальная терапия, с последующим, повторным исследованием уровня лейкоцитов и посева на среду через 48 часов. ЧКНЛТ выполняли при кратном снижении количества лейкоцитов в моче и отсутствии роста микроорганизмов.

Результаты. Повышение количества лейкоцитов в образце мочи полученной из дренажа наблюдали во всех случаях. Из 14 больных, которым нефростомический дренаж удален на 2-3 день, только у 5 был отмечен рост микрофлоры идентичной полученным результатам культурального исследования проведенного до операции (*Escherichia Coli*). Однако в тех случаях (9 пациентов), когда по каким-либо причинам (повышение температуры тела, наличие резидуальных камней в чашечках почки или отсутствие проходимости мочеточника по данным антеградной пиелографии) нефростомический дренаж был удален спустя 6-7 суток, при наличии лейкоцитурии и бактериурии, у 7 больных наблюдали рост микрофлоры. При этом возбудителями заболевания у 4 детей была *Klebsiella pneumoniae*, в трех случаях - *Pseudomonas aeruginosa*. Высокая чувствительность микроорганизмов имела, как правило, к цефалоспорином третьей генерации или антисевдомонадным антибиотикам. Повторное культуральное исследование мочи, при обнаружении бактерий в осадке и проведении антибактериального лечения в соответствии с результатами посева (использовали

максимальную терапевтическую дозу), после излечения пациента от нефростомического дренажа, показало отсутствие роста микроорганизмов у 5 детей.

Выводы. Таким образом, применение антибактериальных препаратов не всегда оказывается эффективным для предупреждения возникновения нозокомиальной инфекции при длительном нахождении дренажа в полостях почки. Применение антибиотиков строго по результатам бактериологического исследования мочи, непосредственно перед оперативным вмешательством, должно быть продолжено и в послеоперационном периоде, сокращение времени дренирования, позволяет предотвратить или приостановить возникновение госпитальной инфекции.

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ЛИТОТРИПСИЯ ПРИ КАМНЯХ МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Наджитдинов Я.С., Абдукаримов О.О., Косимов О.И.

Республиканский специализированный центр урологии, Ташкент, Узбекистан

Введение. Выбор метода лечения детей с камнями мочеточника является одной из сложных проблем урологии в силу особенностей анатомии мочевого тракта. Как правило, небольшого размера камни отходят «самостоятельно» на фоне применения медикаментозной терапии. Однако нередко конкременты мочеточника являются причиной мучительных приступов почечной колики, которые тяжело переносятся детьми. В подобных ситуациях методом выбора является экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ). Целью нашего исследования было: изучить эффективность и безопасность литотрипсии у детей младшей возрастной группы.

Материалы и методы. За период с 2006 по 2012 годы ЭУВЛ при камнях мочеточника выполнено у 159 пациентов детского возраста. Из них детей от четырех до 7 лет было 89 (55,9%). Мальчиков было 78 (87,6%) и девочек - 11 (12,4%) при среднем возрасте $6,5 \pm 0,4$ лет. Всем больным выполняли ультразвуграфию мочевого тракта, обзорную и внутривенную экскреторную урографию. Компьютерная томография использована при обследовании 25 (28%) пациентов, так как по данным ультразвуграфии и рентгенологических методов исследования достоверно определить место расположения камня в мочеточнике не удалось (рентгеннегативные камни). Показанием к ЭУВЛ явилось рефрактерность почечной колики к медикаментозному лечению. Камни располагались в дистальном отделе мочеточника у 43 (38,2%) детей, в среднем - в 12 (13,4%) случаях и в проксимальном отделе - у 34 (48,4%) пациентов. Средний размер камней составил $9,1 \pm 0,6$ мм. Дробление камней выполнено на аппарате «Darex» (Израиль).

Результаты. Все больные после ЭУВЛ были госпитализированы в стационар на 24 часа. Среднее число ударных волн составило $2004,6 \pm 30,6$, при мощности 18kV. Фрагментация при использовании одного сеанса литотрипсии была эффективной у пациентов при расположении камня в дистальном и проксимальном отделе мочеточника. В течение 72 часов полностью были избавлены от фрагментов конкрементов 100% детей при расположении камня в дистальном отделе мочеточника и 33 (76,7%) пациента, у которых конкремент был расположен в верхнем отделе. Спустя 48 часов полностью избавились от фрагментов камней еще 7 пациентов. Таким образом, показатель stone free у пациентов с камнями расположенными

в дистальном отделе мочеточника составил 93%. Судьба остальных трех детей неизвестна. Повторный сеанс ЭУВЛ использован при лечении 6 пациентов, у которых камень располагался в среднем отделе мочеточника. В этой группе дети избавлены от камней и их фрагментов в течение двух недель. Показатель stone free у пациентов этой группы (после повторной литотрипсии) составил 100%. Гипертермия до 38 С была у 7 (7,8%) больных из-за обострения хронического пиелонефрита при наличии обструкции мочеточника фрагментами камней. Учитывая отсутствие признаков острого системного воспалительного ответа, наличие функции почки по данным урографии было выполнено усиление антибактериальной терапии, что позволило купировать воспаление без применения дополнительных вмешательств.

Заключение. ЭУВЛ следует рассматривать как метод выбора способа лечения детей с камнями мочеточника, который является эффективным и безопасным. При расположении камней в дистальном и проксимальном отделе мочеточника эффективность метода наиболее высокая. В силу особенностей анатомического расположения мочеточника в среднем отделе следует учитывать возможность повторного сеанса литотрипсии для эффективной фрагментации камня, о чем необходимо информировать родителей ребенка.

Инновационные подходы в андрологии

РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ АНДРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕГИОНЕ

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

¹Россия, Белгород ОГБУЗ «Городская поликлиника г.Белгорода»

²Россия, Белгород ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»

³Россия, Белгород НИУ БелГУ

Актуальность. Государственная политика в целях повышения демографии РФ реализуется в рамках национальных проектов «Демография» и «Здравоохранение», сроки проведения которых установлены с 2019г. по 2024г. Не смотря на значимость «мужского фактора», в данных проектах четких направлений по совершенствованию андрологической службы страны не отмечено. Однако урологическое сообщество и признанные его лидеры принимают активное участие в круглых столах, посвященных данной проблеме в Совете Федерации и Государственной Думе.

Цель. Оценить необходимость совершенствования андрологической службы в регионах на примере Белгородской области для достижения целевых показателей национальных проектов.

Материалы и методы. Анализ проводился по статистическим данным обращения в медицинские учреждения Белгородской области за 2020, 2021, 2022 года.

Результаты. Население Белгородской области на 2023г. 1 514 695 человек. На 1000 мужчин приходится 1159 женщин. Средний возраст мужчин- 39,25 лет; женщин 44,29 года. Специализированная помощь населению региона оказывается 93 урологами и 473 гинекологами, что составляет 1:5. Количество женских консультаций г. Белгороде – 7, так же женские консультации есть практически в каждой районном центре. В настоящее время в области нет как андрологических центров, так и специализированных кабинетов мужского здоровья. Всего за 2022г. зарегистрировано 128685 обращений в медицинские организации области в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции (мужчины и женщины), что меньше чем в 2021г.- 129351, и существенно меньше 2020г.- 139585. В 2022г. диагноз мужское бесплодие установлено 472 мужчинам, а женское бесплодие 1260 женщинам, что меньше чем в 2021г.: мужской фактор зарегистрирован у 586 пациентов, женский у 1342 женщин, и меньше данных за 2020г.: мужской фактор - 708 и женский соответственно - 1299. Однако снижение зарегистрированных установленных диагнозов бесплодия в мужской и женской популяции области объясняется не уменьшением заболеваемости по указанным нозологиям, а естественной убылью и миграционными процессами, а разница в гендерном соотношении, которая по литературным данным составляет 1:1, по видимому связана с недостаточной выявляемостью в мужской популяции. Так же, при анализе, стоит учитывать отклонения ввиду некорректного кодирования по МКБ-10 при обращении к специалистам. Всего в 2022 году зарегистрировано 15207 обращений мужчин региона по поводу заболеваний предстательной железы (исключены онкологические поражения простаты). И определенная доля случаев бесплодия может быть определена как вторичные проявления и не попала в статистические данные при постановке первичного диагноза патологии простаты. Не мало важным фактом в прогнозе и своевременном выявлении не только мужского фактора, но и соматического здоровья безусловно является диагностика гормональных и обменных процессов. Так в 2022г. дисфункция яичек выявлена у 14 мужчин области; в 2021г.-7; в 2020г.- 6, что явно не соответствует количеству мужчин с клиническими проявлениями гипогонадизма. При этом данная патология не выявлена ни в

одном случае в 2020г., 2021г., 2022г. при диспансеризации и профилактических осмотрах.

Выводы. Несмотря на сформированный и реализуемый план национальных проектов по улучшению демографической ситуации в РФ стоит обратить внимание на другой вектор, а именно вектор своевременной диагностики и лечебных мероприятий по улучшению мужского здоровья. Полученные данные на примере конкретного региона обосновывают необходимость наличия специализированных андрологических центров, кабинетов мужского здоровья в первичном амбулаторном звене, а также расширения возможности современной диагностики патологии мужских половых органов при проведении профилактического осмотра и диспансеризации.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 18 ЛЕТ С ПЕРЕКРУТОМ ГИДАТИДЫ ЯИЧКА

Шорманов И.С.¹, Щедров Д. Н.^{1,2}, Гарова Д.Ю.¹, Рыжков А.И.¹

¹ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль

²ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница», г. Ярославль

Введение. Сложившиеся в медицинском сообществе представления о тактике ведения детей с перекрутом гидатиды яичка в настоящий момент начинают пересматриваться. Ранее устоявшееся положение о необходимости оперативного лечения всех больных всё больше подвергается критике. У пациентов взрослого возраста тактика в отношении перекрута гидатиды вообще не алгоритмирована, поэтому, любые исследования, посвященные лечебно-диагностической стратегии при данной патологии, являются крайне актуальными.

Цель. Оценить отдаленные результаты различных вариантов лечения перекрута гидатиды яичка у лиц старше 18 лет.

Материалы и методы. Были сформированы три группы пациентов (возраст от 18 до 46 лет, средний возраст $29,2 \pm 7,9$) в зависимости от методов лечения: первая - получавшие консервативное лечение при неосложнённом течении ($n=17$), вторая - оперированные при осложненном течении ($n=16$) и третья - получавшие консервативное лечение при осложненном течении и ввиду его неэффективности с последующим оперативным вмешательством ($n=17$). Осложненным считали течение заболевания при наличии воспалительных изменений органов мошонки. Также введена в анализ контрольная четвертая группа ($n=16$): состоящая из здоровых мужчин 20–45 лет. Оценка исходов лечения проводилась через 9–12 месяцев после острого эпизода. При анализе результатов применялись: оценка клинических критериев, УЗИ органов мошонки и УЗДГ сосудов мошонки. Анализировались следующие параметры: наличие орхалгии, фиксация яичка в мошонке, частота асимметрии объема гонад, степень асимметрии в процентах, частота асимметрии скоростей тестикулярного кровотока, соотношение скоростей тестикулярного кровотока, индекс резистентности яичковой артерии (R_i).

Оценка нарушений репродуктивной функции проводилась по следующим критериям: оценка эндокринного статуса (тестостерон, ЛГ и ФСГ), MAR тест, анализ спермограммы.

Результаты. Оценка клинических критериев и данных УЗИ И УЗДГ не выявили статистически достоверных различий между пациентами 1-й и 2-й групп с контрольной ($p > 0,05$). В 3-й группе оцениваемые показатели были достоверно хуже ($p > 0,05$). Выше частота послеоперационной орхалгии (29,4%), чаще выявляется асимметрия объемов гонады от

контралатеральной (47,1%), отмечено снижение скоростей тестикулярного кровотока на $16 \pm 2,1\%$ и снижение R_i яичковой артерии на $19,3 \pm 0,9\%$.

Оценка эндокринной функции не показала значимого отличия исследуемых групп от контрольной. При анализе спермограммы у ряда пациентов выявлены такие варианты патоспермии, как снижение подвижности сперматозоидов (астенозооспермия) и повышение количества сперматозоидов с измененной морфологией (тератозооспермия). Наибольшее число этих изменений приходится на третью группу пациентов – 23,5% и 29,4% соответственно.

Выводы. Консервативное лечение перекрута гидатиды при неосложненном течении демонстрирует хорошие отдаленные результаты. Аналогичные показатели получены при хирургическом лечении осложненного течения перекрута гидатиды яичка, так как удаление измененной гидатиды позволяет быстрее купировать воспалительный процесс.

Консервативная же терапия, при наличии воспалительных изменений и при отсутствии положительной динамики, побуждает перейти к оперативному вмешательству, что затягивает воспалительный процесс и в отдаленных результатах приводит к нарушению сперматогенеза и гипотрофии яичка. Это позволяет считать оперативное лечение методом выбора только при лечении осложненного перекрута гидатиды.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕСТИКУЛЯРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

*Шорманов И.С.¹, Щедров Д.Н.^{1,2}, Спасская Ю.С.², Гарова Д.Ю.¹,
Морозов Е.В.^{1,2}, Сидорова Н.А.¹*

¹ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет. г. Ярославль

²ГБУЗ ЯО Областная детская клиническая больница, г. Ярославль

Введение. Эндопротезирование яичка — важное направление как взрослой, так и детской реконструктивной андрологии. Целесообразность его выполнения доказана и уже не дискутируется. Между тем, данная проблема до сих пор имеет ряд нерешенных вопросов.

Цель. Проанализировать структуру осложнений тестикулярного протезирования в подростковом и взрослом возрасте, предложит рациональные пути снижения.

Материалы и методы. Клиническим материалом послужили пациенты после орхэктомии, которым было выполнено протезирование яичка. Подростковая группа составила 156 пациентов, взрослая - 136 пациентов. Возрастной состав в подростковой группе варьировал от 12 до 17 лет, во взрослой от 18 до 59 лет. Использовались импланты «МИТ» у 116 пациентов (взрослых – 44/подростков - 54) и «Promedon» - у 176 (взрослых - 90/ подростков - 102). Осложнения отмечены у подростков у 13 пациентов из 156 (8,33%), у взрослых у 14 пациентов из 136 (10,29%), суммарно 27 осложнений на 292 пациента (9,24%).

Результаты. При анализе зависимости частоты осложнений от возраста установлено, что у подростков наиболее часто осложнения возникают в раннем возрасте, из 13 случаев осложнений 5 отмечены в возрасте 16-17 (5,38%) лет и 8 (включая оба случая экстрезии) в возрасте 12-15 лет (14,3%). У взрослых – такой зависимости не выявлено.

Применение а/б - терапии курсом не снижает риск осложнений, в то время как отсутствие антибиотикопрофилактики повышает частоту осложнений на 3,9% во взрослой группе и

2,28% в подростковой, наиболее рациональным является режим однократной периоперационной антибиотикопрофилактики.

Существенным фактором явился срок после орхэктомии. Если во взрослом возрасте имелась возможность выполнить протезирование в период – 6-12 месяцев после орхэктомии, то у подростков разрыв между орхэктомией и протезированием составлял в ряде случаев до 15 лет, что осложняло вмешательство за счет атрофии мошонки. Из 6 случаев экстрезии промежутков составил 1-2 года у одного, 3-5 лет у одного и более 5 лет у четверых пациентов. В восьми осложнениях гемостаза разрыв между операциями до года имел место у одного пациента, 1-2 года у одного, 2-3 года у одного, 3-5 лет у двух и более 5 лет у трех пациентов. Частота осложнений существенно выше при протезировании через 3 и более лет после орхэктомии.

Влияние на частоту осложнений оказывал выбор импланта. Частота осложнений при использовании имплантов «МИТ» выше (n=17), чем при применении «Promedon» (n=10). Специфическим осложнением, зависящим от конструкции протеза, является смещение фиксирующей ленты, последняя в тканях мошонки вызывает косметический дефект. Значительно преобладает частота экстрезии импланта при использовании протезов «МИТ» (5:1); оба случая сморщивания импланта так же констатированы при применении имплантов данного типа.

Выводы. Осложнения тестикулярного протезирования составляют 8,33-10,29%. В структуре осложнений преобладают дефекты гемостаза и экстрезия импланта, они же являются причиной наибольшего числа повторных вмешательств. На формирование осложнений влияет ряд факторов – доступ, схема антибактериальной терапии (профилактики), имплантируемый материал, срок после первичной операции. Наиболее рациональным является протезирование современного силиконового импланта супраскротальным доступом с однократной периоперационной антибиотикопрофилактикой в сроки 6-12 месяцев после орхэктомии. Экстрезия – наиболее опасное осложнение, приводящее во всех случаях к потере импланта. Оно может быть нивелировано применением импланта несколько меньшего размера. Осложнения гемостаза могут быть снижены за счет применения супраскротального доступа, позволяющего выполнить протезирование кратчайшим путем, избегая формирования длинного тоннеля.

14-ЛЕТНЕЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Давидов М.И., Кислицын К.Г., Мартынюк А.М.

Урологическая клиника Пермского государственного медицинского университета

Материалы и методы. В урологической клинике ПГМУ на базе ГКБ№2 г. Перми с 2009 по 2022 гг. наблюдали 135 больных в возрасте от 13 до 96 лет с травмами полового члена (ПЧ). Травмированные были доставлены в приемное отделение урологической клиники в сроки от 10 мин до 6 дней (чаще всего от 1 до 7 ч) с момента травмы. Мужчины с травмами средней тяжести и тяжелыми были госпитализированы, с легкой травмой после оказания специализированной помощи в приемном отделении долечивались амбулаторно. Для диагностики использовались физикальные и лучевые методы.

Результаты и обсуждение. У 74 больных диагностированы закрытые повреждения ПЧ (ушибы - у 20, гематомы - у 24, перелом - у 20, ущемление - у 10). Гематомы и ушибы чаще всего возникали во время избиения (у 11), драки (у 10) или во время занятия спортом (борьба,

регби, футбол) - у 8, реже в результате бурного полового акта (у 6), резкого соприкосновения с выступающим твердым предметом (у 5), попадания брошенным предметом (у 4). Перелом ПЧ (разрыв белочной оболочки кавернозных тел) возник во время полового акта у 20 больных. Чаще всего имело место бурное сношение в необычной позиции, иногда с грубой интродукцией ПЧ под углом. Одна женщина мануально сломала ПЧ насильнику. Еще 1 мужчина резко согнул ПЧ во время одевания брюк. У 10 пациентов встретили ущемление ПЧ инородными телами (бронзовыми и золотыми кольцами, шарикоподшипниками и горлышком бутылки). Мужчины одевали эти предметы на ПЧ с целью вызывания эрекции, мастурбации или бловства.

У 61 пострадавшего диагностировали открытые ранения ПЧ. Самой частой травмой был разрыв уздечки во время полового акта - у 26 чел. У 10 мужчин отметили рвано-ушибленные раны ПЧ. При этом у 2 больных ранение ПЧ произошло фрагментом разорвавшегося абразивного круга «болгарки», у 2 металлическим осколком детали при работе на станке. Два пациента получили рану в результате удара по фаллосу тупым предметом (битой или палкой), 1 упал на спинку стула, трое - ущемили и разорвали кожу ПЧ, застегивая молнию брюк. Резаная рана встретилась у 2 больных: у психического больного при попытке самоампутации ПЧ (он рассек только кожу), при выполнении операции циркумцизио на дому лицом, не имеющим медицинского образования, который не смог зашить рану. Колотая рана отмечена в 2 случаях: ревнивая жена проколола ПЧ вилкой, а портной случайно вонзил шило. Огнестрельное пулевое касательное ранение имело место в 1 случае. Скальпированная рана ПЧ отмечена у 3 пациентов: при попадании кожи ПЧ в работающий станок (у 2) и при ударе ПЧ о бетонный выступ при нырянии в воду. У 7 пострадавших рана ПЧ была укушенной: ПЧ укусили 4 женщины и 3 собаки. У 10 мужчин наблюдали ожог кожи ПЧ: в 8 случаях кипятком в бане, в 1 - концентрированным раствором перманганата калия, в 1 - при нанесении пациентом мази собственного изготовления, содержащей скипидар.

Заключение. Изученные причины травм ПЧ имеют большое значение для профилактики повреждений одного из главных органов мужчины.

БЕССКАЛЬПЕЛЬНАЯ ВАЗЭКТОМИЯ – НОВЫЙ ПОДХОД К МУЖСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА

А.И. Рыжков^{1,2}, С.Ю. Соколова², И.С. Шорманов¹

¹Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

²Клиника «Мать и Дитя Ярославль», Ярославль

Введение. Бесскальпельная вазэктомия – современный подход к выполнению вазэктомии, при котором доступ к семявыносящему протоку осуществляется посредством прокола мошонки.

Цель. Анализ собственного опыта применения бесскальпельной вазэктомии, как метода мужской контрацепции.

Материалы и методы. За период с апреля 2017 по декабрь 2022 года в клинике «Мать и Дитя Ярославль» бесскальпельная вазэктомия выполнена 32 мужчинам. Три операции, на этапе освоения методики, выполнены под внутривенной анестезией, последующие 29 операций проведены под локальной анестезией. Оклюзия семявыносящего протока вы-

полнялась посредством иссечения фрагмента, коагуляции просвета, лигирования концов протока и фасциальной интерпозиции.

Результаты. Средний возраст пациента составил 39 лет (от 35 до 62). Все пациенты состояли в браке. Среднее количество детей у пациентов, подвергшихся вазэктомии составило $2,3 \pm 0,4$. Во всех случаях причиной выполнения вазэктомии пациенты назвали неудовлетворенность другими методами контрацепции. Время выполнения операции варьировалось в интервале от 10 до 25 минут и в среднем составило $19,0 \pm 4,0$ минуты. Средний размер прокола кожи мошонки составил $9,3 \pm 1,3$ мм (от 7 до 11 мм). Выраженность боли во время операции при оценке по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), варьировала от 1 до 3 баллов, в среднем составила $2,3 \pm 0,5$ балла. В послеоперационном периоде у одного пациента развился острый эпидидимит (3,1%), у одного пациента (3,1%) сформировалась небольшая гематома (до 1 см) в области операционной раны. Через неделю после операции 15 пациентов (46,8%) сообщили о наличии болевого синдрома с оценкой по ВАШ от 1 до 3 баллов, в среднем $2,2 \pm 0,7$ балла. Через месяц после операции ни у одного пациента не отмечено болевых ощущений. Результаты исследования эякулята через 3 месяца после операции показали наличие азооспермии у 27 пациентов (84,4%) и наличие единичных неподвижных сперматозоидов (менее 100 000/мл) у 5 пациентов (15,6%), что позволило констатировать 100% окклюзивную эффективность вазэктомии.

Выводы: Бескальпельная вазэктомия является малотравматичным и безопасным методом мужской хирургической контрацепции. Выполнение операции под местной анестезией сопряжено с минимальными дискомфортными ощущениями для пациента. Максимальные показатели эффективности могут быть достигнуты при использовании техники окклюзии семявыносящего протока посредством иссечения фрагмента, коагуляции просвета, лигирования концов протока и фасциальной интерпозиции.

КИСТА БЕЛОЧНОЙ ОБОЛОЧКИ ЯИЧКА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Рыжков А.И.^{1,2}, Соколова С.Ю.², Шорманов И.С.¹

¹Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

²Клиника «Мать и Дитя Ярославль», Ярославль

Введение. Киста белочной оболочки яичка – редко встречающееся доброкачественное образование, распространенность в мужской популяции варьирует от 0,3 до 0,76%. Кисты белочной оболочки обычно имеют небольшие размеры от 2 до 5 мм.

Клиническое наблюдение. Пациент, 44 г., обратился с жалобами на боли в левой половине мошонки. Из анамнеза – моряк, около 10 лет назад, во время шторма ударился паховой областью о столб. По результатам ультразвукового исследования в левом яичке выявлено однородное, анэхогенное образование $3,5 \times 2,5 \times 2,9$ см, занимающее верхнюю и среднюю треть объема яичка, интимно прилежащее к внутренней поверхности белочной оболочки. Пациенту выполнена операция - микрохирургическое иссечение кисты белочной оболочки левого яичка. Послеоперационный период без осложнений. Болевой синдром купирован через 14 дней после операции. Гистологическое исследование – кистозное образование с соединительнотканной стенкой, выстланной кубическим, местами реснитчатым эпителием.

УЗ контроль через 3 месяца - размеры левого яичка 4,2*2,7*1,9 (объем 11,2 см³), паренхима гомогенна.

Выводы. Представленное наблюдение демонстрирует, что кисты белочной оболочки яичка могут достигать значительных размеров, распространяясь внутрь паренхимы яичка. Органосохраняющее лечение у симптоматических пациентов с крупными кистами белочной оболочки с интрапаренхиматозным ростом позволяет ликвидировать болевую симптоматику и сохранить остаточную паренхиму яичка. Использование микрохирургической техники может быть полезно для минимизации нарушения кровоснабжения и снижения риска атрофических изменений паренхимы яичка.

ЗАДЕРЖАННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ: НАСЛАЖДЕНИЕ ИЛИ МУЧЕНИЕ

Шахраманян В.А.

Кафедра и клиника сексопатологии Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци (Армения, Ереван)

Задержанной (ретардационной, ретардированной, отсроченной, подавленной) называется эякуляция, при которой половой акт носит затяжной, изнуряющий характер или не завершается семяизвержением.

О задержке эякуляции (ЗЭ) говорят только в тех случаях, когда семяизвержение наступает лишь после очень длительного периода с момента начала полового акта, несмотря на желание его ускорить. Расстройство может носить постоянный характер, может отмечаться время от времени. При этом около 75% мужчин с задержкой эякуляции могут достичь оргазма путем мастурбации. Характерной чертой таких пациентов является *отсутствие проблем в поддержании эрекции*.

Задержанная эякуляция является одной из наименее изученных форм сексуальной дисфункции у мужчин. ЗЭ имеет относительно низкую распространенность (<3%). ЗЭ является одним из типов нарушения эякуляции и относится к подвиду расстройства оргазма у мужчин. Патология вызывает депрессию, тревогу, потерю сексуальной уверенности. Нарушение эякуляции может быть пожизненной (первичная) и приобретенной (вторичная) проблемой.

Этиологические факторы ЗЭ: психогенные (фобия, тревога, неправильное половое воспитание, дисгармоничные отношения), врожденные (киста Мюллера протока), анатомические (трансуретральная резекция простаты, инцизия шейки мочевого пузыря), нейрогенные (диабетическая нейропатия, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, травмы спинного мозга, радикальная цистэктомия и простатэктомия, проктоколэктомия, оперативное лечение аневризмы брюшного отдела аорты, парааортальная лимфаденэктомия), инфекционные (уретрит, туберкулез мочеполовой системы), эндокринные (гипогонадизм, гипотиреозидизм, гиперпролактинемия), лекарственные, алиментарные (метилдола, тиазидные диуретики, трициклические антидепрессанты и ингибиторы обратного захвата серотонина, фенотиазин, злоупотребление алкоголем и наркотиками). В некоторых случаях соматические проблемы могут вызывать ЗЭ. Нарушение симпатической или соматической иннервации является потенциальным фактором, влияющим на процессы эякуляции и оргазма.

ЗЭ может наблюдаться при диспропорции в строении половых органов (слишком широкое влагалище по сравнению с размерами полового члена); при глубоких конфликтах, связанных с личностью партнерши (например, при реальной или предполагаемой неверности партнерши); при наличии девиантных наклонностей, например, гомосексуальных, мазохистских, когда они не могут реализоваться.

Принято считать нормальным достижение семяизвержения в течение 3-6 минут с момента пенетрации. ЗЭ более чем на 20-30 минут (что должно вызывать дискомфорт у пациента, а также заставлять его воздерживаться от контактов) может укладываться в рамки патологии.

Задачей диагностики является выявление возможных физиологических и психологических причин заболевания. Ведущее значение имеет анамнез. Для исключения ретроградной эякуляции проводится анализ посторгазменной мочи. Микроскопическое исследование секрета простаты позволяет выявить воспаление.

Лечение ЗЭ комплексное и индивидуальное: психотерапия (дестигматизация данного состояния, снижение общей тревожности), секс-терапия (ролевые игры, альтернативная сексуальная практика), фармакотерапия (Каберголин, Йохимбин) и физиотерапия (вибро- и электростимуляция). Наиболее эффективными методами коррекции пожизненной ЗЭ являются психотерапия и секс-терапия. Лучшим способом лечения мужчин с первичной ЗЭ является информирование о факторах, которые могут замедлять семяизвержение, и инструктирование путем психоконсультации. Благоприятный эффект терапии зависит от тяжести ЗЭ и восприимчивости пациента к терапии. Психотерапия эффективна особенно при неэффективности медикаментозной терапии.

СЕКСУАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ФАЛЛОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Шахрамьян В.А.

Кафедра и клиника сексопатологии Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци (Армения, Ереван)

Когда пациент впервые узнает об онкологическом диагнозе, фокус его внимания направляется на выживание. Но после успешного лечения на первый план выходят проблемы, связанные с качеством жизни, в том числе сексуальная дисфункция, которая распространена среди больных, оперированных по поводу рака предстательной железы (РПЖ) и получающих антиандрогенную терапию. Необходимо помнить: возможности для сексуальной реабилитации сегодня существуют для всех пациентов, даже в самых сложных случаях.

Сегодня больным, лечившимся по поводу РПЖ, доступен целый комплекс методов, направленных на сексуальную реабилитацию. В него входят некоторые методы физиотерапии, улучшающие пенильный кровоток, в частности вакуумная и электростимуляция, которые могут безопасно использоваться у онкологических пациентов и не предполагают прямого воздействия на область предстательной железы. Может использоваться силденафил, по требованию либо на курс лечения. Программу реабилитации дополняют некоторые пищевые продукты, обладающие эротизирующим воздействием, а также витаминные препараты.

Важным методом сексуальной реабилитации у мужчин, который во всех случаях позволяет

полностью восстановить половую жизнь, является эндофаллопротезирование. В этом плане важно психологически тщательно подготовить пациента.

В первую очередь всем пациентам проводится психотерапевтическое воздействие, которое необходимо начинать в дооперационном периоде. Важно рассказать суть хирургического вмешательства, обсудить сопряженные с ней риски, особенности лечения, возможные способы сексуальной реабилитации. Желательно, чтобы при таких беседах присутствовали оба сексуальных партнера. При РПЖ, если речь идет только о тотальной простатэктомии без дальнейшего назначения гормональной и лучевой терапии, вероятность сохранения сексуальной функции достаточно высока, особенно у молодых мужчин. Если же пациенту назначаются антиандрогены, сексуальная функция у него будет снижаться. В любом случае необходимо заранее проинформировать пациента, чтобы последующие изменения не оказались для него неприятной и травмирующей неожиданностью.

Важно отметить, что предоперационное состояние сексуальной функции (эрекции) является важным предиктором восстановления эрекции после радикальной простатэктомии (РПЭ). С этой целью применяются разные методы, в том числе субъективная самостоятельная оценка, совместная оценка пациентом и партнёршей и валидизированные психометрические инструменты. В связи с этим, комитет ICSM (International Consultation on Sexual Medicine) рекомендует, чтобы врачи использовали валидизированные психометрические инструменты с общепризнанными пороговыми значениями для разных степеней ЭД при дооперационной и послеоперационной оценке сексуальной функции. Для этой цели подходят анкеты International Index of Erectile Function («Международный индекс эректильной функции», МИЭФ) или Sexual Health Inventory for Men («Опросник сексуального здоровья для мужчин», SHIM), принципиально похожие друг на друга. Пороговые значения суммы баллов для нормальной ЭФ в этих опросниках составляют 26 и 21 соответственно. Психологические факторы могут серьёзно повлиять на оценку сексуальной функции непосредственно перед РПЭ. Эта «запоздалая» оценка может оказаться нерепрезентативной в отношении истинной сексуальной функции пациента. Для точной оценки исходной ЭФ у пациентов, являющихся кандидатами для выполнения РПЭ, опросник следует выдавать заранее, ещё перед биопсией простаты, так как связанные с онкологическим диагнозом невротизация и депрессия влияют как на сексуальную функцию, так и на результаты анкетирования.

Содержание

ОНКОУРОЛОГИЯ	3
УНИКАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ МОСКОВСКОЙ ПРОГРАММЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРОСТАТЫ	5
СИМУЛТАННАЯ ПУЛЬПЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	6
ПРИМЕНЕНИЕ ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ С ПОМОЩЬЮ ИНДОЦИАНИНА ЗЕЛЕНОГО (ICG) В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ	7
ЖИДКОСТНАЯ БИОПСИЯ С ВЫЯВЛЕНИЕМ ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ДНК В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	8
ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ТРИГГЕР В КАНЦЕРОГЕНЕЗЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?	9
ОЦЕНКА ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕРМИНОГЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧЕК ДО И ПОСЛЕ ОРХОФУНИКУЛЭКТОМИИ	10
СПАСИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЛОКАЛЬНЫХ РЕЦИДИВОВ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	11
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ МОНОПОРТОВОГО ДОСТУПА	12
3D ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	13
РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ С ТАЗОВОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЕЙ: ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	14
РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	15
МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	16
ПЕРВЫЙ ОПЫТ RIFU-ТЕРАПИИ НА АППАРАТЕ FOCAL ONE	17
ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРОСТАТЫ	19
ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АБЛАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	21
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ МЕТОДОМ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ	22
СОЧЕТАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	23
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНЫХ И КОРОТКИХ КУРСОВ ПРОСТАМОЛ УНО	24
ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОЛЬМИЕВОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРОСТАТЫ ПУТЁМ СИСТЕМАТИЗАЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	25
МЕТОДЫ ГОЛЬМИЕВОЙ И ТУЛИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПО ЛИТЕРАТУРНЫМ ДАННЫМ	26

ИЗУЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА ЭКСТРАКТОВ ТРАВ ГИНГКОЦЕТАМ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	27
ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ ПРИ ДГПЖ. ОПЫТ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «ЗДОРОВЬЯ»	28
ТУЛИЕВАЯ ВАПОЭНУКЛЕАЦИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (THUVER): 36-МЕСЯЧНЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ	29
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДГПЖ: ЧТО-ТО НОВЕНЬКОЕ?	30
СРАВНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГОЛЬМИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРУПНЫХ РАЗМЕРОВ	31
ОЦЕНКА ЭЯКУЛЯТОРНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	32
ЗАВИСИМОСТЬ АНГИОАРХИТЕКТониКИ МАЛОГО ТАЗА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	34
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИПОЛЯРНОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОРЕЗЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	35
СОСТОЯНИЕ КОПУЛЯТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ	36
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ CLAVIEN-DINDO	37
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ГОЛЬМИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	38
ЭЯКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ	39
OBJECTIVE APPROACHES TO THE SYSTEMATIZATION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF TRANSURETRAL RESECTION OF THE PROSTATE	40
ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ	43
РОЛЬ НЕЙРОГЕННОГО КОМПОНЕНТА В ПАТОФИЗИОЛОГИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ КАТЕГОРИИ IIIb	45
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ	46
ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ	47
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНО-РАСТИТЕЛЬНОГО КОМПЛЕКСА РОТАПРОСТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ И АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ	48
НАШ ОПЫТ ИННОВАЦИОННОЙ ФИТОТЕРАПИИ БОЛЕЗНЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	49
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ СХТБ/ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА	50

РОБОТ-АССИТИРОВАННАЯ УРЕТР-СБЕРЕГАЮЩАЯ АДЕНОМЭКТОМИЯ	51
ФИТОКОМПЛЕКС «ПРОСТОПИМА» В СХЕМЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДГПЖ И ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ	52
ТЕРАПИЯ КОМБИНИРОВАННЫМИ РАСТИТЕЛЬНЫМИ ЭКСТРАКТАМИ ЛИБИДОПРОСТ ХРОНИЧЕСКОГО АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА (КАТЕГОРИИ III B) И МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ	53
ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХБП У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ	54
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ	56
ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА: КЛИНИКО-БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ	57
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ И ПРЕПАРАТА ЛОНГИДАЗА В КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА	58
СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ	61
КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЯ ВЕНОЗНОГО ОТТОКА ИЗ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У МУЖЧИН С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ	63
СВЯЗЬ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С СХТБ	64
ПАХОВАЯ ГРЫЖА КАК ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В МОШОНКЕ	65
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ УРОЛОГИЯ	67
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПОСЛЕ ЦИСТОСТОМИИ	69
ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ	69
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕДИКУЛЯРНОГО ЛОСКУТА ТОНКОЙ МЫШЦЫ БЕДРА ПРИ АДИНАМИЧЕСКОЙ ГРАЦИЛОПЛАСТИКЕ УРЕТРЫ, КАК ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У МУЖЧИН	70
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РОБОТ-АССИТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	71
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	72
ИЗМЕНЕНИЯ АНГИО- И ГИСТОАРХИТЕКТониКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МУЖЧИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	74
РОЛЬ ВОЗРАСТНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ДЕКТРУЗОРА В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ	75

МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ 77

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМБОЛИЗАЦИИ ГОНАДНЫХ ВЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВАРИКОЦЕЛЕ	79
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНЫХ ПЕПТИДОВ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АУТОИММУННОМ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ	80
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ВАРИКОЦЕЛЕ	81
РОЛЬ СЕМЕННОЙ ПЛАЗМЫ И ЦИТОКИНОВ ПРИ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ И ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ	82
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАСТИТЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ В СОЧЕТАНИИ С ЦИНКОМ И КАРНИТИНОМ В ОТНОШЕНИИ МУЖСКОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ	83

РУБЦОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ 85

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ УРЕТРАЛЬНОГО КАТЕТЕРА С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	87
МОДИФИЦИРОВАННАЯ РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ УВ-ПЛАСТИКА ПРИ РЕЦИДИВНОМ СТЕНОЗЕ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. НАШ ОПЫТ	88
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ СТРИКТУР ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ МОЧЕТОЧНИКА	89
ОПЕРАЦИЯ KULKARNI ПРИ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ: 3-ЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	90
КРАЕВАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ТРАНСПЛАНТАТА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	91
КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНИТАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА	92
ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА: ВЛИЯНИЕ НА ПРИЖИВЛЕНИЕ ТРАНСПЛАНТАТА	93
СИМУЛЬТАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ И РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	94
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ НАВИГАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ИНДОЦИАНИНА ЗЕЛЕННОГО (ICG) ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА	95
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ ПАРА-АМИНОБЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТЫ, D-А-ТОКОФЕРОЛА И L-КАРНИТИНА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕЙРОНИ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ	96
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БУККАЛЬНОГО ГРАФТА ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ РЕЦИДИВНОМ СТЕНОЗЕ	97
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ У ОДНОГО ПАЦИЕНТА СО СТРИКТУРОЙ УРЕТРЫ ВСЕХ ВОЗМОЖНЫХ ВАРИАНТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ	98
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ СТРИКТУР ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ МОЧЕТОЧНИКА	99

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ СТРИКТУРАХ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА	100
ГИГАНТСКИЕ КАМНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СОЧЕТАНИИ СО СТРИКТУРОЙ УРЕТРЫ	102

АНОМАЛИИ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ 103

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ГИПОСПАДИИ У МУЖЧИН ПРИ ОТСУТСТВИИ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ	105
ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНИК ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОРОТКОЙ УЗДЕЧКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА	106
СЕКСУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ, ПОДВЕРГНУТЫХ ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПО ПОВОДУ ГИПОСПАДИИ	107
ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ДОСТУПА К ОРГАНАМ МОШОНКИ ПРИ СКРОТОТОМИИ	108

НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ УРОАНДРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ111

РОЛЬ МОНИТОРИНГА НОЧНЫХ ПЕНИЛЬНЫХ ТУМЕСЦЕНЦИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ	113
АНАЛИЗ ИНДЕКСА ДНК ФРАГМЕНТАЦИИ СПЕРМАТОЗОИДОВ И УСПЕШНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ	114
РОЛЬ ТАРГЕТНОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	116
НОВЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПИН ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	116
ВИДЕОУРЕТРОЦИСТОСКОПИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН	118
РОЛЬ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ ЭЯКУЛЯТА В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕРТИЛЬНОСТИ АССОЦИИРОВАННОГО С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА	119
ВИДЕОУРЕТРОЦИСТОСКОПИЯ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ СИМПТОМАХ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН	120
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОКАЗАНИЙ К БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСХОДЯ ИЗ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ	121
БИОПСИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	122
ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ И ЭЯКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ	123

COVID-19 И МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ 125

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ 5-АЛЬФА-РЕДУКТАЗЫ В ТЕЧЕНИИ COVID-19 У МУЖЧИН С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	127
МИКРОБИОТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕТА ПРОСТАТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПРОСТАТИТОМ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	128

ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	129
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРФЕРОНА α -2B У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПРОСТАТИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	130
СРАВНЕНИЕ СРЕДНЕСТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЯКУЛЯТА ДО И ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА	131

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ 133

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА	135
ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ФИТОПРЕПАРАТ «ПРОСТАНОРМ»®». РАСШИРЯЕМ ГРАНИЦЫ ПРИМЕНЕНИЯ? РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КАТЕТЕРОМ-СТЕНТОМ МОЧЕТОЧНИКА	136
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНКРУСТИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА	137
ДИРОФИЛЯРИОЗ В ПРАКТИКЕ УРОЛОГА	139

ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ 141

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АУТОПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА, И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	143
КОМБИНИРОВАННЫЕ РАСТИТЕЛЬНЫЕ ЭКСТРАКТЫ ЛИБИДОПРОСТ ПРИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	144
РАЗВИТИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО СТЕНТИРОВАНИЯ МОЧЕТОЧНИКА	145
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭРЕКТОКРЕМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	146
ЭРЕКТИЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ИНГИБИТОРА ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ 5-ГО ТИПА (ИФДЭ5)	147
ФАРМАКОТЕРАПИЯ ВЕНО-ОККЛЮЗИВНОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	149
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ КАВЕРНОЗНЫХ ТЕЛ	150

ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ 151

ДЕФИЦИТ ТЕСТОСТЕРОНА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ	153
ВОЗРАСТНОЕ СНИЖЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ АНДРОГЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ И ЕГО ПОТЕНЦИАЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ЭРЕКТИЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ	154

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ РАСТИТЕЛЬНЫХ ЭКСТРАКТОВ В ОТНОШЕНИИ СИМПТОМОВ И ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С НОРМОГОНАДОТРОПНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ155

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ 157

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО РАЗМЕРА НЕФРОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКИ УСТАНОВЛИВАЕМОЙ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ СТАНДАРТНОЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИИ159

НОВЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО УРОЛИТИАЗА 160

ОСТЕОПРОТЕГЕРИН – ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МАРКЕР РЕЦИДИВА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ 161

К ВОПРОСУ МЕТАФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА КУРОРТЕ 162

РАСТИТЕЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ УРОЛИТ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 163

НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПОСЛЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ 165

ЭКСТРАКАРПОРАЛЬНАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ЛИТОТРИПСИЯ ПРИ КАМНЯХ МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ 166

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В АНДРОЛОГИИ 169

РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ АНДРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕГИОНЕ 171

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 18 ЛЕТ С ПЕРЕКРУТОМ ГИДАТИДЫ ЯИЧКА 172

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕСТИКУЛЯРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ 173

14-ЛЕТНЕЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА 174

БЕССКАЛЬПЕЛЬНАЯ ВАЗЭКТОМИЯ – НОВЫЙ ПОДХОД К МУЖСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА 175

КИСТА БЕЛОЧНОЙ ОБОЛОЧКИ ЯИЧКА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 176

ЗАДЕРЖАННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ: НАСЛАЖДЕНИЕ ИЛИ МУЧЕНИЕ 177

СЕКСУАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ФАЛЛОПРОТЕЗИРОВАНИЯ 178

Омник Окас*



Пероральная система контролируемого высвобождения:

Уникальная технология доставки лекарственного препарата, позволяющая создать непрерывное высвобождение действующего вещества на протяжении всего желудочно-кишечного тракта¹

Тамсулозин значительно улучшает скорость потока мочи (Повышение Q_{\max} на 0,7–1,8 мл/с по сравнению с исходным уровнем)²

Тамсулозин OCAS™ значительно снижает балл по IPSS (на 43% по сравнению с плацебо)³

Частота побочных эффектов при приеме Омника Окас существенно ниже, чем на тамсулозине в капсулах^{4,5}

Действие 24 часа и удобный прием в любое время дня^{3,6}

Реклама

MAT-RU-OMNOCAS-2023-00015-MAR-2023

Информация для специалистов здравоохранения
ООО «Астеллас Фарма Продакшен» 109147, Россия, Москва,
ул. Марксистская, д. 16 Тел. +7 (495) 737-07-56

* OCAS – Oral Controlled Absorption System

Q_{\max} – максимальная скорость потока мочи

IPSS – Международная шкала оценки симптомов заболеваний предстательной железы (International Prostate Symptom Score);

1. Michel M. et al. European Urology Supplements 4 (2005) 15–24;

2. Schulman CC et al. Eur Urol. 1999;36(6):609-20.

3. Djavan B. et al. Eur Urol Suppl. 2005;4(2):61-8.

4. Chapple CR et al. Eur Urol Suppl 2005; 4: 33-44

5. Michel MC. Et al. Eur Urol Suppl 2005; 4: 53-60.

6. Инструкция по медицинскому применению препарата Омник ОКАС

(ЛС-000849 от 20.07.2022) доступна на сайте <https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx>



РЕКЛАМА

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

STADA

Заботимся о здоровье людей

СНАЧАЛА СВЕЧИ

ЗАТЕМ ТАБЛЕТКИ

ВИТАПРОСТ®

ПРАВИЛЬНЫЙ КУРС



Краткая информация из инструкции по медицинскому применению препаратов Суппозитории Витапрост® (простаты экстракт); таблетки Витапрост® (простаты экстракт). Форма выпуска: суппозитории ректальные 50 мг, таблетки 100 мг. Показания к применению: суппозитории Витапрост®: Хронический простатит, состояния до и после оперативных вмешательств на предстательной железе; таблетки Витапрост®: Хронический абактериальный простатит, профилактика обострений хронического абактериального простатита, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, состояния до и после оперативных вмешательств на предстательной железе. Противопоказания: Суппозитории Витапрост®: Повышенная чувствительность к компонентам препарата, возраст до 18 лет; таблетки Витапрост®: Гиперчувствительность к компонентам препарата, дефицит лактазы, дефицит сахаразы/изомальтазы, непереносимость лактозы, непереносимость фруктозы, глюкозогалактозная мальабсорбция (препарат содержит лактозу и сахарозу), возраст до 18 лет. Способ применения и дозы (для полной информации см. инструкцию по медицинскому применению): Суппозитории Витапрост®: ректально по 1 суппозиторию 1 раз в день. Длительность курса лечения – не менее 10 дней. Таблетки Витапрост®: принимать внутрь по 1 таб. 2 раза в день. Длительность курса лечения при доброкачественной гиперплазии предстательной железы – не менее 30 дней; при хроническом простатите – не менее 10 дней; для профилактики обострений хронического простатита применяют по 1 таб. 2 раза в день в течение не менее 30 дней – 1-2 раза в год. Побочные действия: Суппозитории Витапрост®: Частота неизвестна – аллергические реакции. Таблетки Витапрост®: Крайне редко – аллергические реакции. Срок годности: 2 года для суппозиторий Витапрост®; 3 года для таблеток Витапрост®. Условия отпуска: без рецепта. Рег. номер: для суппозиторий Витапрост® - ЛП-№(000363)-(PF-RU); для таблеток Витапрост® - ЛП-№(000638)-(PF-RU). За дополнительной информацией обращаться: АО «НИЖФАРМ», Россия, 603105, г.Нижний Новгород, ул. Салганская, д. 7, тел.: +7 (831) 278-80-88, факс: +7 (831) 430-72-28, e-mail: med@stada.ru.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ (ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ) РАБОТНИКОВ